GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef

P. BLACHEZ — E. BRISSAUD — G. DIEULAFOY
DREYFUS-BRISAC — FRANÇOIS-FRANCK — A. HÉNOCQUE — A.-J. MARTIN
A. PETIT — P. RECLUS

DEUXIÈME SÉRIE — TOME XXVI — 1889



PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN
M DCCC LXXXIX

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 31 décembre 1888.

École du service de santé militaire de Lyon. — Le traitement du choléra par les injections trachéales.

Le *Journal officiel* des 26 et 27 décembre 1888 publie le décret qui institue une Ecole du service de santé militaire près la Faculté de médecine de Lyon et les décisions relatives aux élèves et aux répétiteurs de la nouvelle Ecole. L'étendue de ces documents ne nous permet pas de les publier *in extenso*. Nous ne voulons donc qu'indiquer très rapidement quels sont les motifs qui ont fait préférer Lyon à Nancy, Bordeaux ou Montpellier et en quoi l'Ecole du service de santé militaire de Lyon différera de celle qui a si utilement fonctionné à Strasbourg.

Le rapport qui précède le décret du 25 décembre explique les hésitations qu'ont dû faire naître les compétitions des quatre facultés de médecine qui sollicitaient la charge et l'honneur de donner l'instruction scientifique aux nouveaux élèves de l'armée. Nancy était le centre de l'une des régions qui fournit le plus grand nombre de médecins de l'armée; plusieurs de ses professeurs avaient été les maîtres ou les collègues des chefs actuels de la médecine militaire. Montpellier avait recueilli les débris de l'ancienne Ecole de Strasbourg et, pendant deux années, largement ouvert ses amphithéâtres et ses laboratoires aux répétiteurs et aux élèves du service de santé militaire. Elle venait de prouver son libéralisme et son désir d'assurer dans les meilleures conditions possibles l'enseignement de la médecine d'armée en appelant à l'honneur du professorat deux médecins militaires dont l'un avait été professeur du Val-de-Grâce et l'autre répétiteur de l'Ecole de Strasbourg. Bordeaux faisait valoir les sacrifices considérables qu'elle avait consentis depuis 1883 pour étendre et agrandir ses bâtiments universitaires, ouvrir de vastes laboratoires et mettre des ressources matérielles suffisantes aux mains de professeurs distingués dont plusieurs aussi appartenaient à l'armée ou y avaient occupé des situations éminentes. A diverses reprises on avait pu croire, on avait même annoncé que l'une de ces villes pourrait devenir le siège de la nouvelle Ecole. Et cependant, malgré les espérances que ranimaient si souvent des promesses officieuses peut-être imprudentes, malgré les droits acquis par la promulgation du décret du 1er octobre 1883 qui instituait deux écoles du service de santé militaire l'une à Nancy, l'autre à Bordeaux, il n'était point douteux que, le jour où l'on prendrait une décision définitive, l'administration de la guerre ne se décidât pour Lyon. En répondant officiellement que « Lyon l'emporte non seulement par l'installation matérielle de sa Faculté, la richesse de ses collections scientifiques, mais surtout et avant tout par l'immensité de ses ressources hospitalières et anatomiques », le Comité technique de santé ne faisait que répéter publiquement ce qui se disait un peu partout depuis que la question se trouvait posée. Au point de vue des traditions chirurgicales et des ressources hospitalières, Lyon est certainement la première des Facultés de province. Si la municipalité de cette ville a consenti, en faveur de l'établissement d'une Ecole du service de santé militaire, des avantages matériels suffisants, le choix de la ville de Lyon devait s'imposer.

Le décret qui institue la nouvelle Ecole déclare que, à dater de 1891, c'est-à-dire lorsque les mesures transitoires nécessités par la situation actuelle auront pris fin, les élèves du service de santé militaire seront choisis parmi les étudiants en médecine pourvus de quatre inscriptions et ayant subi avec succès le premier examen de doctorat. C'est là une mesure qui nous paraît excellente. Déjà à l'Ecole de Strasbourg où la présence d'élèves pharmaciens motivait celle des répétiteurs de chimie, de physique et d'histoire naturelle, on avait dû, contrairement à ce qui se passait alors dans les Facultés de médecine, autoriser les élèves militaires à subir à la fin de leur première année d'étude l'examen de doctorat afférent aux sciences dites accessoires. En n'admettant à l'Ecole du service de santé de Lyon que les étudiants qui n'auront plus à s'occuper que de médecine et de chirurgie, le nouveau décret réalise une économie notable et évite de grands embarras aux chefs de la nouvelle Ecole. Par suite de cette mesure, la limite d'âge se trouve reculée à vingt-deux ans pour les élèves qui n'ont pas encore servi dans l'armée et à vingt-cinq ans pour ceux qui auront accompli au moins six mois de service militaire effectif.

Une innovation plus contestable est celle qui consiste dans l'adjonction au personnel enseignant de professeurs

civils attachés à l'Ecole pour l'enseignement des *belles-lettres*, arts et langues vivantes. L'article 20 qui institue cette nouvelle catégorie de professeurs externes est copié sur le règlement de l'Ecole spéciale militaire de Saint-Cyr. On a voulu, sans aucun doute, imiter pour les jeunes médecins ce que l'on fait pour ceux qui se destinent à devenir officiers. On a oublié cependant que les conditions ne sont point les mêmes et surtout que trois ou quatre années suffisent à peine à parfaire des études médicales un peu sérieuses. N'en faut-il pas conclure que les élèves du service de santé militaire trouveront bien peu de temps pour s'occuper d'arts ou de belles-lettres? Passe encore pour l'étude des langues vivantes qui deviennent de plus en plus nécessaires! Il appartiendra d'ailleurs au directeur de l'Ecole de Lyon d'éclairer à ce point de vue les auteurs du décret.

On pourrait critiquer aussi la distribution des matières de l'enseignement complémentaire donné par les répétiteurs. Comment a-t-on pu joindre l'anatomie pathologique à l'anatomie normale et distraire de celle-ci l'histologie? Un repétiteur d'anatomie normale et d'histologie aurait été mieux à même de bien remplir sa tâche qu'un répétiteur d'anatomie normale et pathologique. L'examen d'anatomie pathologique est subi par les élèves de cinquième année, en même temps que les examens de clinique interne. C'est au répétiteur de médecine et non au répetiteur d'anatomie normale qu'il convenait de confier l'enseignement de l'anatomie pathologique. Quant au malheureux qui sera chargé d'enseigner tout à fois la matière médicale, l'hygiène, la thérapeutique et la médecine légale, nous le plaignons sincèrement. Ces attributions diverses devront être, nous le répétons, modifiées dès que la nouvelle école sera appelée à fonctionner. Nous espérons aussi que l'on autorisera les aides-majors de première classe à concourir pour les fonctions de répétiteur.

Mais nous ne voulons point insister sur des critiques de détails. Nous ne voulons pas non plus rechercher aujourd'hui pourquoi dans ce nouveau décret il n'est point question des pharmaciens militaires. Nous préférons applaudir sans réserves à la réorganisation d'une école du service de santé militaire. Depuis près de vingt années nous n'avons cessé, dans les colonnes de ce journal (1), de faire des vœux pour que l'on arrive ainsi à assurer le recrutement des médecins de l'armée, à réveiller, par de nombreux et fréquents concours, l'activité scientifique des jeunes aides-majors, à préparer à l'enseignement du Val-de-Grâce et à celui de nos Facultés une pépinière nouvelle de médecins savants et laborieux. L'armée tout entière y gagnera.

— Nous n'avons point à revenir sur l'analyse qui a été faite dans notre dernier numéro (p. 831) du long mémoire lu par M. le docteur Duboué (de Pau). Les considérations théoriques qu'a fait valoir notre confrère diffèrent de celles qui guidaient, il y a trente ans, le professeur Küss; mais le procédé thérapeutique imaginé à Strasbourg — et, malheureusement, aussi inefficace que peu pratique — est bien celui que recommande aujourd'hui M. Duboué. Voici comment s'exprimait Küss: « La nature du choléra réside dans la perte rapide de l'eau du sang. Tous les symptômes pathognomoniques: cyanose, algidité, anurie, crampes, etc., dérivent de cette anhydrémie. Pour guérir le choléra, il faut faire pénétrer de l'eau dans le sang. Le 29 août 1855, à l'hôpital civil de Strasbourg, en présence du docteur Aubenas, de M. Gustave Levy et de quelques élèves, je ponctionnai la trachée-artère d'un cholérique *in extremis* avec un trocart fin et j'y laissai couler, à l'aide d'un appareil à irrigation, une certaine quantité d'eau tiède. Ce malade était affecté d'un goitre volumineux, de sorte que l'expérience dut être interrompue. Elle fut très bien supportée par le poumon et l'eau promptement résorbée parut avoir prolongé la vie du malade. Je suis bien décidé à recommencr cette tentative à la première occasion. »

L'occasion s'est offerte de nouveau en 1865, mais les idées théoriques de Küss s'étaient modifiées, et ce mode de traitement du choléra dont il parlait encore parfois dans ses cours n'a plus dès lors été appliqué.

(1) Voyez en particulier, *Gaz. hebd.*, 1872, p. 419.

THÉRAPEUTIQUE

Les indications et la valeur thérapeutique du strophantus.

Si l'on pouvait juger d'un médicament par le nombre des publications dont il a fait le sujet, celui-ci occuperait, à bon droit, un rang élevé dans la matière médicale contemporaine.

Entrevue comme un poison du cœur par Pélikan et Vulpian, en 1865, l'inée ou onage des Pahouins fut oubliée pendant quatre années, puis étudiée en partie, de 1869 à 1886, par Fraser, Legros, Hardy et Gallois, sous son nom botanique de *Strophantus*. Voici qu'en dix-huit mois, de juillet 1887 à janvier 1889, je compte dans més notes bibliographiques, assurément incomplètes, soixante communications, discussions, thèses, minces brochures ou gros mémoires, relatifs à ce remède. Il a été expérimenté sur les animaux ou essayé sur les malades en France, par MM. Lépine, Gley, Lapicque, H. Huchard, Mairet, Combemale, Bucquoy, Dujardin-Beaumetz, Poulet, G. Lemoine et par moi-même. En Belgique, M. Snyers en a étudié les propriétés; en Autriche, ce sont les travaux de MM. Pins et Langgard, Lœw et Zerner, Haas et Paschkis; en Italie, ceux de MM. Rummo et Rovighi; en Angleterre, de Suckling et Hutchison, venant après ceux de Fraser; en Allemagne, ceux de Hans Graetz, Eichhorst, Fraenkel, Lewin, Drasch, Hochhaus, Rosenbusch; en Suisse, les recherches de Buttin et Prevost; en Amérique, celles de Bodtwich et Oliver, puis les thèses de Cazeaux, à Paris, Grognier, à Montpellier, Mayeur, à Lille. Enfin ces jours derniers MM. Bucquoy, G. Sée, Dujardin-Beaumetz et Laborde en parlaient à l'Académie. En vérité, c'est toute une bibliothèque!

Et cependant, malgré cette richesse documentaire, malgré tous ces efforts, avouons-le en toute humilité, les physiologistes et les cliniciens n'ont pu jusqu'à présent se mettre d'accord pour décider si ce remède mérite équitablement les noms de médicament cardiaque, de diurétique, d'eupnéique, de nervin ou bien d'irritant des voies digestives. Attribuer au strophantus cet ensemble de vertus est peut-être beaucoup; les lui contester toutes, ce serait trop assurément. Bref, l'on discute toujours, au grand embarras du praticien désireux de se faire une opinion impartiale sur l'action physiologique, les indications thérapeutiques et la posologie du nouveau remède.

I

Du signalement botanique et de la provenance commerciale du strophantus, il y a fort peu à dire. Interrogeons de Candolle : il en décrit deux variétés, toutes deux venant d'Afrique. Les botanistes plus modernes en mentionnent une vingtaine d'espèces d'origine sénégalaise, javanaise ou indienne, et, tout récemment, M. Blondel a déterminé la morphologie de la graine de quelques-unes de ces espèces.

Ce n'était pas d'ailleurs œuvre inutile. Fraser, en effet, expérimentait en 1869, avec le *Strophantus kombé;* MM. Polaillon et Carville, Gallois et Hardy avaient mis à l'essai le *Strophantus glabre* du Gabon; d'où, en partie du moins, les différences expérimentales qu'ils observèrent. Depuis, les espèces commerciales se sont multipliées : telles les graines du *Strophantus glabre* du Gabon, du *Strophantus sarmenteux* du Niger, du *Strophantus dichotome* de Sourabaya, du *Strophantus laineux* du Zambèze et du *Strophantus de Madagascar* que, dans la nomenclature latine, Oliver (de Kew) qualifie de *Aurantianus.*

Puis, autre cause d'erreur : à cette confusion botanique, il faut ajouter les fraudes commerciales dont cette graine est l'objet. On substitue les espèces indiennes aux espèces africaines; on mélange les graines du strophantus vrai avec celles du strophantus faux, et même, ajoute M. Blondel, les graines actives avec les graines qui ont été antérieurement épuisées par l'alcool.

On le voit, les lacunes sont nombreuses dans l'histoire botanique du strophantus, comme dans sa matière médicale. C'est là, sans doute, une cause de la différence des effets physiologiques enregistrés par les expérimentateurs.

Mêmes lacunes, ou plutôt grande confusion dans l'étude chimique du strophantus. On emploie des extraits ou des teintures alcooliques de titre et de concentration variables. On a isolé une strophantine des graines des strophantus; mais la strophantine du strophantus kombé, comme M. Catillon l'a montré, est tantôt amorphe, tantôt cristallisée, et ses cristaux — autre variation — sont tantôt lamellaires, tantôt en aiguilles.

Ce n'est pas tout encore; voici qu'aux réactifs, la strophantine des strophantus kombé et hispidus répond autrement que la strophantine du strophantus glabre du Gabon. Or, en 1877, MM. Hardy et Gallois expérimentaient avec les semences de celui-ci; Fraser, en 1869, avec celles de celui-là, et, comme il fallait bien s'y attendre, ils obtenaient tous des résultats discordants.

De plus — autre cause d'erreur dans l'appréciation des vertus du strophantus — les graines contiennent un glucoside mal déterminé et probablement identique à la substance désignée sous le nom d'inéine par MM. Gallois et Hardy. Enfin, voici que M. Arnaud vient, en juillet dernier, de communiquer à l'Académie des sciences une note d'après laquelle la strophantine serait l'homologue de l'ouabaïne, principe actif d'une Apocynée, l'ouabaïs, dont les Somalis font usage pour empoisonner leurs flèches. Jusqu'ici, par conséquent, il est prudent, à l'exemple de M. Dujardin-Beaumetz, de déclarer que la pharmacologie des strophantines et du strophantus est seulement à peine ébauchée.

II

La détermination de ses propriétés physiologiques est-elle plus précise? Pélikan, Vulpian, Legros, P. Bert, Carville, MM. Polaillon, Gley et Lépine, et d'autres encore, M. H. Huchard et moi nous sommes de ce nombre, ont mis le strophantus à l'essai sur les animaux : chiens, chats, mammifères, oiseaux, tortues, grenouilles, petits crustacés, animaux à sang chaud et animaux à sang froid. En fait, depuis quelque temps, on l'a beaucoup expérimenté dans les laboratoires. D'autres observateurs, MM. Mairet, Combemale, Grognier et G. Lemoine ont voulu de plus — prudente sagesse physiologique — en rechercher les effets sur l'homme sain avant de les utiliser chez l'homme malade. Et cependant, malgré leur multiplicité, ces recherches ne sont pas très concordantes par leurs résultats.

On a noté que l'extrait des graines du strophantus tuait les animaux de toutes espèces, après un temps dont la durée variait suivant qu'on l'administrait par la voie sous-cutanée ou bien par la voie stomacale. On a vu, surtout dans les ingénieuses expériences de M. Lemoine, que, par la répétition des doses, on provoquait une intoxication chronique et on a ainsi démontré que son administration répétée ne présente pas moins de dangers que son administration à doses excessives. Il existe donc un *empoisonnement aigu* et un *empoisonnement chronique* par le strophantus, l'un et l'autre redoutables quand on prescrit cette substance.

A doses mortelles, d'après les divers expérimentateurs, les extraits aqueux ou alcooliques du strophantus modifient toutes les grandes fonctions de l'organisme : circulation, respiration, digestion, sécrétion, thermogénèse, innervation.

Quels sont les *phénomènes cardio-vasculaires* consécutifs à l'administration de l'extrait aqueux du strophantus? Dans les premiers moments qui suivent l'ingestion, j'ai constaté, comme la plupart des autres expérimentateurs, l'augmentation de la pression artérielle, et, suivant la remarque de MM. Gley et Lapicque, une amplification de la systole; mais ces phénomènes sont passagers, et, après quelques courts instants, les battements de cœur s'accélèrent et se multiplient, bien que la colonne mercurielle du sphygmomanomètre continue de s'élever : l'hypertension persiste donc, malgré l'augmentation numérique des battements cardiaques. MM. Lapicque et Gley, qui notent aussi ce phénomène, l'attribuent à l'exagération de la tonicité artérielle. C'est en placer la cause dans la circulation périphérique.

Puis — autres phénomènes constituant la seconde phase de l'expérience — le cœur se ralentit, la pression artérielle diminue : à la phase d'hypertension succède celle d'hypotension. Le nombre et l'amplitude des battements cardiaques s'atténuent; finalement, la colonne manométrique et le cœur s'arrêtent.

Comment interpréter ces faits expérimentaux? Pélikan et Vulpian ont dit les premiers : « L'inée est un poison du cœur. » Polaillon et Carville déclarèrent, eux aussi, que le strophantus abolissait la motricité de la fibre myocardique. MM. Gley et Lapicque ont admis qu'il modifie l'activité du système nerveux. Ici, théorie *musculaire*, là, théorie *nerveuse* de la toxicité du strophantus; enfin — troisième interprétation — MM. Mairet, Combemale et Grognier le font agir directement sur l'épithélium rénal, qu'il irrite : c'est la *théorie rénale* de l'action du strophantus.

Ces interprétations sont de nature à satisfaire la curiosité des expérimentateurs, mais, il faut l'avouer, ont été impuissantes jusqu'ici à les mettre d'accord. Les uns, avec MM. Lépine et G. Lemoine, notent l'arrêt du cœur en diastole par l'autopsie des animaux au moment même de la

mort. D'autres, Paschkis, Langgaard, Prévost et peut-être aussi Fraser, admettent, ou du moins semblent admettre, la constance de l'état systolique de cet organe, de sorte que l'on éprouve un certain embarras en présence de ces opinions, et que l'on ne sait si l'on doit conclure à l'abaissement ou à l'élévation de la pression artérielle par le strophantus.

J'insiste moins sur les *troubles des mouvements respiratoires :* gêne dyspnéique avec accélération initiale, puis ralentissement terminal de leur rythme, et sur les *modifications thermiques* se traduisant par un abaissement de quelques dixièmes de degré, phénomènes qui ne suffisent pas pour mettre le strophantus au rang des antithermiques.

Inutile encore de s'arrêter longuement à ces *changements dans la motilité* qui, au début, se traduisent par de l'agitation, et, plus tard, par de la paresse musculaire, ou bien à ces *perturbations digestives* fort variables, signalées dans quelques cas : ici, vomissements; là, efforts de défécation, et, comme je l'ai constaté chez les cobayes, expulsions de selles semi-liquides.

Son *action sur le système nerveux* est loin d'être bien déterminée. La plupart des expérimentateurs notaient la prostration avec conservation de l'intelligence, mais M. Lemoine a observé des symptômes qui, par leur violence, se rapprochaient des tremblements et de la parésie du strychnisme.

Même variabilité de son *action sur les sécrétions.* On a vu les doses toxiques de strophantus raréfier les urines, conséquemment, les rendre plus colorées et troubler leur limpidité. L'addition du perchlorure de fer et de l'acide sulfurique y développait la réaction de la strophantine de Helbing. Par contre, administrées à l'homme sain, les doses modérées augmentaient la diurèse dans le rapport de 1 à 2. Après cela, on s'explique le désaccord entre les observateurs; les uns considèrent le strophantus seulement comme un diurétique par élévation de la tension artérielle avec Czatary Zerner, A. Lœw (*Wien. med. Woch.*, 1888) et G. Sée; les autres comme un médicament rénal.

Inconstance et variabilité des effets physiologiques, tel est donc le caractère de l'*intoxication aiguë* par le strophantus. Observe-t-on ces mêmes irrégularités symptomatiques dans l'*intoxication lente* par cette substance?

Non, et, à ce point de vue, on ne saurait trop invoquer le témoignage et les expériences si méthodiques de M. G. Lemoine sur les cobayes et les chiens. Il leur administrait quotidiennement une dose de teinture de strophantus qui, isolée, eût été insuffisante pour provoquer aucun phénomène physiologique. Après quelques jours, cependant, ces animaux perdaient rapidement de leur poids, de leur appétit et de leur embonpoint, et ceux de l'espèce canine étaient atteints de diarrhée séreuse, de polyurie et d'albuminurie.

Du côté du système nerveux, c'étaient des tremblements, des convulsions des muscles de la mâchoire et des grincements de dents, et même, dans une expérience, des convulsions épileptiformes. L'inertie, la lenteur des mouvements, la paresse musculaire, s'observèrent à une période plus avancée.

Puis, du côté des voies respiratoires, M. Lemoine notait la lenteur et l'irrégularité des battements cardiaques, le ralentissement des mouvements respiratoires, la prolongation de l'expiration et la profondeur de l'inspiration. Enfin —fait démonstratif— on pouvait suspendre ces phénomènes et « assister à une véritable résurrection de l'animal », en cessant, pendant quelques jours, l'administration du strophantus.

Vraiment il y aurait naïveté de s'attarder à justifier l'importance thérapeutique de cette intoxication chronique. Ne prouve-t-elle pas, d'une part, l'accumulation du strophantus dans l'organisme; d'autre part, le danger d'en continuer, pendant longtemps, l'administration?

III

L'anatomie pathologique donne-t-elle une notion plus nette de l'action exercée par le strophantus sur les tissus de l'organisme? Oui, sans doute; les altérations observées sont constantes : des taches hémorrhagiques maculent l'endocarde et la muqueuse gastro-intestinale; des suffusions sanguines sillonnent la surface du foie et ponctuent la capsule et le tissu spléniques. Oui, encore, le parenchyme pulmonaire et la masse encéphalique sont congestionnés; une semblable congestion envahit la totalité du tissu rénal, mais avec une intensité plus grande dans la zone corticale que dans la zone médullaire.

On observe ces altérations anatomiques dans l'intoxication aiguë; on les observe encore dans l'intoxication chronique, et on a pu décrire les lésions d'une néphrite strophantinienne comparable, dans ses stades divers, à la néphrite infectieuse. Il est vrai que, chez l'homme, on n'a point noté ces lésions; cependant, à leur défaut, M. Cazeaux a constaté l'augmentation de l'albuminurie des brightiques, et d'autres observateurs ont noté des hématuries strophantiniennes. N'est-ce pas là encore un motif pour prescrire avec réserve un médicament qui, selon l'expression de MM. Combemale et Mairet, agit à la manière d'un irritant sur tous les systèmes de l'économie?

IV

Inspirés par ces données de la physiologie expérimentale, les thérapeutistes s'efforcent, depuis bientôt vingt années, de fixer les indications de cette substance. En 1869, Fraser lui donnait rang parmi les médicaments cardiaques. Depuis, avec Langgaard et Pins, ce même observateur en a fait un médicament diurétique. Tout récemment, enfin, on l'a proposé et même essayé à titre d'eupnéique, de stimulant des fonctions digestives, d'agent nervin et même d'antihyperthermique et d'anesthésique local. Voilà tout un ensemble de vertus fort nombreuses, et, en vérité, très contestées.

En le proposant comme *médicament cardiaque,* Fraser attribuait au strophantus une puissante efficacité contre l'asystolie, les ruptures de compensation de l'hypertrophie ventriculaire, l'arythmie cardiaque, la dyspnée, les hydropisies, tous phénomènes sous la dépendance plus ou moins immédiate d'un abaissement de la pression sanguine. Au fait; d'enthousiasme, il le comparait à la digitale!

M. Pins a, lui aussi, proclamé ses mérites dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* de l'année 1887, en même temps que ses compatriotes Drasche, Zerner, Lœw, l'Américain Bowdich (de Boston), et que MM. Dujardin-Beaumetz et Bucquoy, dans les discussions de novembre de cette même année à la Société de thérapeutique. Ce dernier lui attribuait une supériorité sur la digitale : celle de prolonger son action, d'agir avec une énergie moins brutale mais plus durable et de restaurer la contractilité myocardique quand le cœur était fatigué. De l'avis de ces divers observateurs, le strophantus devrait passer pour un médica-

ment de l'asystolie, pour le succédané de la digitale, et même pour un agent cardiaque supérieur à cette dernière.

Voici cependant une autre opinion, celle de M. Haas: « Le strophantus (*Prag. med. Wochens.*, 1887) n'agit pas comme la digitale. Ce n'est pas l'énergie cardiaque qu'il augmente, c'est plutôt la tonicité vasculaire qu'il diminue, soulageant ainsi l'effort myocardique en amoindrissant la résistance de la circulation périphérique. » Ce n'est pas sa seule action et pour prouver que le strophantus n'est pas un tonique du cœur, il ajoute que, sous son influence, le choc précordial diminue, que le deuxième bruit pulmonaire s'affaiblit, et que le pouls perd de sa fréquence. En d'autres termes, si le strophantus atténue l'effort myocardique, c'est en diminuant l'encombrement de la circulation périphérique et, s'il possède une efficacité dans le traitement des cardiopathies non compensées, ce serait à titre de médicament vasculaire plutôt que de médicament cardiaque.

Le radicalisme de cette conclusion ne satisfait pas, sans doute, MM. Fraenkel, Furbinger (*Société de médecine de Berlin*, 1888), Hochhaus et Suckling. A leur avis, le strophantus est bien un tonique du cœur, mais son inconstance et la faible intensité de ses effets lui donnent un rang inférieur à celui de la digitale.

Une autre opinion, défendue par MM. Rovighi et Rummo (*Riforma medica*, 1888), et surtout par MM. Mairet et Combemale, condamne cet engouement en faveur du strophantus, et — considération en rapport avec la théorie physiologique de son action rénale — le considère comme un médicament irritant. Il agit directement sur le rein et par le rein sur le cœur; bref, c'est un médicament rénal plutôt qu'un médicament vasculaire.

M. Lemoine a, lui aussi, dans ces derniers temps (*Revue générale de clinique et thérapeutique*, octobre 1888) revisé ces divers travaux cliniques, et, au moyen d'observations nouvelles et de nombreux tracés sphygmographiques, formulé des conclusions plus décisives.

Qu'a-t-il constaté? Le renforcement de l'énergie du cœur et une régularité plus grande du rythme de ses battements. Par contre, il n'a jamais observé ni ces améliorations considérables proclamées par certains observateurs, ni enfin cette souveraine puissance thérapeutique du strophantus, d'après laquelle, au témoignage de Fraser, on assistait à la métamorphose, vraiment bien étonnante, d'une « insuffisance mitrale en une insuffisance aortique! »

V

Médicament cardiaque, vasculaire ou rénal, le strophantus possède donc des vertus contestées, et, après tant de recherches physiologiques ou cliniques, le praticien désireux de le prescrire éprouve le plus grand embarras. Il se demande donc: quand faut-il l'administrer aux cardiaques? quand doit-on en éviter l'emploi?

Les effets les plus heureux ont été obtenus contre l'asystolie, et surtout dans les cas où l'asystolie s'accompagnait d'œdème et d'hydropisie.

Ici, il faut bien l'admettre, l'action favorable est conséquente de l'augmentation de la diurèse. On peut donc, à bon droit, en essayer l'administration chez les asystoliques rebelles à la digitale ou à la caféine. Médicament de nécessité plutôt que de choix, le strophantus devient chez eux une ressource suprême alors que les autres remèdes font défaut. Cependant voici que tout récemment un médecin américain, M. Dewine, a publié une série de succès qui témoigneraient en faveur du strophantus. Il a vu, écrit-il (*The Boston med. and Surg. journal*, 25 novembre 1888), les accidents s'améliorer dans vingt-quatre cas de cardiopathies organiques ou fonctionnelles (affections mitrales, myocardites graisseuses, palpitations sans lésions définies). Il n'a constaté aucun effet cumulatif, aucun trouble digestif, la diminution de la faiblesse cardiaque, en un mot tous les bénéfices d'un médicament à la fois nervin, eupnéique et artério-tenseur. Rien ne manque à ces succès, sauf, ce semble, une expérience clinique assez étendue.

Il y a, en effet, des contre-indications à son emploi: tel l'état de dégénérescence du myocarde, selon la remarque de Zerner et Lœw; telle l'existence d'une néphrite, et surtout celle de l'albuminurie, cas où, dans les premiers jours après le début de son administration, le strophantus augmente temporairement la diurèse. Cette augmentation est seulement temporaire, et, comme M. Lemoine le fait observer, bientôt suivie d'une diminution quantitative des urines. Les améliorations signalées sont donc incontestables, mais éphémères, et il ne faut pas, par excès d'engouement, demander au strophantus plus qu'il ne peut donner.

Néanmoins, quand ces contre-indications font défaut, ou que la digitale a échoué, on peut en essayer l'emploi, sans toutefois fonder des espérances trop grandes sur un médicament dont la constance, la fidélité et la régularité ne sont pas les vertus.

VI

Quelle est la valeur du strophantus comme *agent diurétique?* MM. Fraser et Pins l'ont recommandé dans le traitement des néphrites, attribuant ses effets diurétiques à l'irritation du parenchyme rénal. MM. Hochhaus et Dujardin-Beaumetz contestent son utilité dans ces affections. Puis, autre opinion, défendue par MM. Zerner et Lœw; dans une série de onze cas, ils ont vu, écrivent-ils, la diurèse augmenter sept fois, après l'administration du strophantus « dont les effets diurétiques, ajoutent-ils, sont corrélatifs de l'action cardio-vasculaire du médicament ». Ici, opinion divergente, ce serait par le cœur et les vaisseaux que le strophantus agirait sur le rein.

MM. Lemoine et Mayeur n'ont pas été moins satisfaits de l'augmentation des urines ainsi provoquée. Par contre, ils avouent avec sincérité que, dans la néphrite brightique, le bénéfice obtenu est compensé par le danger d'augmenter en étendue et en profondeur des lésions rénales. Tous deux, on le sait, défendent la théorie, si vraisemblable d'ailleurs, de la néphrite strophantinienne.

De plus, autre fait non moins préjudiciable, l'albuminurie augmente, toujours sous l'influence du médicament, que cette albuminurie soit durable comme chez les brightiques ou passagère comme chez les fébricitants. En bonne raison, on doit donc redouter l'administration du strophantus comme diurétique et aussi comme médicament cardiaque à tout cardiopathe ou rénal en puissance d'albuminurie. On doit encore le redouter s'il existe des hématuries, car il les aggrave et parfois il les provoque. En voici la preuve.

Je l'emprunte à un fait que j'observe. M. B... est atteint depuis longtemps de lésions aortiques avec myocardite et néphrite. Un thérapeute éminent lui prescrit le strophantus à titre de diurétique et de tonique cardiaque; l'albuminurie se manifeste, quand jusque-là on l'avait en vain cherchée. Je cesse le strophantus, la quantité d'albumine descend de 2 grammes à 50 centigrammes par jour. Chaque fois que

j'essaye à nouveau le médicament, mêmes phénomènes. Auparavant, des analyses précises ne décelaient jamais l'existence de l'albumine; faut-il, dans l'espèce, mettre en doute l'action irritante du strophantus sur le rein et, interprétation abusive, admettre une simple coexistence entre l'administration du médicament et les progrès de la maladie? Non! Mieux vaut mettre toutes les théories hors de cause et constater qu'ici le témoignage de l'observation clinique est conforme à celui de l'expérimentation, le danger venant, dans la néphrite des artério-scléreux, tout à la fois de l'hypertension artérielle et de l'irritation de l'épithélium rénal. Inutile, par conséquent, d'insister sur cette contre-indication.

Il faut noter que ces propriétés diurétiques ont été utilisées par Hutchinson sur un malade en puissance de coliques néphrétiques. En provoquant une diurèse abondante, il sollicita, paraît-il, l'évacuation des calculs et la guérison de la crise. C'était un succès à l'actif du strophantus. Reste à savoir si des observateurs moins heureux, employant la même médication, n'auraient pas à mettre à son passif une irritation intempestive du parenchyme rénal.

Comme *médicament nervin,* le strophantus n'a guère fait ses preuves; car on ne saurait, je pense, compter au nombre de ses victoires, l'amélioration d'un cas de maladie de Basedow enregistré par MM. Zenner et Lœw. On ne saurait non plus oublier son impuissance contre l'épilepsie, insuccès signalé par M. Lemoine.

Enfin, jusqu'à vérification expérimentale, on doit soumettre au contrôle les effets anesthésiques que, tout récemment, dans les n°s 21 et 22 du *Wiener klinische Wochenschrift,* M. Steinach aurait observés par les instillations sur la cornée de la solution au dixième de l'extrait de strophantus. Faut-il attribuer cette action à un principe actif, encore — « mystérieux » — contenu dans le strophantus? M. Steinach le pense. Ou bien ne faudrait-il pas plutôt le considérer comme un de ces phénomènes beaucoup moins mystérieux dus à l'inhibition de la sensibilité, dont M. Brown-Séquard a démontré la production après les irritations les plus diverses des muqueuses et de la peau?

VII

Faut-il, en raison des modifications de la respiration qu'il provoque, placer le strophantus au rang des *agents eupnéiques?* MM. Hochhaus et Fuerbinger lui attribuent le soulagement de dyspnées nerveuses. M. Lemoine l'a employé avec quelques avantages pour diminuer la gêne respiratoire du catarrhe pulmonaire et de l'emphysème pulmonaire. Il y a loin de tels faits à une conclusion ferme, d'après laquelle le strophantus mériterait le nom de médicament respiratoire. Mieux vaut admettre, à l'instar de M. Fraenkel et d'autres, que s'il atténue les dyspnées cardiaques, c'est en raison de ses propriétés cardio-vasculaires.

Enfin, peut-on espérer quelque profit thérapeutique de son action sur les voies digestives? La diarrhée strophantinienne est un phénomène vulgaire, d'après M. Lemoine, chez les malades qui ingèrent ce médicament, et aussi un phénomène d'intolérance, selon la remarque de M. Bucquoy. Il peut avoir son utilité dans les œdèmes ou les hydropisies, au même titre que les agents de révulsion intestinale, mais on ne saurait, ce me semble, en recommander l'emploi prémédité, quand ses avantages ne compensent guère ses inconvénients.

Ce n'est pas tout, le strophantus possède un goût amer qui stimule l'appétit des malades, ingérant son extrait ou sa teinture. Voilà une vertu stomachique, modeste sans doute, mais qui, nonobstant cette modestie, rappelle de loin la stimulation de l'appétit produite par la strychnine et la noix vomique.

Je passe sur les propriétés antithermiques que M. Rovighi a tout récemment attribuées au strophantus, et j'en arrive à la posologie de ce médicament. Elle est simple, puisqu'elle consiste à l'administrer, sous la forme de teinture, à la dose quotidienne de dix à quinze gouttes véhiculées dans une potion à l'eau sucrée. Jusqu'à présent ce mode d'administration a été le plus habituellement employé. On a essayé, mais sans grand succès, il est vrai, de pratiquer des injections hypodermiques contenant 1 demi-milligramme à 2 milligrammes d'extrait dans 1 gramme d'eau. Enfin, on a proposé la strophantine à la dose d'un dixième de milligramme; mais l'extrême toxicité de cette substance est un obstacle à son emploi. La pharmacologie du strophantus est donc encore à étudier.

En résumé, et jusqu'à plus ample informé, les insuccès de ce médicament se compensent avec ses triomphes. On doit le prescrire avec réserve, redouter, comme MM. Dujardin-Beaumetz et Bucquoy, la substitution des strophantines encore si mal définies aux préparations simples de strophantus; enfin après avoir analysé les travaux dont il a été l'objet, on peut dire, après l'un des thérapeutistes les plus distingués de la province : « Le strophantus appartient à cette catégorie des remèdes mal connus, que l'on se fatigue d'étudier; — plus on l'étudie, moins on semble le connaître. »

Ch. Éloy.

REVUE DES COURS

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE : PROFESSEUR M. CHARCOT.

Hystérie des enfants. — Parmi les symptômes les plus fréquents de l'hystérie infantile, il faut noter des troubles psychiques associés à des crises de violence d'un aspect tout à fait spécial.

M. le professeur Charcot présente à son cours un enfant de sept à huit ans, sans hérédité nerveuse nettement constatée, qui ressentant brusquement une sorte de (douleur-aura) dans les genoux, éprouve bientôt la même sensation dans la cuisse, l'aine et le ventre, sans perte de connaissance, avec hypéresthésie cutanée sur le trajet de l'aura, puis agitation qu'une course folle (manège autour d'une table) calme un peu.

Cette crise d'hystérie revient à la moindre contrariété; l'enfant est devenu pour sa famille un véritable tyran. M. Charcot fait remarquer l'horaire de ces attaques, qui reviennent périodiquement de neuf heures à onze heures du soir.

Cette réglementation appartient bien à l'hystérie; l'épilepsie, elle, est plus souvent nocturne ou bien se produit à la fin du sommeil vers le matin.

Le professeur constate une migration imparfaite des testicules, dont l'un est encore dans l'anneau, tandis que l'autre est resté dans le ventre; mais il n'attache pas plus d'importance à ce fait qu'à l'existence de vers intestinaux chez certains épileptiques.

Crises d'épilepsie. — M. Charcot oppose à l'enfant hystérique un jeune homme atteint d'épilepsie classique. Ce malade a ses crises presque toutes les nuits de cinq heures

à six ou sept heures du matin. Les convulsions prédominent dans le côté droit du corps. Le professeur fait remarquer la différence qui existe entre le morbus sacer, à forme unilatérale, et l'épilepsie Jacksonienne, n'atteignant qu'un côté du corps. Dans cette dernière maladie, la perte de connaissance prévient de son arrivée par une série de phénomènes (auras diverses, douleurs, fourmillements, etc.); enfin la maladie reconnaît des causes tout à fait différentes. C'est surtout dans les épilepsies syphilitiques qu'il importe de se hâter et de faire promptement le diagnostic. L'artérite gommeuse qui cause les phénomènes convulsifs va vite, il faut très vite aussi instituer le traitement antisyphilitique pit d'attaque. On comprend le tort irréparable causé au patient quand on croit à l'épilepsie classique et quand on se contente de donner le bromure de potassium.

Quand on a bien affaire à l'épilepsie spécifique, on voit bientôt l'épilepsie s'amender, la connaissance ne se perd plus, les phénomènes convulsifs se localisent. Malheureusement toutes les épilepsies partielles ne sont pas syphilitiques. Il faut alors, quand on le peut, recourir à la trépanation. M. Horsley a déclaré à M. Charcot que l'opération pratiquée sur un malade encore sous l'influence du bromure, pris pour calmer les crises, se faisait dans de mauvaises conditions et compromettait le succès.

Conclusions : L'épilepsie vraie qu'on ne peut encore rapporter à aucune lésion organique démontrable, doit être traitée par le bromure. Au contraire, l'épilepsie partielle est syphilitique, alors elle doit être attaquée vigoureusement par le traitement spécifique ou bien elle doit être rapportée à un néoplasme et devient alors justiciable (autant que possible loin de la dernière administration du bromure) de la chirurgie crânienne.

Tremblement de la tête dans la maladie de Parkinson. — On sait que la maladie de Parkinson, même dans les cas où le tremblement est très accusé, a coutume de respecter la tête qui n'est jamais atteinte que par le mouvement communiqué par le reste du corps. Quand on s'est attaché au début des études sur cette affection à la différencier de la sclérose en plaques, les auteurs et parmi eux M. Charcot se sont efforcés de mettre en lumière cette intégrité de la tête devant le tremblement. Or, ce qui avait paru de prime abord un caractère absolu semble aujourd'hui moins certain. Le professeur, à l'appui de son dire, montre un homme de trente-neuf ans atteint de la maladie de Parkinson et présentant dans tout son côté gauche un tremblement violent. Or la tête elle-même tremble très fort, les secousses du tremblement se font surtout du côté gauche, côté le plus atteint. C'est là un de ces cas comme Westphall en a signalé un dans les *Annales* de la Charité. Tout ce qu'on peut dire en pareille circonstance c'est que, dans la majorité des cas, la tête ne tremble pas. L'exception confirme la règle. (Leçon du 30 novembre 1888.)

Chorée grave. — Il se présente bon an mal an soixante ou quatre-vingt malades atteints de chorée à la Salpêtrière. Sur ce nombre assez considérable on a rarement à constater des décès du fait de la chorée elle-même : la chorée grave est donc peu fréquente. M. Charcot présente un homme encore jeune atteint de la chorée grave de l'adulte. Après une première phase caractérisée surtout par des troubles mentaux il a été pris d'une agitation incessante. Aujourd'hui il a une température aux environs de 40 degrés, 120 pulsations, un ventre ballonné, la langue sèche; il n'y a aucune complication viscérale. C'est la chorée seule qui cause tout cela.

Il ne s'agit plus de la chorée de Sydenham, de cette chorée des enfants qui guérit très bien, mais de la chorée mortelle, tellement rare, qu'à Saint-Georges Hospital en trente et un ans on en a vu 16 cas; aux Enfants malades 6 cas en quinze ans; enfin à la Salpêtrière 3 cas sur 160 chorées.

On peut rapprocher la chorée grave de l'adulte de l'état de mal épileptique. Dans l'un et l'autre cas la mort vient sans complications viscérales et l'autopsie a toujours donné des résultats négatifs.

Vraisemblablement ce malade mourra et si sa chorée a revêtu un caractère aussi grave c'est non pas parce qu'il est rhumatisant, mais parce qu'il est issu de névropathes (le père et la mère se sont suicidés). Sur un tel terrain la chorée a montré tout ce qu'elle pouvait donner.

Le malade a succombé comme on pouvait s'y attendre et l'autopsie n'a révélé que quelques végétations sur la face auriculaire de la valvule mitrale. Aucune lésion du système nerveux.

Paralysie infantile. — A propos de deux cas de paralysie infantile M. Charcot rappelle l'historique de la question, établit au tableau le schéma habituel des lésions des cornes antérieures et signale un point de diagnostic délicat avec une paralysie particulière de l'enfance qu'il appelle la paralysie de Kennedy. Cette affection peu connue amène des paraplégies, des monoplégies complètes, qui ont pour caractère de guérir tout d'un coup ou du jour au lendemain. Le professeur rappelle également un fait des plus curieux signalé ces temps derniers à Lyon. C'est le développement d'apparence épidémique de treize cas de paralysie à Sainte-Foix l'Argentière, petit pays de 1500 âmes. Ces faits, rappelant du reste absolument la paralysie infantile, doivent-ils faire admettre l'existence d'une maladie infectieuse... voilà l'intérêt... Y a-t-il un microbe ayant une sympathie spéciale pour les cellules des cornes antérieures? Le fait serait assez curieux. Avant d'admettre cette conclusion, il est bon d'attendre, de voir si des cas nouveaux viennent à se produire, de s'assurer qu'il s'agit bien de la paralysie infantile et de ne se prononcer qu'à coup sûr. (Leçon du 4 décembre 1888.) B.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Des rapports de l'ataxie locomotrice progressive et du goitre exophthalmique. Communication faite à la Société des hôpitaux dans la séance du 14 décembre 1888, par M. Alix Joffroy, médecin de la Salpêtrière.

La question soulevée par la communication de mon savant collègue me préoccupe depuis plusieurs années. J'aurais cependant préféré en retarder encore la discussion; mais, puisque le débat est ouvert, je l'accepte d'autant plus volontiers que je crois nécessaire de combattre sans retard les conclusions que M. Barié vous a présentées d'une manière trop séduisante.

On peut trouver réunis chez un ataxique tous les symptômes capitaux de la maladie de Basedow : la tachycardie, l'exophthalmie, le goitre, le tremblement des mains, etc.; mais plus fréquemment on n'en trouve que quelques-uns. Parmi eux, la tachycardie est le plus commun. Il n'est pas très rare de voir, en même temps que la tachycardie, un certain degré de protrusion des yeux; chez d'autres malades, on trouvera la tachycardie associée à la tumeur thyroïdienne; chez d'autres, on trouvera une exophthalmie très accusée, avec une grande fréquence des battements du cœur.

La question qui se pose naturellement dans ces cas est de savoir si l'on se trouve en présence de malades atteints simultanément de l'ataxie locomotrice et de la maladie de Basedow, ou bien si l'on doit regarder la tachycardie, l'exophthalmie, le goitre, le tremblement des mains, etc., comme devant être rapportés à l'ataxie locomotrice.

Avant d'aborder cette discussion, nous relaterons d'abord dans leur ordre d'observation les faits qu'il nous a été donné d'observer depuis plusieurs années que nous étudions cette question.

J'ai conservé le souvenir de malades tabétiques qui étaient, en 1884, dans mon service de Bicêtre, et dont les yeux présentaient de la protrusion à un degré très frappant. Je pourrais citer plus particulièrement le nommé Al..., présenté à cette Société en 1883 par M. Debove, après l'élongation du sciatique. Toutefois, ce n'est que l'année suivante que j'ai commencé à consigner le fait dans mes notes.

. .

Voici la photographie de la première malade atteinte d'ataxie locomotrice, et chez laquelle j'ai relevé intentionnellement le symptôme exophthalmie. Cette malade, nommée B..., âgée de quarante-neuf ans, est entrée dans mon service à la Salpêtrière au mois de mars 1885. L'ataxie et l'exophthalmie paraissent dans ce cas avoir débuté à peu près simultanément.

Le 21 novembre 1879, la malade fut vivement contrariée pendant la période menstruelle; elle tomba sans connaissance, eut une épistaxis très abondante, et fut obligée de garder le lit, en proie à une grande surexcitation, et d'autre part ressentant de violentes douleurs dans la région lombaire.

Vers la fin de la première semaine, pendant la nuit, la malade voulut se lever dans l'obscurité, mais elle ne put se tenir debout et tomba. Elle dut demander du secours pour remonter dans son lit. A partir de ce moment, elle ne put marcher que de jour ou avec le secours de la lumière.

C'est à cette époque qu'elle remarqua que ses yeux faisaient une saillie très accusée, qui se serait développée tout de suite après la perte de connaissance mentionnée plus haut, d'après le dire d'une de ses amies présente à l'accident.

Ce n'est que deux ou trois mois plus tard qu'elle ressentit des crises de douleurs fulgurantes.

A la même époque, on constata un strabisme externe de l'œil droit, avec affaiblissement de la vue de ce côté.

En 1884 se développa une arthropathie tabétique du genou gauche. Dans le courant de la même année se montrent les crises gastriques, qui reviennent irrégulièrement à des intervalles de quatre à huit semaines environ, et qui sont parfois excessivement violentes.

Le cœur ne présente aucun bruit morbide, n'est pas notablement hypertrophié, mais bat un peu plus fréquemment que la normale. La malade étant au repos dans son lit, qu'elle ne quitte guère que pour se mettre sur une chaise, a de 84 à 90 pulsations par minute. Le choc du cœur n'est pas violent, si ce n'est quand la malade est impressionnée.

Au cou, on ne constate pas de battements exagérés des artères, et il n'y a pas trace de tumeur du corps thyroïde.

On observe parfois un peu de tremblement des mains.

Le caractère chez cette malade est excessivement impressionnable; elle est difficile à contenter et très prompte à se mettre en colère. Elle est hystérique et a présenté à plusieurs reprises sous nos yeux des crises nerveuses rappelant la petite attaque d'hystérie, avec menace de syncope.

Depuis 1885, il ne s'est présenté aucune modification importante.

En résumé, on trouve chez cette malade les signes classiques de l'ataxie locomotrice et de l'hystérie, et on observe un certain degré de tachycardie et une exophthalmie assez prononcée pour qu'à première vue on songe à la maladie de Basedow.

Je mets encore sous vos yeux la photographie de la seconde malade dont je vous parlerai. L'exophthalmie, moins marquée que dans le premier cas, est encore manifeste.

C'est une femme nommée A..., âgée de soixante ans, entrée dans mon service en mai 1885.

Le début de l'ataxie locomotrice remonte à 1869 (elle avait alors quarante-quatre ans), et consista en douleurs lancinantes dans les membres inférieurs. Depuis cette époque, les crises douloureuses se sont montrées avec une une grande intensité.

Ce n'est que treize ans plus tard, en 1882, qu'elle éprouva les premiers troubles de la marche, qui devint irrégulière et même impossible dans l'obscurité. En janvier 1883, l'incoordination diurne était manifeste, et en 1885, la malade ne pouvait faire quelques pas qu'avec l'aide du bras d'une personne ou en s'appuyant sur les barreaux des lits.

Depuis trois ans, il y a incontinence d'urine, troubles de la sensibilité, perte des réflexes patellaires, etc.

Les yeux présentent un degré notable d'exophthalmie, mais la malade affirme qu'elle a toujours eu ce volume anormal des yeux, et qu'en cela elle ressemble à sa mère.

Pendant toute une période de sa vie, de vingt-cinq à trente-cinq ans, elle a eu des palpitations, qui ont ensuite disparu.

Aujourd'hui, on constate que le cœur bat énergiquement en soulevant la mamelle à chaque pulsation. Il n'y a pas de souffle, pas ou peu d'hypertrophie; mais parfois, pendant l'auscultation du cœur, on perçoit une sorte de tumulte pendant lequel on ne peut compter exactement le nombre de battements.

Le pouls, généralement régulier, bat de 110 à 130 fois par minute, la malade étant alitée. A l'artère radiale, il est plutôt petit, effacé; mais au niveau du cou, on voit les carotides battre assez fortement.

On ne trouve chez la nommée A... ni tumeur thyroïdienne ni tremblement des mains.

Dans ce second exemple, on trouve donc chez une femme ataxique, de l'exophthalmie, de la tachycardie, une impulsion énergique du cœur; mais on ne trouve ni développement anormal du corps thyroïde, ni tremblement des mains.

Notons aussi que dans ce cas l'exophthalmie paraît avoir précédé l'ataxie.

Au mois de juillet 1887, j'ai observé un troisième fait, que je résume en quelques mots.

Il s'agit d'une femme de vingt-neuf ans, ayant depuis l'âge de quinze ans des attaques d'hystérie convulsive avec perte de connaissance, délire, etc.

L'ataxie locomotrice est caractérisée par des crises de douleurs fulgurantes, l'incoordination motrice des membres inférieurs rendant la marche presque impossible, le signe de Romberg, des troubles vésicaux, la perte complète des réflexes patellaires, l'anesthésie en plaques, etc.

Chez cette malade, les yeux sont un peu saillants, et le pouls bat 80 fois à la minute. Il n'y a pas à noter dans ce cas d'autres phénomènes imputables à la maladie de Basedow.

Le quatrième cas diffère des précédents par cette double particularité qu'il y a un goitre et qu'on l'a remarqué longtemps avant les premiers symptômes tabétiques. Du reste, je vous présente la malade, qui a bien voulu m'accompagner.

La nommée C..., âgée de quarante-huit ans, est entrée dans mon service à la Salpêtrière le 15 juin 1887.

En 1873, à l'âge de trente-quatre ans, l'ataxie débuta par des crises gastriques et des douleurs fulgurantes d'une grande violence, siégeant d'abord dans les membres inférieurs, et plus tard dans les membres supérieurs et la tête. Il y avait aussi quelques troubles de la marche.

Après un traitement de plusieurs mois survint une rémission de sept années, pendant laquelle la malade put reprendre sa profession de blanchisseuse.

En 1882, la maladie fit de rapides progrès. Des troubles

vésicaux se montrèrent, les douleurs reparurent, et la marche devint d'abord difficile, puis impossible dans l'obscurité.

Actuellement la malade ne peut marcher que soutenue des deux côtés; le signe de Romberg existe à un haut degré; les réflexes patellaires ont disparu; il y a des troubles de la sensibilité, des troubles de la vue, de l'inégalité pupillaire, etc.

En outre, on note de la protrusion des yeux, de la tachycardie (124 pulsations à l'état de repos, avec choc assez violent de la pointe contre la paroi thoracique), du tremblement des mains et une augmentation notable du volume du corps thyroïde, surtout du côté gauche.

La tumeur thyroïdienne fut remarquée dès l'âge de cinq ans, et pendant tout le temps qu'elle était fillette, elle présenta un certain degré de goitre qui fut alors considéré comme étant de nature endémique, mais qui vraisemblablement traduisait déjà l'existence de la maladie.

En résumé, chez cette quatrième malade on trouve les quatre symptômes cardinaux de la maladie de Basedow, et en opposition avec ce qui est noté dans la majorité de mes observations, il y a un goitre, et de plus il est probable que si la maladie de Basedow n'a pris un développement complet qu'après le début de l'ataxie, du moins, son existence est antérieure à celle de l'ataxie.

Le cinquième cas que j'ai observé cette année présente une particularité intéressante.

Il s'agit d'une femme de cinquante-huit ans présentant aujourd'hui de l'incoordination motrice, des troubles de la vue (amblyopie et diplopie), des douleurs fulgurantes, des troubles de la sensibilité, le signe de Romberg, la perte des réflexes patellaires. Le début de l'ataxie ne paraît remonter qu'à quatre ou cinq ans.

Peu de temps après, ses yeux sont devenus saillants; on retrouve ce symptôme aujourd'hui, et en outre on note 124 pulsations à l'état de repos, et parfois un peu de tremblement des membres supérieurs.

Cette malade nous apprend aussi qu'il y a deux ans, alors qu'elle était à l'Hôtel-Dieu, elle était glycosurique et polyurique. L'examen de l'urine, que nous avons souvent répété, nous a montré que ces symptômes ont presque disparu; cependant il nous est arrivé de trouver encore de petites quantités de glycose dans son urine.

La sixième malade dont je vous parlerai est entrée dans mon service le 12 octobre dernier.

C'est une femme de quarante-deux ans chez laquelle l'ataxie locomotrice a eu une évolution particulièrement rapide. Il y a deux ans et demi, les douleurs fulgurantes et l'incoordination des membres inférieurs se sont montrés simultanément. Un an après la vue diminua, et en quatre mois il se développa une amaurose presque complète. Aujourd'hui, la malade est complètement alitée, et les symptômes tabétiques s'observent aux membres inférieurs et aux membres supérieurs.

Chez elle-on trouve une saillie des globes oculaires, plus prononcée du côté droit. On compte 106 pulsations à la minute. Il n'y a pas de tumeur thyroïdienne.

La dernière malade dont je résumerai l'observation est une femme âgée de quarante-neuf ans, ataxique depuis douze ans environ.

L'ataxie a débuté par des crises gastriques, et pendant toute la durée de la maladie jusqu'à ce jour, ces crises constituent le symptôme le plus accusé de l'affection. Depuis plusieurs années, il y a une certaine difficulté de la marche, le signe de Romberg est très marqué ; il y a des troubles très prononcés de la sensibilité, les réflexes patellaires sont abolis, etc.

Chez cette malade, les yeux sont plutôt excavés, il n'y a pas de tremblement des mains, et c'est seulement dans ces derniers jours, en examinant en vue de cette communication les ataxiques de mon service, que je me suis aperçu qu'elle portait une tumeur assez développée, formée par le corps thyroïde hypertrophié surtout à droite. La malade n'avait pas encore remarqué cette particularité, et j'ignore la date d'apparition de ce symptôme, qui est sans doute assez récent. Le pouls, à l'état de repos, bat 80 fois par minute, mais la malade est facilement émotionnable, et alors on compte 100 pulsations ou plus. Il n'y a pas de tremblement des mains.

En résumé, voilà sept malades ataxiques, dont six présentent de la protrusion des yeux à un degré plus ou moins marqué.

Chez toutes on observe de la tachycardie variant depuis 80 jusqu'à 130 pulsations à l'état de repos.

La tumeur thyroïdienne et le tremblement des mains n'ont été relevés que dans deux cas.

Revenons à la question des relations qui existent entre l'ataxie locomotrice et les symptômes de la maladie de Basedow complète ou fruste.

Deux hypothèses peuvent être faites : ou bien il ne s'agit que de la coexistence de deux maladies distinctes, l'ataxie locomotrice d'une part et la maladie de Basedow de l'autre; ou bien l'on doit rattacher aux développements de la lésion tabétique ces symptômes qui représentent plus ou moins complètement le tableau du goitre exophthalmique.

Examinons ces deux hypothèses.

S'agit-il d'une simple coïncidence (je ne dis pas d'une coïncidence fortuite, car l'association des maladies nerveuses chez le même sujet n'est pas fortuite), c'est-à-dire de la réunion chez un même malade de deux maladies distinctes, l'ataxie locomotrice et la maladie de Basedow? Je ne vois pas pour quel motif on n'accepterait pas cette combinaison. Ne voyons-nous pas déjà l'hystérie (et on en trouve deux exemples dans ce travail) se combiner avec le tabes, sans qu'il vienne à l'idée de personne de rapporter à une seule affection les symptômes de l'hystérie et de l'ataxie locomotrice? Le tabes se combine également avec la paralysie générale, avec beaucoup d'autres formes d'aliénation mentale. Pourquoi ne se combinerait-il pas avec la maladie de Basedow?

D'autre part, nous savons que le goitre exophthalmique se combine avec l'hystérie, avec la chorée, avec l'aliénation mentale, etc. Pourquoi ne pourrait-il pas ou bien se compliquer d'ataxie locomotrice, ou se développer chez des malades ataxiques ?

Les associations de ce genre ne sont-elles pas en quelque sorte la règle dans la grande famille névropathique?

J'avoue que pour ma part cette association ne me paraît pas douteuse, dans l'une au moins des observations que je viens de rapporter.

Mais, si la question me semble facile à résoudre quand la maladie de Basedow se montre avec la totalité de ses symptômes, il n'en est plus de même quand son tableau est incomplet.

Depuis longtemps, en effet, on sait qu'il n'est pas rare de trouver de la tachycardie chez des ataxiques à une période plus ou moins avancée de leur maladie. M. Charcot a signalé le fait depuis longtemps dans ses leçons, et déjà en 1867, étant interne dans mon service, j'étais préoccupé d'en trouver l'explication. Voici ce que j'écrivais alors :

« Nous ne pensons pas que dans l'ataxie locomotrice on puisse expliquer la fréquence des battements cardiaques par une altération des noyaux d'origine des pneumogastriques, analogue à celle que l'on trouve dans la paralysie labio-glosso-laryngée, ou à celle qui existe dans la sclérose en plaques, lorsque les plaques de sclérose ont envahi ces noyaux. » (Joffroy, *Note sur un cas de sclérose en plaques. Soc. de biologie*, 1869.)

Mais depuis cette époque, on a décrit la névrite périphérique des ataxiques, et celle-ci peut sans doute siéger dans

le pneumogastrique. Je n'oserais cependant pas, jusqu'à plus ample informé, expliquer par cette lésion la tachycardie que l'on observe si fréquemment dans l'ataxie, parfois bien des années avant la mort.

Mais que la tachycardie des ataxiques relève d'une altération centrale, d'une altération des nerfs périphériques, ou bien ne soit qu'un trouble fonctionnel, je n'en persiste pas moins, comme par le passé, à la regarder comme un symptôme tabétique, et jamais il ne me viendrait à l'idée de parler d'une forme fruste de maladie de Basedow par cela seul que j'observerais de la tachycardie chez un tabétique.

J'en dirai autant d'un léger degré de protrusion des yeux, qui ne me paraît pas très exceptionnel chez les ataxiques, surtout à une période avancée de la maladie.

Mais quand, comme chez la malade (obs. VI) que je vous présente, je trouve réunis tous les signes de la maladie de Basedow, alors le doute ne me paraît plus permis; ici ce ne sont plus des symptômes tabétiques que nous observons, mais bien la réunion de deux maladies distinctes, le goitre exophthalmique et l'ataxie locomotrice.

Et si le doute existait encore dans vos esprits, je vous rappellerais certains détails de l'observation, et vous verriez qu'il est absolument impossible de mettre sur le compte de l'ataxie les symptômes de la maladie de Basedow, puisque celle-ci existait certainement bien longtemps avant le début de l'ataxie, se traduisant pendant l'enfance de la malade par des palpitations et par une tumeur thyroïdienne qui donna lieu alors à une erreur évidente de diagnostic.

Je regarderai aussi comme atteinte de maladie de Basedow, de même qu'elle est atteinte d'hystérie, la malade de l'observation I, chez laquelle l'exophthalmie a des proportions très marquées. Malgré l'absence de goitre, ce diagnostic ne me paraît pas contestable.

Dans l'observation II, il semble que, comme dans l'observation IV, l'ataxie se développe chez une malade déjà atteinte d'une forme fruste de maladie de Basedow.

Par contre, je serais assez disposé à regarder comme symptômes tabétiques la tachycardie et le léger degré de protrusion des yeux, relevés dans les observations III, V et VI.

L'analyse des faits que j'ai observés me conduit donc à cette double conclusion :

1° Que chez le même sujet on peut voir réunies la maladie de Basedow et la maladie de Duchenne. Il paraîtrait même, si j'en juge par les quelques faits que j'ai relevés, que c'est l'ataxie locomotrice qui se développe généralement en dernier lieu ;

2° Que l'ataxie locomotrice peut donner lieu à de la tachycardie et peut-être aussi à un léger degré de protrusion des yeux, rappelant ainsi certaines formes frustes de la maladie de Basedow.

En terminant, je ferai remarquer que si toutes mes observations se rapportent à des femmes, cela tient à ce que, à la Salpêtrière, je n'observe que des femmes, mais sans doute aussi à ce que la maladie de Basedow est surtout l'apanage du sexe féminin. Du reste, j'ai indiqué en commençant cette communication que l'exophthalmie pouvait s'observer aussi chez les tabétiques.

Clinique chirurgicale.

ESSAI SUR LA RECHERCHE, L'ISOLEMENT ET L'EMPLOI VACCINAL DES EXCRÉTA SOLUBLES DE CERTAINS MICROBES PATHOGÈNES, par M. le docteur RICOCHON (de Champdeniers).

La question de savoir comment s'acquiert l'immunité dans certaines maladies infectieuses n'a jamais cessé d'être à l'ordre du jour depuis les premiers travaux de M. Pasteur sur les virus-vaccins. Elle est plus que jamais actuelle. Dans ces derniers temps un travail de MM. Roux et Chamberland, inséré dans les *Annales de l'Institut Pasteur* (décembre 1887), une étude publiée depuis par M. Chauveau dans la *Revue scientifique* (3 mars 1888) ont plus particulièrement fixé l'attention sur le rôle, déjà soupçonné, que joueraient dans l'immunité non plus les microbes eux-mêmes, mais leurs produits solubles d'excrétion (1).

Cela laisse supposer déjà que les microbes partageraient cette propriété des êtres, d'excréter des produits qui sont souvent pour eux de véritables poisons, et qu'en les mettant aux prises avec une quantité suffisante de ces poisons au sein des milieux organiques, on les placerait dans l'impossibilité de s'y développer et d'y vivre.

Le problème de l'immunité à conférer consisterait donc à préparer ces produits dans des milieux de culture artificiels, à les isoler de leurs microbes générateurs, et à les introduire dans l'organisme en proportion telle qu'ils y fussent inoffensifs et y rendissent inoffensive aussi l'introduction ultérieure de ces mêmes microbes. Ces produits deviendraient ainsi de véritables vaccins. On peut, si l'on veut, les appeler des *leucomaïnes vaccinales*.

Une autre forme du problème à résoudre consisterait à prendre l'organisme lui-même comme milieu de culture des microbes, et à les y introduire dans des conditions de bénignité telles qu'ils y créeraient une maladie atténuée, tout en fournissant une quantité de matière vaccinale suffisante pour assurer l'immunité contre la maladie elle-même.

C'est à rechercher ce qui a déjà été tenté et ce qu'on peut espérer dans cette direction que nous voudrions consacrer cette étude. Chemin faisant, nous apporterions un ou deux faits nouveaux, et nous envisagerions d'un certain point de vue des faits déjà connus.

I

Et d'abord, *la formation de cette matière vaccinale est-elle un fait général dans les maladies microbiennes?*

On comprend combien il importerait que cette question reçût dans tous les cas une réponse positive. Un jour ou l'autre on pourrait espérer recueillir seule cette matière vaccinale, et dès lors la méthode des vaccinations offrirait, aux yeux du public et des médecins, un caractère d'innocuité qui désarmerait les préventions les plus tenaces.

M. Pasteur, qui a présidé à l'origine de toutes les questions microbiennes, s'était fait cette demande dès ses premières études sur le choléra des poules. M. Chauveau a rappelé, dans la *Revue scientifique*, par quelle élégante expérience *in vitro* l'illustre savant avait cherché à y répondre. Mais il avait fait plus encore. Il avait injecté à des poules les résidus des bouillons de culture et n'avait pu par ce procédé leur procurer l'immunité morbide.

Est-ce à dire que la matière vaccinale n'existe pas dans le sang; que le microbe, impuissant à la créer dans un bouillon artificiel, ne puisse la produire dans son milieu naturel, dans le milieu organique, avec des substances protéiques plus riches et incessamment renouvelées? On ne saurait l'affirmer. On n'est pas arrivé à la déceler, il est vrai, par les procédés ordinaires d'isolement (destruction des microbes par la chaleur, filtration de l'humeur virulente); mais on n'y est pas arrivé davantage pour la matière vaccinale de la fièvre charbonneuse, alors pourtant que par une autre voie, la voie

(1) Nous ignorions le nouveau travail de M. Roux sur la matière vaccinale du charbon symptomatique (*Annales de l'Institut Pasteur*, février 1886) quand cet essai a été écrit (1er avril 1888).

Depuis cette note, d'importants travaux et de nouvelles découvertes ont été faits sur la matière par MM. Roux, Chamberland, Malvoz, Nocard, Bouchard, Gamaléïa... Nous les signalerons en note à la place que nous leur avions réservée par prévision dans notre classification.

du filtrage placentaire, son existence a été mise à peu près hors de doute (1).

A ce propos, on se demandera peut-être pourquoi pareil procédé n'a pas été appliqué au choléra des poules, inoculé au lapin. C'est qu'en réalité il est inapplicable ; la barrière placentaire, qui reste *souvent* impénétrable aux bactéridies charbonneuses, du moins dans certaines espèces animales, telles que la brebis (Chauveau), se laisse rompre à peu près toujours par les micrococques du choléra des poules (Chambrelent) et l'isolement de la matière vaccinale devient ainsi impossible.

Le doute sur l'existence de cetto matière dans le sang des animaux infectés roste donc encore permis, tout au moins au point de vue expérimental.

Il l'est bien davantage encore dans une autre maladie virulente, dans un cas de variole, dont nous avons publié ailleurs l'observation (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1887, n° 30) et quo nous demandons à rappeler sommairement :

« Mme B..., de F..., multipare, enceinte dans son septième mois, contracta une variole confluente, qui se compliqua de symptômes ataxiques graves et mit en danger les jours de la malade. Les médecins appelés attendaient chaque jour la mort du fœtus et son expulsion prématurée. Il n'en fut rien. La malade guérit et accoucha à terme d'une grosse fille, pesant 5kg,500, qui ne portait sur elle la trace d'aucune cicatrice variolique et qui, bien mieux, fut vaccinée six mois après et prit trois boutons à chaque bras. »

Ce qu'il faut retenir ici, c'est que l'enfant a été vaccinée avec succès. C'est donc qu'elle n'avait pas acquis l'immunité dans le sein maternel et qu'à travers le placenta aucun microbe variolique, ni aucune matière vaccinale soluble n'étaient arrivés jusqu'à elle. C'est donc que cette matière n'existait pas dans le sang de la mère, car autrement il est difficile de comprendre qu'elle n'eût pas, obéissant aux lois de l'osmose, franchi le filtre placentaire, perméable à toutes les substances organiques diffusibles.

On peut objecter, il est vrai, que cette matière existait peut-être quand même dans le sang, mais qu'en franchissant le placenta, elle a dû subir quelques modifications chimiques, telles qu'en éprouvent les peptones du tube digestif, qui se déshydratent en traversant la paroi intestinale pour repasser à l'état d'albumine. Mais cette objection ne doit pas valoir, car ello s'appliquerait tout aussi bien à la fièvre charbonneuse des brebis pleines ; et M. Chauveau en a démontré en pareil cas l'inanité, en prouvant que parfois la matière vaccinale arrivait intacte au fœtus, sans microbes concomitants et leur donnait pourtant l'immunité.

Il semble donc bien que dans la variole, sinon dans le choléra des poules, l'immunité acquise par une première atteinte de ces maladies ne l'est pas par l'intervention d'une matière vaccinale, d'une matière soluble et libre tout au moins. Mais cette conclusion ne saurait être ferme, car le sujet est encore bien neuf, bien obscur et il peut être telle condition fondamentale du problème qui nous échappe absolument (2).

II. — Filtration de l'humeur virulente.

Les conditions do gestation dans lesquelles notre cas de variole s'est présenté, méritent d'être retenues. Il semblo, en effet, qu'elles puissent devenir choz les animaux le point de départ d'un procédé de recherche et d'isolement de la matière vaccinale dans la plupart des maladies virulentes. Mais si l'idée paraît juste, elle se bute dans la pratique à de grandes difficultés.

1° *Filtrage placentaire.* — Déjà l'observation nous apprend que ces conditions cliniques se réalisent rarement dans leur plénitude. Lo plus souvent le fœtus succombe avant terme. Les causes do la mort sont multiples. Il faut incriminer tantôt l'hyperthermie, tantôt l'asphyxie placentaire, tantôt l'intoxication ou l'infection microbienne du fœtus. Dans ce dernier cas il est probable que le filtre placentaire, qui à l'état normal est un filtre parfait, a subi des modifications de texture. Le revêtement épithélial continu des villosités fœtales, plongeant dans un sang plus ou moins altéré, a pu s'altérer à son tour et par la barrière ainsi ouverte le microbe passer au fœtus, lui apportant la maladie et souvent la mort (1).

Cette transmission de la maladie de la mère au produit de la conception a été constatéo pour la *variole* même (Charcot, Chantreuil), pour les *maladies éruptives* en général (Gauthier, Legendre), pour la *fièvre typhoïde* (Neuhaus, Chantemesse et Widal). En pareil cas, il est évident que toute recherche, touto constatation d'une matière vaccinale est impossible.

Il n'en serait du reste pas autrement quand même le fœtus survivrait à la maladie de la mère et à la sienne propre et arriverait à terme, car nous n'avons aucun moyen, aucun vaccin d'épreuve inoffensif, excepté dans la variole, qui puisse nous permettre de constater si oui ou non l'immunité est acquise ; et, bien entendu, nous ne chercherons pas à nous en assurer par un essai d'inoculation des maladies elles-mêmes. Mais la preuve de l'immunité fût-elle faite, que nous n'en resterions pas moins à nous demander si elle est due soit à une matière vaccinale, soit à une première atteinte de la maladie, car cette maladie, toujours exception faite pour la variole, n'aurait laissé aucune trace de son passage.

Mêmes difficultés choz les animaux. La plupart des maladies virulentes passent de la mère au fœtus. C'est le cas de la septicémie gangreneuse (Chauveau), du choléra des poules inoculé au lapin (Chambrelent), du charbon symptomatique (Arloing), du rouget des porcs... Mais la fièvre charbonneuse fait souvent exception. M. Chauveau a, en effet, démontré qu'en faisant des injections graduées à des *brebis* pleines indigènes ou en injectant un virus fort à des brebis algériennes, à peu près réfractaires au mal, on ne retrouvait que rarement la bactéridie dans le sang de leurs fœtus.

Il se servait pour cette constatation d'un réactif fort sensible. Il injectait le sang, puisé dans le cœur d'un fœtus, à un animal tel que le cobaye, qui est un excellent terrain de culture bactéridienne et pourtant n'arriva qu'uno fois sur dix à une inoculation positive. Il put même faire tourner, au profit de sa démonstration, les cas où la bactéridie avait été trouvée dans le sang fœtal (Straus ot Chamberland) (2), en montrant qu'elle y était rare et inoffensive, et n'y provoquait pas ses désordres habituels, comme si son action avai

(1) Elle vient d'ètro prouvéo sûromont por MM. Roux ot Chomborland (*Ann. de l'Institut Pasteur*, août 1888) à l'oide do procédés délicats do chauffage du sang charbonnoux.

(2) Nous avens dopuis recueilli un socond cos de variole, onaloguo au promier, mais où l'enfant n'a pris, lors do sa vaccination jennérienne, qu'un bouton de vaccino. La mère offirmo pourtant que son onfunt o dû rocovoir ou moins doux piqûres à chaquo bras ; ovait-il donc un commencement do vaccination intra-utérine ? Co qui on forait doutor, c'ost que lo cicotrico voccinolo est franche, lorge, profondo, oujourd'hui oncore, après vingt-cinq ons. Après tout, réflexion faite, il se pout que lo matièro vaccinale soluble ait passé ou fœtus, mois en no lui donnant qu'uno immunité très courte, commo il arrivo souvent dans co mode de vaccination, dès lors, on comprendruit commont la voccination jennérionne intervenuo huit ou dix mois après la naissance, ait pu réussir.

(1) A co sujet nous ovions suggéré l'idée (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 29 juillot 1887) quo la pénétration bacillairo dovait ètro comparéo à colle quo M. Pastour réolisait dans l'intestin on déchirant préalablomont la muquouse par l'introduction d'aliments piquants. M. E. Molvoz a ropris dopuis cetto idée (*Ann. de l'Institut Pasteur*, mars 1888) et montré qu'on effot, en cas do pénétration transplocontoiro, le ploconto ótait oltéré.

(2) Depuis on a critiqué l'oxpérience do M. Chouvoau ot ces critiques ont trouvé asile dons lo dernier travail do MM. Roux ot Chamborland sur l'immunité charbonneuso (*Ann. de l'Institut Pasteur*, août 1888). Ellos reposent sur co fait quo, même en l'obsence do bactéridios dans lo sang du cœur du fœtus, on los trouve dans le foie. Encoro no los y trouvo-t-on pas toujours ot même qu'exceptionnollomont (Molvoz, Wolff), de tello sorto quo l'expérience do M. Chauvoau, tout en perdont son caractèro trop absolu, garde une grande partie de so voleur.

déjà été réfrénée par une matière vaccinale (*Ac. des sc.*, 18 octobre 1882).

Avant d'aller plus loin, on peut se demander comment le *Bac. anthracis*, qui vit à peu près exclusivement dans le sang, qui y grandit et s'y multiplie, ne force pas plus souvent ou plus largement la barrière placentaire, chez la brebis tout au moins, et ne passe pas au fœtus, alors que c'est la règle à peu près invariable pour les bacilles de la septicémie, du charbon emphysémateux..., qui pourtant n'apparaissent et ne vivent qu'à peine dans le sang maternel si ce n'est au moment de la mort. C'est l'inverse, semble-t-il, qui devrait se produire. Il y a là une contradiction sur laquelle, osons-nous penser, on n'a peut-être pas suffisamment attiré l'attention.

Ne tiendrait-elle point précisément à la différence de mœurs et d'habitat des microbes? Le *Bac. anthracis*, sanguicole par excellence, ne se répand pas à travers les tissus et respecte ainsi plus souvent la barrière placentaire restée intacte devant lui. Les autres bacilles, au contraire, se propagent à travers les tissus conjonctif et musculaire, à travers le tissu utérin en particulier; de là, gagnent les membranes, prennent à revers la barrière placentaire, et arrivent au fœtus par les trames celluleuses du cordon. Il n'y aurait donc pas transport bacillaire d'une circulation dans l'autre, mais propagation par contiguïté de tissus de la mère au fœtus (1). Ce qui semble d'ailleurs bien prouver qu'il en est ainsi, c'est que dans le charbon symptomatique, la septicémie gangreneuse, les bacilles foisonnent dans les eaux de l'amnios, ce qui n'arrive point pour la bactéridie et que les tissus fœtaux qui paraissent les plus envahis sont, autour de l'ombilic, les muscles de l'abdomen (*Charbon sympt.* d'Arl., Corn. et Th., 2e édit., p. 193).

Quoi qu'il en soit, M. Chauveau a montré que souvent malgré l'absence de toute bactéridie charbonneuse dans le sang, le fœtus survivant d'une brebis infectée n'en avait pas moins acquis l'immunité. La conclusion qu'il en a tirée est qu'une matière vaccinale soluble avait dû passer de la mère au fœtus (*Ac. des sc.*, C. R. du 5 juillet 1880).

L'expérience peut être variée de maintes façons. On peut inoculer à une brebis pleine un premier virus atténué, attendre la parturition et inoculer sans danger au produit un virus fort, qui l'eût sûrement tué s'il n'eût pas recueilli le bénéfice de la première inoculation de la mère (Rossignol, de Melun) (*Ac. des sc.*, C. R. du 21 novembre 1881).

Il est plus encore. L'immunité peut être acquise au fœtus du fait seul que sa mère a subi les inoculations préventives, deux, trois mois avant la conception, ainsi que l'ont prouvé M. Toussaint pour la fièvre charbonneuse (*Ac. des sc.*, 20 juillet 1880), MM. Arloing, Cornevin et Thomas pour le charbon symptomatique (*Charbon symptôm.*, 2e édition). Et, en pareil cas, s'il était prouvé péremptoirement que l'organisme maternel ne contient plus aucun microbe d'inoculation, l'existence de la matière vaccinale et son passage intraplacentaire acquerraient un grand caractère d'évidence, il nous semble (2).

Ne pourrait-on recourir également au filtrage placentaire dans la rage? En dehors du système nerveux, le virus rabique ne produit aucune désorganisation de tissus. Le microbe par surcroît semble se détruire dans le sang. Son passage à travers le placenta, resté sain, doit donc être très rare. Seuls, MM. Galtier et Perroncito en ont cité des exemples. Mais aucune transmission, que nous sachions, n'a été jusqu'ici signalée au laboratoire de M. Pasteur, et, il y a quelques années, l'illustre savant en parlait encore comme

(1) Il y aura sur ce sujet toute une étude bactériologique nouvelle à faire sur les métrites infectieuses et sur le cordon placentaire. Lebedeff suppose déjà que le microcoque de Fehleisen passe par les lymphatiques du cordon.

(2) Mais, selon la remarque faite par M. Verneuil au Congrès d'Oran, une contusion survenue chez un taureau vacciné contre le charbon quelques mois auparavant, pouvait faire apparaître le charbon, ce qui prouve que les microbes n'ont pas disparu.

d'une chose prétendue. Dès lors, pourquoi ne profiterait-on pas du fait pour mettre en évidence l'existence d'une matière vaccinale rabique? Pourquoi ne fait-on pas, à une série de chiennes, près de mettre bas, une série d'injections de moelles rabiques graduées? Elles acquerraient ainsi l'immunité, et si réellement cette immunité était le fait d'une matière soluble introduite dans le sang, nul doute que celle-ci n'allât à travers le placenta assurer le même bénéfice au fœtus.

2° *Filtre rénal.* — Il est à l'état normal un autre filtre organique non moins parfait que le placenta : c'est le rein (1). Il y aurait donc lieu de rechercher la matière vaccinale dans l'urine. On peut pour cette recherche choisir de préférence les maladies virulentes, dont les microbes pullulent dans le sang, parce que la matière vaccinale a plus de chances de s'y trouver accumulée et de filtrer à travers les glomérules (2).

Prenons par exemple le sang de rate. Admettons que la bactéridie charbonneuse se développe bien dans l'urine neutre d'un animal indemne. Essayons alors sa culture dans l'urine d'un animal infecté. Si cette culture échoue ou se développe difficilement, il y aura quelques raisons de croire que le poison vaccinal est en présence. Assurons-nous-en mieux encore en injectant cette urine dans le péritoine d'un troisième animal. Nous procéderons par doses répétées et minimes pour éviter toute intoxication. Puis vérifions, par une inoculation de contre-épreuve avec un virus fort, si l'immunité est acquise, auquel cas nous conclurons à l'existence d'une matière vaccinale.

L'échec de l'expérience ne suffirait pas pour établir l'absence de cette matière, tout au moins dans le sang, car elle est de nature si instable, ainsi que le prouve l'impossibilité de la retrouver par les procédés ordinaires de recherche, le filtrage placentaire excepté, qu'elle aurait bien pu se détruire à travers les voies urinaires, dès même sa sortie dans le sang. Peut-être réussirait-on mieux avec le charbon symptomatique, la septicémie gangreneuse..., dont les produits vaccinaux paraissent plus stables. Nous ignorons si des expériences ont été entreprises à ce sujet. MM. Arloing, Cornevin et Thomas ont bien injecté à des animaux sains de l'urine provenant d'animaux atteints de charbon symptomatique; mais ces injections, faites en vue de révéler dans l'urine la présence des bacilles, portaient sur des quantités trop minimes de liquide pour conférer l'immunité, qui du reste n'a pas été recherchée, et permettre de rien conclure sur l'existence d'une matière vaccinale (3).

3° *Filtrage sur appareils.* — Au lieu des filtres organiques qui se trouvent sur le vivant, nous pouvons recourir aux filtres ordinaires. Le procédé fut incertain tant qu'on n'eut pas de filtres parfaits. Les filtres en plâtre dont s'était servi M. Pasteur au début de ses expériences, lui inspiraient une certaine défiance. C'était l'époque où on lui objectait que c'étaient, non les microbes, mais des matières solubles qui étaient les agents des maladies. Il répondait en montrant l'innocuité des matières virulentes filtrées. Mais il craignait qu'on ne lui objectât de nouveau que les produits solubles, soi-disant pathogènes, ne fussent restés dans les interstices du plâtre (4). Aujourd'hui cette crainte n'existe plus avec

(1) Faisons observer ici que la migration microbienne transrénale se produit dans les mêmes conditions que pour le placenta, c'est-à-dire qu'il faut des lésions préalables du tissu rénal (loi de Wyssokowitsch).

(2) Cette échappée par le rein doit même être assez rapide, ce qui explique pourquoi l'injection intraveineuse de la matière vaccinale du charbon ne confère pas l'immunité (Roux et Chamberland, *Ann. de l'Institut Pasteur*, août 1888).

(3) Cette expérience a été réalisée depuis avec succès par M. Bouchard dans les mêmes conditions expérimentales, pour la maladie pyocyanique.

(4) C'est alors que M. Pasteur suspendit une culture de bactéridies charbonneuses, en tout repos, dans les caves de l'Observatoire, laissa déposer les microbes au fond du vase et montra que les couches supérieures, parfaitement azoïques, ne donnaient jamais le charbon. (*Lettre à R. Koch.*)

les filtres en porcelaine, surtout depuis les ingénieuses dispositions que leur a données M. Chamberland.

On peut filtrer l'humeur virulente sous toutes ses formes:

a. *Le sérum.* — Nous ne savons au juste dans quelles maladies l'expérience a été tentée sur le sérum défibriné et quels résultats elle a pu donner. Elle devrait réussir plutôt dans les maladies à microbes sanguicoles où la matière vaccinale doit s'accumuler dans le sang (1).

b. *La sérosité intercellulaire.* — Certaines maladies virulentes, telles que le charbon symptomatique, la septicémie gangreneuse... donnent lieu à des déterminations locales. Il était à prévoir que ces localisations, riches en microbes, se prêteraient à la constatation d'une abondante matière vaccinale concomitante. C'est ce qu'a mis en évidence le travail de MM. Roux et Chamberland sur la septicémie; c'est ce qu'ils prouveront certainement pour le charbon symptomatique (2).

c. *Les liquides de culture.* — Ceux-ci se prêtent également bien à l'expérience, d'abord parce que la matière vaccinale peut s'y accumuler en grande quantité, et puis que l'arrêt subit de la pullulation des microbes à un moment donné est une présomption de sa présence. M. Vooldrige serait arrivé à la déceler dans une culture spéciale de bactéridies, dont il a donné la formule. Mais ce serait à vérifier, car le fait cadre mal avec ce que nous savons de l'instabilité habituelle de la ptomaïne vaccinale charbonneuse. MM. Roux et Chamberland l'ont trouvée également dans la culture du vibrion septique; ils la trouveront demain pour le charbon symptomatique (3).

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 24 DÉCEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

(Fin. — Voyez le n° 52.)

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1889.

Médecine et chirurgie. — *Prix Montyon :* Destinés aux auteurs des ouvrages ou des découvertes jugés les plus utiles à l'art de guérir, et à ceux qui auront trouvé le moyen de rendre un art ou un milieu moins insalubre. — *Prix Bréant* (100000 fr.) : Guérison du choléra asiatique ou découverte des causes de cette affection. — *Prix Godard* (1000 fr.) : Mémoire sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie de organes génitaux. — *Prix Lallemand* (1800 fr.) : Travaux relatifs au système nerveux. — *Prix Bellion* (1400 fr.) : Ouvrages ou découvertes surtout profitables à la santé de l'homme ou à l'amélioration de l'espèce humaine. — *Prix Mège* (10000 fr.) : Continuer et compléter l'essai du fondateur du prix sur les causes qui ont retardé ou favorisé les progrès de la médecine depuis la plus haute antiquité jusqu'à nos jours.

Physiologie. — *Prix Montyon* (750 fr.) : Ouvrage imprimé ou manuscrit sur la physiologie expérimentale. — *Prix Pourat* (1800 fr.) : Recherches expérimentales sur les contractions musculaires. — *Prix Martin-Damourette* (1400 fr.) : Physiologie thérapeutique. — *Prix Lacaze* (10000 fr.) : Ouvrage devant le plus contribuer aux progrès de la physiologie.

Statistique. — *Prix Montyon* (500 fr.) : Toutes questions relatives à la statistique de la France.

(1) Elle n'a pas réussi aux mains de MM. Chamberland et Roux pour le sang de rate (*Ann. de l'Institut Pasteur*, août 1888), sans doute en raison des manipulations prolongées au contact de l'air.

(2) C'est aujourd'hui chose faite (*Ann. de l'Institut Pasteur*, février 1888).

(3) Même observation que précédemment.

Botanique. — *Prix Barbier* (2000 fr.) : Découverte précieuse dans les sciences chirurgicales, médicales, pharmaceutiques et dans la botanique ayant rapport à l'art de guérir.

Sciences naturelles. — *Prix Petit d'Ormoy* (10000 fr.) : Application des sciences naturelles à la pratique médicale.

Grand prix des sciences physiques (3000 fr.) : Etude complète de l'embryologie et de l'évolution d'un animal (au choix du candidat).

Anatomie. — *Prix Bordin* (3000 fr.) : Etude comparative de l'appareil auditif chez les animaux vertébrés à sang chaud (mammifères et oiseaux).

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 29 DÉCEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. SIREDEY.

Du pronostic de la pleurésie hémorrhagique : M. Lereboullet. — Traitement de la fièvre typhoïde par la méthode de Brand : M. Juhel-Rénoy (Discussion : MM. Féréol, E. Labbé, Gérin-Roze, Hallopeau, Hayem). — Mutations dans les hôpitaux. — Renouvellement du Bureau.

M. *H. Barth* fait hommage d'un travail, déjà publié dans la *Gazette hebdomadaire*, sur le *Traitement du lymphome malin par les injections interstitielles d'arsenic.*

— M. *Lereboullet* donne lecture d'un mémoire intitulé : *Du pronostic de la pleurésie hémorrhagique.* (Sera publié.)

— M. *Juhel-Rénoy* fait une nouvelle communication sur *le traitement de la fièvre typhoïde par la méthode de Brand.* Depuis l'époque de sa première note, c'est-à-dire pendant l'année 1888, il a baigné avec toute la rigueur de cette méthode 8 malades à l'hôpital et 2 en ville; ces 10 cas, qui se décomposent en : 1 cas bénin, 4 d'intensité moyenne, 4 graves et 1 très grave, n'ont fourni aucune mortalité. Le dernier de ces cas, relatif à une jeune fille albuminurique depuis cinq ans du fait d'une scarlatine, a nécessité 177 bains et 43 jours de traitement. Les bains, chez tous les malades, ont été appliqués dès le début de la fièvre typhoïde, ou du moins aussitôt que le secours médical a été demandé. En réunissant à sa statistique personnelle intégrale celles du docteur Richard et du docteur Josias, qui ont employé aussi la méthode de Brand rigoureuse, M. Juhel-Rénoy montre que, sur 105 malades baignés, il y a eu 5 décès seulement, soit une mortalité de 4,76 pour 100. Il ajoute que jamais le bain froid n'a eu aucun inconvénient, et que toujours, au contraire, il a merveilleusement agi contre les complications pulmonaires de la maladie. Il exhorte tous ses collègues à employer cette méthode et à publier les résultats obtenus. En appliquant le bain froid dès le début de la maladie, on abaissera comme en Allemagne, et comme Vogl, à Munich, la mortalité au taux de 2 pour 100.

M. *Féréol*, partisan en principe de ce mode de traitement, rapporte avoir échoué chez un jeune homme auquel il a donné un bain froid au quinzième jour de la maladie : le patient a manqué mourir dans la prostration après le bain, et on dut renoncer à renouveler pareille tentative. D'ailleurs le malade a fini par succomber. En présence des excellents résultats publiés par M. Juhel-Rénoy, il engage à généraliser cette méthode dans les hôpitaux.

M. *Hallopeau* rapporte un cas de mort par congestion pulmonaire au cours de la balnéation.

M. *E. Labbé*, tout en affirmant l'innocuité du bain froid, ne se montre pas partisan de cette méthode employée d'une façon systématique. En alimentant les malades avec du lait, en leur donnant des toniques, et en satisfaisant aux diverses indications thérapeutiques, il a obtenu des résultats aussi satisfaisants que ceux de la méthode de Brand.

M. *Gérin-Roze* insiste sur l'insuffisance numérique du personnel d'infirmiers pour la mise en œuvre de la méthode de Brand dans les hôpitaux. Il objecte, en outre, que le diagnostic de la fièvre typhoïde restant souvent incertain dans les premiers jours, si l'on baigne à ce moment tous les malades, on doit évidemment compter dans les statistiques nombre d'embarras gastriques absolument bénins.

M. *Hayem* n'est pas partisan de la balnéation froide érigée en système; elle peut rendre de grands services dans certains cas, mais les autres médications trouvent leur emploi efficace dans d'autres. Il ajoute que l'examen du sang peut aider au diagnostic précoce : si l'on constate l'absence du reticulum fibrineux de coagulation chez un fébricitant, on doit admettre une fièvre typhoïde; le fait est vrai même pour le typhus abortif. L'existence du reticulum a moins de valeur, car il peut se rencontrer dans quelques cas de dothiénentérie avec détermination inflammatoire intense sur le tube intestinal.

M. *Juhel-Rénoy* répond qu'on ne peut invoquer contre la méthode de Brand les résultats de la balnéation faite en dehors des règles rigoureuses de cette méthode. D'autre part, la statistique sur laquelle il s'appuie ne comprend que des cas de fièvre typhoïde avec taches rosées; le diagnostic a été fait et la balnéation instituée dès que les malades ont été soumis à l'observation. L'ensemble des signes classiques permet le plus souvent d'éviter l'erreur. D'ailleurs, si l'on a parfois baigné des embarras gastriques, ils n'en ont pas moins bien guéri; il en a été de même pour un cas de pneumonie à forme typhoïde. Il est essentiel de baigner les malades le plus tôt possible.

— *Mutations dans les hôpitaux.* — MM. Barth et Chauffard passent à l'hôpital Broussais; M. Oulmont, à l'hôpital Tenon; M. de Beurmann, à Lourcine; M. Muselier, à Sainte-Périne; M. Ed. Brissaud, à La Rochefoucauld.

— *Elections.* — Sont nommés : *Président*, M. Cadet de Gassicourt; *Vice-président*, M. Dumontpallier; *Secrétaire général*, M. Desnos; *Secrétaires annuels*, MM. Comby et Letulle; *Trésorier*, M. R. Moutard-Martin.

— La séance est levée à cinq heures et quart.

André PETIT.

Société de biologie.

SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Présentation d'ouvrage : M. Gley. — Un voltamètre enregistreur : M. Regnard. — De la respiration chez les animaux hibernants : M. R. Dubois. — Sur le procédé employé pour désarticuler les os du crâne : M. Gréhant. — Siphon pour l'usage thérapeutique du chlorure de méthyle : M. Brasse. — Action toxique de l'aniline : MM. Meyer et Wertheimer. — Éloge de Vulpian : M. Déjerine. — Élections.

M. *Gley* présente la thèse de M. *E. Legrain* (de Nancy) sur *les microbes dans les écoulements de l'urèthre*, travail qui comprend en particulier une description très étudiée des différentes espèces de micro-organismes qu'on trouve dans les cas d'écoulements uréthraux.

— M. *Dastre* dépose une note de M. *Regnard* sur un voltamètre enregistreur (description de cet appareil et discussion des résultats qu'il fournit).

— M. *Gley* présente une note de M. *R. Dubois*, concernant le mécanisme respiratoire des marmottes pendant le sommeil hibernal et pendant le sommeil anesthésique. M. Dubois, distinguant ces deux sortes de sommeil, montre qu'ils sont dus à des causes absolument différentes. Pendant le sommeil hibernal, la respiration n'est entretenue que par le jeu automatique du diaphragme; il n'y a plus de respiration thoracique, de telle sorte que toute gêne apportée aux constractions diaphragmatiques tend à faire cesser l'hibernation: ainsi agit, par exemple, la section d'un des nerfs phréniques; ainsi agit encore le chloroforme.

— M. *Gréhant* a cherché à évaluer quelle force est mise en jeu dans le procédé, bien connu des anatomistes, qui est employé pour désarticuler les os du crâne; on sait en effet que la force d'expansion des haricots imbibés d'eau, dont on remplit le crâne pour le faire éclater, est considérable.

— M. *Brasse* présente un siphon employé pour la pulvérisation de chlorure de méthyle et qu'il a modifié de telle sorte que ce siphon puisse aussi servir à pratiquer le stypage.

— M. *Balzer* dépose une note de MM. *Meyer* et *Wertheimer* (de Lille) sur l'action physiologique et toxique de l'aniline; les effets observés ont trait à des modifications qualitatives du sang et à des troubles de la nutrition générale.

— M. *Déjerine* prononce l'éloge de Vulpian. (*Applaudissements.*)

— La Société procède au renouvellement annuel de son bureau: MM. *Duclaux* et *Marey* sont élus vice-présidents pour l'année 1889; MM. *Balzer*, *Capitan*, *Charrin* et *Retterer*, secrétaires.

BIBLIOGRAPHIE

Archives de physiologie normale et pathologique. 5e série, t. I, fascicules 1 et 2 avec 2 planches et 58 figures dans le texte. — Paris, G. Masson, 1889.

Les *Archives de physiologie normale et pathologique* rentrent, à partir de cette année, sous la direction unique du fondateur du *Journal de la Physiologie*, journal auquel faisaient suite, depuis 1868, les *Archives* dirigées par Brown-Séquard, Charcot et Vulpian; la mort prématurée de Vulpian avait privé la direction de l'un de ses membres les plus actifs; l'évolution forcée des sciences médicales, enrichies d'une branche nouvelle, la Microbiologie, et le développement considérable de l'Anatomie pathologique, ont engagé les deux directeurs des *Archives* à prendre chacun l'initiative d'une publication indépendante: M. Charcot, avec la collaboration de MM. Grancher, Lépine, Straus et Joffroy, fonde les *Archives d'anatomie pathologique et de médecine expérimentale*; M. Brown-Séquard, assisté de MM. Dastre et François-Franck, conserve la direction des *Archives de physiologie normale et pathologique*. Ces deux recueils sont donc en quelque sorte complémentaires l'un de l'autre; la physiologie normale appliquée à la médecine et la physiologie pathologique constituent les principaux objectifs des *Archives* qui, en outre, se proposent de publier, comme elles l'ont fait jusqu'ici, tous les travaux ayant un caractère scientifique et susceptibles d'applications à la pratique médicale.

Dès aujourd'hui les *Archives* réalisent leur programme par la publication de dix-huit mémoires signés, pour la plupart, de savants bien connus, qui se sont empressés d'apporter au journal l'appui de leur autorité; dans l'analyse sommaire de ces travaux on retrouve, en effet, les noms de Richet, Morat, Chauveau, Marey, Beaunis, Ollier, Ch. Bouchard, Arloing, pour ne citer que les principaux. Mais les *Archives* n'ouvrent point leurs colonnes qu'aux célébrités officielles; elles ne comptent point être l'organe de la science physiologique française toute seule: on y verra figurer tout travail de valeur, quel qu'en soit le signataire français ou étranger.

La direction n'entend pas non plus constituer uniquement un recueil de travaux originaux : elle s'engage, en outre, à tenir les lecteurs au courant des découvertes récentes dans un compte rendu critique et dans un recueil de faits sommaires, mais suffisants; elle donnera dans l'avenir, comme elle le fait dans le présent volume, et avec de plus grands développements encore, l'indication souvent analytique des travaux publiés dans les recueils périodiques français et étrangers; elle résumera enfin les ouvrages qui lui auront été adressés pour l'analyse.

La meilleure manière de donner une idée de la publication actuelle, nous a paru consister, malgré sa sécheresse et ses longueurs inévitables, dans l'analyse des mémoires publiés dans le volume qui ouvre la nouvelle série : nous avons classé ces travaux en deux groupes : travaux de physiologie normale et travaux de physiologie pathologique ou de médecine expérimentale; dans ce second groupe rentre une étude d'histologie pathologique.

I. Travaux de physiologie normale générale et spéciale.

1° *Des lois de la morphogénie chez les animaux.* — M. Marey expose les résultats et développe les déductions philosophiques de ses études sur la variabilité du système musculaire et sur son adaptation aux conditions mécaniques, accidentellement ou expérimentalement créées. Il rapproche, dans cet intéressant plaidoyer en faveur du transformisme, les modifications imprimées au squelette par les formes musculaires qui modèlent la matière osseuse, des changements produits dans les surfaces articulaires par les mouvements insolites et les allures anormales. Cet ensemble de documents, tout imposant qu'il soit, ne paraît point encore suffisant à l'auteur et il appelle l'attention des chercheurs sur une branche nouvelle de la science qu'il désigne sous le nom de morphogénie expérimentale : ici, comme dans toutes ses œuvres, M. Marey se révèle comme un initiateur, ouvrant des voies nouvelles et fournissant par son admirable technique les moyens de fouiller les questions qu'il soulève.

2° *De l'énervation partielle des muscles; modifications qu'elle apporte dans les caractères de la contraction totale.* — M. Chauveau aborde et résout dans un travail sur l'énervation partielle des muscles, le problème si délicat de la transmission au muscle de l'excitation du nerf et de la propagation de cette dernière dans toute la longueur du faisceau musculaire primitif. Il démontre, à l'aide de procédés d'inscription rigoureux, qu'un long muscle, comme le sterno-maxillaire du cheval, présente des plaques terminales multiples, étagées sur différents points du trajet des faisceaux primitifs; il établit en outre que ces plaques motrices sont assez rapprochées les unes des autres et que le champ de leur activité (c'est-à-dire les limites dans la propagation des ondes musculaires dont ces plaques sont le point de départ) est certainement peu étendu. Reste à déterminer, comme il le dit, si les faisceaux primitifs ne se décomposeraient pas en segments distincts, étroitement ajustés bout à bout et pourvus chacun de leur terminaison nerveuse.

3° *Recherches sur la contraction simultanée des muscles antagonistes.* — M. Beaunis développe, dans une étude expérimentale des plus intéressantes, ce fait déjà énoncé par lui que pour un mouvement donné, dans la plupart des cas, les muscles antagonistes se contractent simultanément et que le mouvement produit est le résultat de ces contractions opposées l'une à l'autre. Cette conclusion, justifiée par des expériences précises, est l'inverse de la doctrine classique d'après laquelle un muscle se contractant ne rencontre pas d'autre résistance active de la part de son antagoniste que la tonicité de ce dernier.

4° *Relations entre la forme de l'excitation électrique et la réaction névro-musculaire.* — M. d'Arsonval propose un nouveau procédé pour définir scientifiquement et réaliser matériellement une unité d'excitation électrique; préoccupé de déterminer les rapports entre l'énergie d'une excitation électrique (induite) et la contraction musculaire qui en résulte, il arrive à inscrire la courbe qu'il appelle « la caractéristique de l'excitation électrique » en fonction de la contraction produite. C'est un premier pas dans la dissociation des lois qui relient la réaction musculaire aux différentes qualités de l'excitation électrique.

5° *Recherches sur les nerfs vaso-moteurs de la tête.* — M. Morat, dans un remarquable travail critique et expérimental, sur les nerfs vaso-moteurs de la tête, précise et complète les résultats de ses recherches antérieures exécutées en collaboration avec M. Dastre. Il montre, en particulier, que les vaso-dilatateurs bucco-labiaux, découverts par M. Dastre et par lui dans le cordon cervical du sympathique, suivent le trajet de l'anastomose qui existe entre le ganglion cervical supérieur et le ganglion de Gasser; il rappelle que j'avais établi le passage dans le même filet anastomotique des filets irido-dilatateurs cervicaux (1878) et rapproche, très justement à mon avis, les nerfs qui dilatent les vaisseaux de ceux qui dilatent la pupille : ce sont de part et d'autre des nerfs *inhibitores*, ne réclamant pour manifester leur action aucun dispositif musculaire dilatateur, et intervenant comme des agents suspensifs de l'action tonique musculaire, soit vasculaire, soit irienne.

6° *Note sur les rapports de la pression à la vitesse du sang dans les artères, pour servir à l'étude des phénomènes vaso-moteurs.* — M. Arloing démontre par l'analyse comparative des résultats graphiques de l'exploration de la pression et de la vitesse du sang, que les effets circulatoires des excitations vaso-motrices ne sont qu'incomplètement définis par l'examen manométrique : celui-ci ne permet pas, en effet, de déterminer avec la même rigueur que l'examen hémodromographique les phases et la durée des réactions vaso-motrices.

7° *Les variations respiratoires du rythme du cœur et de la forme du pouls.* — MM. Wertheimer et E. Meyer ont cherché à établir les relations fonctionnelles des centres bulbaires respiratoires et cardiaques : ils pensent que le cœur, s'accélérant au moment de l'inspiration, ne subit une telle modification que parce que le centre régulateur respiratoire bulbaire est associé au centre modérateur cardiaque, de façon à diminuer l'activité tonique de ce dernier quand il entre lui-même en action. Tout en émettant sur le fond même de la question des réserves que nous justifierons quelque jour, nous devons reconnaître le réel mérite de ce travail.

8° *Innervation de la glande sous-maxillaire; sur la suspension d'actions nerveuses excito-sécrétoires.* — M. Gley discute le mécanisme des suspensions de l'activité sécrétoire réflexe des glandes salivaires; il admet qu'ici, comme dans beaucoup d'autres cas, l'effet inhibitoire ne résulte pas nécessairement de la mise en jeu de nerfs distincts, fréno-secrétoires, mais peut tenir à l'état actuel de la glande subissant l'incitation réflexe dans des conditions fonctionnelles spéciales.

9° *Recherche sur l'influence exercée par les muscles de l'œil sur la forme de la cornée humaine.* — M. Leroy, reprenant avec le nouvel ophthalmomètre qu'il a imaginé avec M. R. Dubois, l'étude de la forme de la cornée, montre que cette cornée porte l'empreinte des muscles moteurs du globe oculaire. Pour lui, la forme type de la cornée normale est celle d'une sphère élastique aplatie à l'équateur, très peu du côté temporal, deux fois plus verticalement en haut et en bas, et quatre fois plus du côté nasal; tout en

tenant compte de l'influence des variations d'épaisseur ou de résistance de la coque sclérale, l'auteur attribue le principal rôle aux muscles droits dans l'asymétrie cornéenne normale.

(*A suivre*). FRANÇOIS-FRANCK.

VARIÉTÉS

NÉCROLOGIE. — Le corps de santé militaire vient d'être douloureusement frappé, en perdant un de ses membres les plus distingués.

Alfred Poulet, professeur agrégé du Val-de-Grâce, médecin-major de 1re classe au 3e régiment de zouaves, est décédé, le 26 décembre dernier, à l'hôpital du Val-de-Grâce. Il était âgé de trente-neuf ans.

Cette mort est une perte non seulement pour la médecine militaire, qui était, à juste titre, fière de le posséder, mais encore pour la chirurgie française, dont Poulet était un des plus brillants interprètes.

Intelligence d'élite, travailleur obstiné, chercheur infatigable, il avait su se créer rapidement, dans le milieu chirurgical, une réputation justement méritée. Dans une période de dix années, il a déployé une activité intellectuelle véritablement surprenante. Il suffit, pour s'en convaincre, de se rappeler son *Traité de pathologie externe*, de consulter la longue liste de ses travaux originaux et de ses communications à la Société de chirurgie.

Il a abordé l'étude d'une foule de questions chirurgicales, à la lumière de l'anatomie pathologique. Il était de ceux qui pensent que tout chirurgien doit être doublé d'un micrographe, et il avait donné l'exemple, en faisant un stage de plusieurs années dans le laboratoire du Val-de-Grâce.

Mais il est une partie de la pathologie qu'il avait étudiée à fond, pour laquelle il avait une véritable prédilection, c'est la pathologie du *tissu osseux*. Ses recherches n'ont pas été stériles. Son nom restera attaché, à côté de celui de Kiener, à la découverte de la nature tuberculeuse de la carie. C'est grâce à leurs études que ce chapitre, jadis si obscur, de la pathologie est complètement élucidé.

La tuberculose, que l'on rencontre à chaque pas dans les hôpitaux militaires, était l'objet de ses préoccupations constantes. Il cherchait à la surprendre, à la dépister sous ses manifestations les plus inattendues. C'est ainsi qu'il découvrait, avec Nicaise et Vaillard, la nature tuberculeuse des synovites tendineuses à grains riziformes.

Après avoir terminé sa période d'agrégation, Poulet, qui trouvait à Paris, dans le mouvement et l'agitation scientifiques, un aliment à son activité intellectuelle, fut envoyé en Algérie, en novembre 1886, non dans les hôpitaux, mais en vertu du roulement prescrit par les règlements militaires, pour y étudier le service médical régimentaire. C'est là qu'il devait finir, c'est là que devait sombrer cette belle intelligence, sous les ardeurs du soleil d'Afrique, après les fatigues des manœuvres d'automne.

Il serait trop long de faire ici l'énumération de tous ses travaux; nous mentionnerons seulement, par ordre chronologique:

1872. Sa thèse sur l'*ostéo-myélite des amputés*. — 1879. Son *Traité des corps étrangers en chirurgie*. — 1885. Son *Traité de pathologie externe*, en trois volumes, en collaboration avec Bousquet.

Ses principales monographies ont trait à ses sujets de prédilection: la tuberculose et la pathologie du tissu osseux.

1883. Avec Kiener, Mémoire sur l'*ostéo-périostite chronique* ou *carie des os*. — 1884. Du traitement de l'*adénite tuberculeuse du soldat* par l'extirpation et le raclage; — Communication à la Société de chirurgie sur l'*hydarthrose tuberculeuse*, *les ostéites tuberculeuses* et *syphilitiques du crâne*. — Avec Vaillard, *Sur les corps étrangers articulaires*; — Avec Nicaise et Vaillard, *Sur la nature tuberculeuse des hygromas et des synovites tendineuses à grains riziformes*.

A cette liste déjà longue, il convient d'ajouter l'article *Trépan* du dictionnaire de Jaccoud, des mémoires sur les *kystes hydatiques du foie, de la rate*, etc., etc., et de nombreuses communications à la Société de chirurgie, qui l'avait nommé membre correspondant en 1885, et qui perd aussi en lui un de ses membres les plus actifs.

C. VAUTRIN.

— Nous avons aussi le vif regret d'annoncer la mort de deux confrères estimés: le docteur Léon Dumas, professeur à la Faculté de médecine et à la Maternité de Montpellier, et M. le docteur Louis-Victor-Octave Saint-Vel, ancien président de la Société médicale du IXe arrondissement, est mort subitement, le 26 décembre dernier.

LÉGION D'HONNEUR. — Ont été promus ou nommés:

Officiers: MM. les docteurs Féréol, membre de l'Académie de médecine; Chipault, chirurgien en chef des hôpitaux d'Orléans; Talairach, médecin en chef de la marine; Albert, Krug-Basse, Pernod, Robert, médecins principaux de l'armée; Chauvin, médecin-major de 1re classe.

Chevaliers: MM. les docteurs Albert Hénocque, Hallopeau, Gasne, Guiet-Dessus, Combe, Armaingaud, Vedel, Depautaine; Ilardy, chef des travaux chimiques de l'Académie de médecine, et Monin, tous deux membres du jury de l'Exposition de Barcelone; Bœuf, Cazes, Bastian, Néis, Bourat, Nicomède, Cogniard, Drago, médecins de 1re classe de la marine; Ménard (Saint-Yves), directeur adjoint du Jardin d'acclimatation; Roch, Charropin, Ferrandi, Baudouin, Bourgois, Lachapelle, Donion, Landois, Belleau, Vaillard, médecins-majors de 1re classe; Martin, Béguin, Darré, Toussaint, médecins-majors de 2e classe; Fromen (d'Espalion) et Duchâteau (de Bessines), médecins de la gendarmerie; Courssières, médecin-major de 1re classe de l'armée territoriale; Olivier (de Lille); Calmettes, médecin auriste de la maison de Saint-Denis.

HÔPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. le docteur Jules Simon commencera ses conférences de thérapeutique infantile, à l'hôpital des Enfants malades, le mercredi 9 janvier 1889, à neuf heures, et les continuera les mercredis suivants à la même heure. — Consultation clinique tous les samedis.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS (séance du vendredi 11 janvier 1889). — *Ordre du jour:* Installation du Bureau. — M. Troisier: Sur la pleurésie consécutive à la pneumonie. — M. Netter: La pleurésie purulente consécutive à la pneumonie et la pleurésie purulente à pneumocoque primitive. — M. Brissaud: Tuberculose cutanée. — M. Sevestre: L'hôpital des Enfants-Assistés en 1888. — M. Edgar Hirtz: Du pouls capillaire dans la plaque d'urticaire. — M. de Beurmann: Un cas de mort par tétanie dans le cours d'une dilatation de l'estomac.

MORTALITÉ A PARIS (51e semaine, du 16 au 22 décembre 1888. — Population: 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 11. — Variole, 3. — Rougeole, 32. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 3. — Diphthérie, croup, 38. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 194. — Autres tuberculoses, 22. — Tumeurs: cancéreuses, 40; autres, 6. — Méningite, 23. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 37. — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 7. — Maladies organiques du cœur, 68. — Bronchite aiguë, 40. — Bronchique chronique, 51. — Broncho-pneumonie, 36. — Pneumonie, 66. — Gastro-entérite: sein, 9; biberon, 32. — Autres diarrhées, 8. — Fièvre et péritonite puerpérales, 0. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 26. — Sénilité, 42. — Suicides, 10. — Autres morts violentes, 6. — Autres causes de mort, 156. — Causes inconnues, 5. — Total: 982.

AVIS

MM. les Abonnés de la France à la **Gazette hebdomadaire** qui n'auraient pas renouvelé leur abonnement avant le 10 janvier prochain sont prévenus que, à moins d'ordre contraire, une quittance leur sera présentée à partir du 10 février, augmentée de 1 franc pour frais de recouvrement.

Un mandat collectif, *sans frais de présentation quand la somme atteindra* 50 *francs*, sera présenté à la même date à ceux de nos clients qui reçoivent en même temps plusieurs des recueils édités par la maison.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant*.

17726. — MOTTEROZ. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. Lereboullet, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 9 janvier 1888.

Académie de médecine : **Les indications thérapeutiques du strophantus : M. Bucquoy. — Opération de gastrotomie : M. Le Dentu. — La Direction de la santé publique.**

La revue critique, consacrée dans notre dernier numéro (p. 2) à l'analyse de tous les travaux qui nous ont fait connaître le strophantus, nous dispense d'insister longuement sur l'intérêt que présente l'importante communication faite à l'Académie par M. Bucquoy. Ceux qui auront lu l'étude si consciencieuse de notre collaborateur M. Eloy devront se trouver d'accord avec lui pour demander que des observations cliniques, continuées pendant un temps suffisant pour être probantes, et entreprises par des médecins autorisés par leur expérience et leur savoir, nous mettent à même d'apprendre dans quelles circonstances le strophantus peut être utile et quels sont les cas où il faut lui préférer d'autres agents thérapeutiques. C'est ce que M. Bucquoy vient d'établir en s'appuyant sur les recherches qu'il poursuit depuis plusieurs années.

Notre savant confrère considère le strophantus comme un médicament cardiaque de premier ordre qui, dans les lésions mitrales surtout, devrait être préféré à la digitale. Et, en effet, il ne s'accumule pas dans l'organisme ; il peut être administré sans inconvénients pendant assez longtemps ; son action persiste quelque temps encore après la cessation du médicament.

L'indication principale du strophantus se tire de l'état de fatigue du muscle cardiaque. C'est dans les asystolies dépendantes du rétrécissement mitral que M. Bucquoy a vu la dyspnée et l'oppression disparaître presque subitement après son administration. Le strophantus est donc un *médicament de soutien* pour l'action cardiaque.

M. Bucquoy ne trouve guère de contre-indications à l'usage de ce médicament. Ses conclusions, on le voit, se rapprochent de celles de Fraser et diffèrent de la plupart de celles qui ont été résumées dans l'article de M. Éloy. Nous croyons pouvoir expliquer ces contradictions apparentes en faisant remarquer que tous les médecins qui ont étudié ce médicament n'ont pas fait usage des mêmes préparations. Les uns ont employé la strophantine, qui est au strophantus ce que la digitaline est à la digitale. Les autres ont fait usage de diverses teintures souvent aussi infidèles qu'inefficaces ou même dangereuses. M. Bucquoy s'est servi de l'extrait de strophantus et c'est grâce à ce médicament qu'il a pu obtenir les résultats favorables qu'il résume aujourd'hui.

S'il nous était permis de parler ici de notre expérience personnelle, nous affirmerions à notre tour la supériorité de l'extrait de strophantus sur les diverses teintures de ce médicament. Nous reconnaîtrions aussi l'influence favorable du strophantus dans les affections mitrales. Nous ferions cependant une réserve au sujet de l'action diurétique de ce produit. On peut obtenir au début une diurèse assez rapide et assez abondante ; mais nous avons cru remarquer que celle-ci ne se maintient guère et que, dans les cas assez nombreux où l'on échoue avec le strophantus, on est souvent surpris de la rapidité et de la facilité avec laquelle, chez les *hydropiques* (quelle que soit d'ailleurs la cause de l'œdème), l'infusion de digitale provoque la diurèse que le strophantus n'arrive plus à produire.

La discussion qui va s'ouvrir devant l'Académie mettra sans doute en relief quelques divergences d'opinion entre les différents médecins qui s'occupent de thérapeutique expérimentale, mais nous espérons qu'elle fixera désormais sur les points encore en litige l'opinion des praticiens. Ceux-ci devront tenir grand compte des conclusions si autorisées que vient de faire connaître M. Bucquoy.

— La remarquable observation lue par M. Le Dentu n'est pas seulement l'exposé d'un brillant succès chirurgical à ajouter à tous ceux qui doivent être comptés à l'actif de la chirurgie française. Elle montre que les lésions internes les plus irrémédiables en apparence peuvent guérir assez rapidement. Elle autorise les chirurgiens à intervenir dans des cas jusqu'alors réputés comme absolument incurables. Elle prouve enfin que les perforations de l'estomac peuvent se cicatriser spontanément. Tous ces faits ont été bien mis en relief par notre savant et habile confrère.

— Un décret du Président de la République, en date du 5 janvier, vient de distraire du ministère du commerce et

de l'industrie le service de l'hygiène publique et de le transférer au ministère de l'intérieur, pour le joindre à la Direction de l'assistance publique. C'est là une réforme dont l'importance n'échappera pas au corps médical et en particulier à tous les médecins qui s'occupent d'hygiène. En effet, la Direction de la santé publique, comprenant à la fois les services d'hygiène et ceux de l'assistance, se trouve ainsi constituée, et les vœux émis dans ce sens, avec une grande insistance et depuis si longtemps, par une grande partie du corps médical se trouvent réalisés.

Le rapport adressé au Président de la République par les trois ministres intéressés fait tout d'abord observer qu'il existe entre le service de l'hygiène publique et ceux de l'assistance, récemment centralisés dans une direction nouvelle, une connexité évidente. Cependant ce qui concerne la sauvegarde de la santé publique dépendait du ministère du commerce et de l'industrie, et ce qui concerne les hôpitaux, les asiles d'aliénés, la protection des enfants du premier âge, la médecine gratuite dans les campagnes, ressortissait au ministère de l'intérieur.

Le rapport ajoute que, « grâce aux progrès de la science, le point de vue de l'hygiène publique s'est modifié depuis quelques années. On ne concevait autrefois la police sanitaire que comme la défense du territoire contre les maladies exotiques, et ce sont sans doute les intérêts commerciaux engagés dans cette défense qui l'avaient fait confier au ministre du commerce. On sait aujourd'hui que l'on peut défendre les populations contre des maladies qui font bien plus de victimes que le choléra : ce sont les maladies transmissibles. On sait aussi que, même contre les maladies pestilentielles, la meilleure sauvegarde est l'assainissement des villes et des habitations. Or, les mesures d'assainissement rentrent par leur nature même dans la police municipale, sur laquelle le ministère de l'intérieur peut agir plus efficacement que le ministère du commerce. A maintes reprises, la Chambre des députés s'est occupée de la question. Tout récemment, la commission nommée par la Chambre pour étudier la proposition de loi, signée de cinquante députés, « concernant l'organisation de l'administration de la santé publique », se prononçait à l'unanimité dans le sens de la réunion du service de l'hygiène publique à ceux de l'assistance. Des conseils d'hygiène départementaux qui ont délibéré sur la question, la presque unanimité s'est prononcée en faveur du rattachement du service de l'hygiène publique au ministère de l'intérieur ».

Enfin, il est ajouté « à titre de renseignement, que les services sanitaires dépendent du ministère de l'intérieur en Autriche, en Hongrie, en Russie, en Italie, en Hollande, en Espagne, en Portugal, en Grèce, en Norvége. Ils en dépendent également en Suisse pour les mesures d'un caractère fédéral, en Allemagne pour les mesures générales, et dans presque tous les États d'Amérique pour les mesures particulières à ces États. En Angleterre, la direction des services d'assistance et d'hygiène réunis constitue un pouvoir à part, le Local Government Board ».

Dans ce dernier pays, on a pu constater qu'à mesure que l'administration sanitaire s'est développée, la mortalité générale a diminué, ainsi que la mortalité par les maladies transmissibles et corrélativement les dépenses pour l'assistance publique. Il est de fait que la lutte contre les épidémies et contre l'insalubrité nécessite une organisation administrative suffisamment autonome, compétente et responsable. S'il convient, d'autre part, qu'une certaine latitude soit laissée à cet égard aux pouvoirs locaux et aux individus, c'est au pouvoir central qu'il appartient de défendre les intérêts généraux, et même les intérêts particuliers, contre la négligence, l'incurie et le mauvais vouloir.

Si l'on veut être promptement informé des variations que subit la santé publique, c'est dans le mouvement hospitalier, dans la fréquentation des bureaux de bienfaisance, dans les renseignements du service des secours à domicile qu'on puise le plus sûrement des éléments d'informations. Il y a tout avantage à ce que ce soit le même personnel qui puisse prescrire le traitement d'un malade, reconnaître les causes de l'affection et qu'il soit à même d'empêcher celle-ci de se propager à l'entourage plus ou moins immédiat. La prophylaxie a tout à gagner à être rapidement ordonnée et exécutée ; l'assistance, à être prompte et précise. Les moyens de l'une sont le plus souvent indispensables à l'autre. D'où la nécessité de ne pas confier une telle œuvre à des administrations séparées, trop souvent isolées, comme on a dû le constater en France au cours de la plupart des épidémies observées dans ces dernières années. Avec quelle peine l'on voyait les personnalités éminentes qui conseillaient et dirigeaient l'administration sanitaire, arrêtées dans leurs efforts par les lenteurs et les difficultés forcément inhérentes à la dissémination des services administratifs ! Un indigent venait-il à être atteint d'une maladie transmissible, les secours à lui donner pour obtenir sa guérison devaient venir d'une administration, différente de celle auprès de laquelle il pouvait trouver les moyens prophylactiques propres à prémunir contre toute transmission la famille et les voisins, etc., etc. Un enfant du service de la protection venait-il à tomber malade, le médecin-inspecteur ne pouvait le plus souvent s'occuper des mesures propres à prévenir pour les nourrissons voisins l'extension même de la maladie.

Tout en laissant aux administrations départementales et locales une grande liberté dans leur organisation des services de la santé publique sur leur propre territoire, il y a lieu de les engager à centraliser également ces services, afin de leur donner assez de cohésion pour obtenir le maximum d'effets utiles; il faut leur montrer, par des exemples tels que ceux du département des Vosges, de Saint-Étienne, d'Amiens, du Havre, de Reims, etc., tout l'intérêt et les avantages de l'extension de la réforme qui vient d'être commencée auprès du pouvoir central. Sans doute la tâche sera longue et difficile; c'est pourquoi elle sera d'autant plus rapidement accomplie que chacun s'y prêtera plus facilement.

Ce n'est pas non plus sans une vive satisfaction que les médecins accueilleront la création d'une direction administrative puissante, confiée à un homme dont l'autorité, le zèle et la compétence s'affirment chaque jour de plus en plus; les conseils qui l'entourent sont prêts à s'associer avec confiance à l'œuvre qu'il a courageusement entreprise depuis deux ans. Les légitimes revendications des médecins ne peuvent que gagner à s'adresser à un service auprès duquel ils sont tout au moins assurés de trouver un accueil empressé et bienveillant. Jamais l'administration ne leur a été plus favorable; nous aimons à croire qu'ils apporteront à la nouvelle direction de la santé publique le concours sans lequel ses efforts comme les leurs resteraient forcément stériles.

NEUROPATHOLOGIE

Les migraines.

Parmi les maladies fonctionnelles du système nerveux, il en est peu qui soient moins connues de la généralité des médecins que le groupe des migraines. Si on ouvre les traités classiques, on voit décrits avec beaucoup de soins quelques phénomènes prodromiques, la douleur de tête ou les vomissements qui souvent viennent clore la scène. On parle bien un peu de troubles bizarres du mouvement et de la sensibilité, de phénomènes psychiques..., mais ces symptômes sont relégués au second plan. Si on veut se faire une idée de ce qu'est ce phénomène complexe qu'on appelle la migraine, il faut recourir aux monographies, aux articles de journaux, rechercher ce qu'ont écrit les neuropathologistes assez courageux pour étudier ces faits absolument subjectifs et difficiles à catégoriser. Nous avons été surpris en lisant la littérature médicale anglaise de trouver un si grand nombre de documents ayant trait aux migraines et aux symptômes qui les *accompagnent* parfois.

Malheureusement tous ces documents, tous ces faits sont apportés sans ordre et nous dirions volontiers au hasard. Le livre de Liveing, plein de faits bien observés, de déductions logiques, n'est qu'un catalogue des symptômes du groupe migraine. L'auteur anglais considère la migraine comme l'identification d'un groupe naturel de désordres désignés sous ce nom. Cette manière de considérer les choses nous semble fausse; la migraine ainsi entendue n'est qu'un magma de faits disparates allant de la simple migraine à l'épilepsie confirmée. Tout migraineux, en lisant ce livre et en s'en tenant au pied de la lettre, peut se croire un candidat à l'épilepsie, et rien ne vient le détromper, car l'auteur étudiant tous ces troubles en bloc semble avoir fait du symptôme le plus grave une sorte de conséquence naturelle du symptôme atténué.

Les choses sont-elles arrangées de telle façon que toute classification, toute ligne de démarcation soit impossible à établir entre tous les désordres qui peuvent accompagner la migraine? Nous ne le pensons pas. MM. le professeur Charcot, Ch. Féré, Galezowski, etc., ont séparé de ce grand *caput mortuum* un type particulier à caractères bien tranchés : la migraine ophthalmique. Ces auteurs ont remarqué que dans une forme particulière de migraine les troubles oculaires jouaient le rôle capital, pouvaient à eux seuls constituer la maladie ou bien s'unir à d'autres troubles sur lesquels nous reviendrons.

Cette constance dans la nature des troubles, la manière de se comporter des désordres oculaires, la localisation probable du processus à un territoire, toujours le même, légitimaient suffisamment la création du type : *migraine ophthalmique*. « Cette migraine, dit Féré, constitue un syndrome dont quelques traits caractéristiques suffisent pour la différencier des autres migraines et en faire une affection véritablement autonome. » Cette autonomie ne nous paraît pas avoir été suffisamment reconnue par les auteurs qui ont considéré les troubles oculaires et les phénomènes cérébraux et périphériques qui peuvent les accompagner comme des épisodes pouvant appartenir à l'histoire de toutes les migraines, tandis qu'en réalité ils ne se rencontrent toujours les mêmes et à chaque accès que chez un petit nombre de migraineux. Désirant, non pas écrire ici une monographie détaillée de l'affection, mais donner un aperçu général des migraines, nous reconnaîtrons dans le groupe migraine : 1° la migraine simple, vulgaire; 2° la migraine ophthalmique, divisible elle-même en: migraine ophthalmique simple ou fruste, associée, dissociée.

Nous aurons peu de chose à dire de la *migraine simple*, chacun la connaît. Il est difficile de ne pas reconnaître une grande parenté entre cette migraine simple et les migraines complexes, mais il est aussi impossible de les identifier comme le fait Liveing et de ne voir dans la seconde qu'un degré plus accusé de la première.

La migraine simple consiste essentiellement en accès plus ou moins fréquents, revenant souvent à l'occasion des mêmes causes et se caractérise par un ensemble de symptômes très simples: quelques légers troubles sensoriels prodromiques, une hémicranie spéciale, un peu de gêne dans l'émission des idées; enfin, des nausées ou des vomissements qui terminent la scène.

La seconde espèce de migraine revient aussi par accès. Mais ces accès n'ont pas la régularité des premiers; ils sont la plupart du temps beaucoup plus espacés — des mois, des années même les séparent — ils alternent ou coïncident parfois avec des affections nerveuses déterminées: la chorée, la neurasthénie, l'asthme, l'épilepsie surtout; les symptômes qui les constituent ont moins de régularité dans leur succession, plus d'imprévu, plus de tendance à se remplacer les uns par les autres; plus de gravité apparente ou réelle. Ces symptômes, portant sur tous les modes de l'activité cérébrale, atteignent le mouvement, la sensibilité générale et spéciale, l'intelligence. Ils consistent du côté des yeux (migraine ophthalmique proprement dite) en scotome scintillant, amblyopie, hémiopie périodiques, rétrécissement passager du champ visuel, amaurose temporaire ou définitive; du côté des autres sens ce sont les migraines olfactives, gustatives, auditives; du côté de la sensibilité générale nous trouvons les engourdissements en forme d'aura, auxquels se joignent les sensations subjectives, les anesthésies, les hypéresthésies.

Dans les sphères psychique et motrice, c'est l'aphasie dans tous ses modes, l'amnésie, la confusion des idées, la confusion du présent et du passé, la dépression mentale ou l'excitation. Ce sont les vertiges.

Viennent ensuite les vibrations musculaires, les tremblements et les convulsions, les parésies et les paralysies vraies.

Résumons-nous donc en disant que la migraine simple mise à part, nous allons nous trouver en présence d'un grand syndrome, la migraine ophthalmique, tantôt seule, tantôt au service d'un appareil symptomatique plus étendu et d'un pronostic plus grave.

HISTORIQUE. — L'historique de la question ainsi comprise a été fait d'une façon très complète par Sarda dans sa thèse d'agrégation sur les « migraines »; nous ne voulons pas le recommencer et nous nous contenterons de rappeler les noms et les travaux qui ont fait époque dans l'histoire de la migraine ophthalmique simple ou associée.

Vater paraît être le premier auteur qui ait cité des cas d'amaurose partielle temporaire; il rapporte ce phénomène à une lésion cérébrale au sujet de laquelle il émet l'hypothèse de l'entre-croisement des nerfs optiques.

Lazerme (1748) aurait noté un cas semblable, ainsi que Plenk (1783), Stoll (1795). Demours rapporte dans son

Traité des maladies des yeux (1818) un fait analogue observé chez Mme de Pompadour.

Wollaston (1824) rapporte sa propre observation. Dans cette observation, traduite dans les *Annales de chimie* par Arago, l'auteur décrit son scotome scintillant et en fait un des signes prodromiques de la migraine.

Le médecin français établit une comparaison et un rapport entre le scotome et les frémissements musculaires.

Piorry décrit magistralement le scotome scintillant, coloré chez les uns, pâle chez les autres, disposé en zigzag et agité par une sorte d'oscillation continuelle. Pour lui, la migraine est une *misalgie vertigineuse* (1831).

Tyrrel, en 1841, observe l'hémiopie et la rattache à la migraine comme l'entend Piorry.

Brewster et Airy décrivent également leur hémiopie migraineuse.

Testelin (cité dans le *Traité des maladies des yeux*, de Makenzie, 1869), publie plusieurs observations nouvelles et décrit le « scotome noir ».

Enfin nous arrivons à la belle monographie (soixante-sept observations) de Liveing, qui résume tout ce qui a été écrit sur le sujet, y ajoute un grand nombre d'observations, réunit une quinzaine de cas d'aphasie, d'hémiplégies, de coïncidences, d'attaques épileptiques et ne considère, comme ses devanciers du reste, les symptômes oculaires (hémiopie, amblyopie, scotome, amaurose) que comme des modalités plus accentuées de la migraine ordinaire.

Ce livre est plein de faits curieux et intéressants.

En 1875, Dianoux étudie le scotome scintillant, et, un des premiers, distrait cette forme de la migraine vulgaire.

En 1878, dans les *Archives générales de médecine*, Galezowski décrit *quatre variétés de troubles oculaires:*

1° L'hémiopie périodique (un ou deux yeux);
2° Le stocome scintillant;
3° L'amaurose migraineuse;
4° La photophobie migraineuse.

Galezowski ajoute que ces différentes variétés peuvent se compliquer d'amblyopie hystérique. Il signale également l'aphasie et l'amnésie temporaires.

Barralt (1880) reprend l'étude du scotome scintillant et cherche à démontrer que l'amaurose partielle temporaire est quelquefois indépendante de la migraine. Il conclut à l'existence de troubles vaso-moteurs de l'appareil optique et de la rétine.

En 1881 (*Revue mensuelle de médecine*), Féré fait de la migraine ophthalmique une affection distincte, parfaitement autonome, s'accompagnant de troubles cérébraux, notamment de troubles localisés de la sensibilité et de la motilité, d'aphasie, etc.

On peut voir que cette idée de la migraine ophthalmique, considérée comme affection distincte, était préparée de longue main. Mais c'est Féré, défendant les idées de notre maître M. Charcot, qui le premier met de l'ordre dans le fatras des observations éparses et classe les migraines en *simples*, *frustes*, *dissociées* et *associées*.

Le plus souvent les phénomènes sont transitoires, mais il est indispensable de savoir que chacun d'eux peut devenir permanent, et, par conséquent, assombrir singulièrement le pronostic.

A l'appui de cette vérité, signalons une leçon du professeur Charcot, publiée en 1882 dans le *Progrès médical*. Il s'agissait d'un pauvre étudiant en droit, dont nous avons nous-mêmes pris l'observation, et qui présenta à différentes reprises, au début d'une paralysie générale, des accès de migraine ophthalmique. Ce malade eut en même temps des engourdissements des membres, signalés pour la première fois par Piorry; des paralysies temporaires et des attaques épileptiformes plus ou moins localisées.

Dans sa thèse (1882), Féré rapproche l'hémiopie de la migraine ophthalmique de la même lésion, produite par lésion cérébrale et cherche par ce rapprochement à en expliquer la pathogénie.

Galezowski, en 1883, publie dans le *Recueil d'ophthalmologie* une revue sur la migraine oculaire.

MM. Parinaud et Charcot (*Arch. de neurologie*, 1883, t. V, p. 57) publient deux cas de migraine ophthalmique au au début de la paralysie générale.

Féré, dans la *Revue de médecine*, cite un cas, suivi de mort.

Dreyfus-Brisac (*Gazette hebdomadaire*, 1883) proteste dans une revue critique contre le terme migraine ophthalmique trop étroit.

Les classiques (Grasset, Axenfeld et Huchard) ne s'étendent pas longuement sur les symptômes qui pivotent autour de l'hémicrânie. Axenfeld et Huchard tentent une classification des troubles oculaires.

Nous ne devons pas oublier un mémoire intéressant de Bianchi dans *Lo sperimentale* (février 1884) sur la céphalée ophthalmique.

La thèse de Robiolis (Montpellier, 1884) sur la migraine ophthalmique est remplie de faits intéressants au point de vue des symptômes gustatifs, olfactifs, etc.

Dans la *Gazette des hôpitaux* (17 mai 1884), nous voyons encore deux observations de M. Charcot; l'une est celle d'un aphasique simple; l'autre a trait à un bel exemple de migraine ophthalmique avec phases ou étapes:

1° Hémiopie latérale droite; 2° scotome; 3° céphalée; 4° engourdissement du bras;

Enfin la thèse déjà signalée de Sarda et plusieurs leçons faites au hasard de la consultation externe du mardi à la Salpêtrière, leçons qu'on trouvera dans la publication de MM. Charcot fils, Blin et Collin (*Les leçons du mardi*).

P. Berbez.

(*A suivre*).

P. S. — Le néologisme *astasie-abasie* que j'ai donné comme titre à ma dernière revue générale (*Gazette hebdomadaire* du 30 novembre 1888) est dû au docteur Blocq. Après avoir obtenu d'un éminent helléniste l'assurance que le mot qu'il employait était bien formé, M. Blocq en a justifié l'opportunité par le soin avec lequel il a recherché dans les auteurs médicaux et même dans les traités philosophiques tous les caractères qui lui permettaient de considérer le syndrome *astasie-abasie* comme un type à part dans les grandes manifestations nerveuses.

P. B.

REVUE DES COURS ET DES CLINIQUES

HÔPITAL NECKER. — SERVICE DE M. LE PROFESSEUR DIEULAFOY.

Hydarthrose blennorrhagique: Traitement, pathogénie.

L'hydarthrose blennorrhagique se caractérise, on le sait, par la brusquerie de son apparition, l'acuité des dou-

leurs qu'elle occasionne, la lenteur de son évolution. Quel est le meilleur traitement à opposer à cette arthrite désespérante par sa tendance à la chronicité? Quelle est la pathogénie de ce rhumatisme dont la nature a été si vivement discutée? Questions à la fois pratiques et capitales que M. Dieulafoy a traitées devant les élèves à propos d'un malade couché dans son service.

Au vingt-neuvième jour d'une blennorrhagie un homme fut pris brusquement pendant son travail d'une douleur violente dans le genou du côté droit, la marche devint immédiatement impossible, le genou se tuméfia rapidement : en quelques minutes l'hydarthrose s'était installée.

L'articulation fut maintenue pendant huit jours au repos absolu dans un enveloppement ouaté. Au bout de ce temps et malgré cette thérapeutique la jointure continuait à augmenter de volume et la douleur était si aiguë qu'elle empêchait tout sommeil. M. Dieulafoy se mit en mesure d'intervenir suivant les règles formulées par lui dans son *Traité de l'aspiration* et dans un article publié dans la *Gazette hebdomadaire* en 1878. Avec son aspirateur il ponctionna trois fois l'articulation malade à trois et quatre jours d'intervalle. Il retira la première fois 67 grammes, la seconde 110 grammes, la troisième 30 grammes d'un liquide d'aspect puriforme. Immédiatement après la première ponction la douleur s'apaisa et le malade put dormir durant toute la nuit qui suivit l'opération; après la troisième ponction le liquide fut tari pour ne plus revenir. Ainsi sept jours avaient suffi pour faire disparaître douleur et épanchement. Restaient la raideur et une légère tuméfaction de la jointure. Contre elles, M. Dieulafoy fit appliquer le cataplasme de Trousseau trop tombé dans l'oubli. Au bout de cinq jours il enleva ce cataplasme composé, on le sait, de mie de pain et d'alcool camphré, le tout arrosé avec une mixture faite de camphre et d'extrait d'opium. Il montra tout d'abord que l'appareil était aussi frais, aussi humecté que si on venait de l'appliquer; qu'il avait conservé sa bonne odeur camphrée et ne portait pas trace de moisissure, que la peau restée si longtemps en contact avec le cataplasme était absolument saine. En séjournant dans cette atmosphère tiède et émolliente, la jointure avait repris un peu de sa souplesse, les mouvements commençaient à revenir; il ne restait plus qu'à traiter par l'électricité l'atrophie des muscles entourant l'articulation.

MM. Dieulafoy et Widal ayant ensemencé sur tous les milieux nourriciers usités en microbiologie les liquides retirés par les trois ponctions successives n'ont obtenu aucune culture; tous les tubes ou ballons inoculés restèrent stériles. L'examen de ces mêmes liquides étalés sur lamelles et colorés par les substances d'aniline ne permit de déceler aucun micro-organisme. Ces résultats ne concordent pas avec ceux obtenus par quelques expérimentateurs ayant étudié le liquide retiré d'arthrites blennorrhagiques. Les uns ont trouvé les microbes vulgaires de la suppuration, les autres ont rencontré à l'état de pureté le gonococcus de Neisser, agent pathogène de la blennorrhagie. Ces auteurs admettent donc deux théories différentes : les premiers considèrent l'arthrite blennorrhagique comme le résultat d'une affection secondaire dont la porte d'entrée siégerait au niveau de l'urèthre dépouillé de son épithélium par le gonocoque; les seconds voient dans cette arthrite une lésion spécifique déterminée par l'agent même de la blennorrhagie : le gonocoque. Sans contester l'une ou l'autre de ces opinions s'appuyant toutes deux sur des faits, M. Dieulafoy montre qu'il existe cependant des cas où aucun micro-organisme ne peut être retrouvé. Dans l'observation présente, faut-il penser que lors de la première ponction les micro-organismes étaient déjà morts au sein du liquide dont ils avaient provoqué la sécrétion? Faut-il admettre que l'inflammation de la synoviale avait été produite non par l'action des microbes mais par celle des substances solubles sécrétées par eux dans l'économie? Le professeur se borne pour le moment à constater le fait rigoureusement observé au point de vue expérimental, sans prendre parti pour l'une ou l'autre hypothèse.

Au point de vue pratique, l'histoire de ce malade suivi jour par jour, enseigne comment, dans l'hydarthrose blennorrhagique, les ponctions aspiratrices aidées du cataplasme de Trousseau peuvent supprimer immédiatement la douleur, tarir rapidement l'épanchement et ramener à bref délai les mouvements de la jointure.

F. W.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie générale.

Essai sur la recherche, l'isolement et l'emploi vaccinal des excreta solubles de certains microbes pathogènes, par M. le docteur Ricochon (de Champdeniers).

(Suite. — Voy. le numéro 1.)

III. — Destruction des microbes dans les humeurs virulentes.

Le but étant d'utiliser la matière vaccinale sans l'intervention parallèle des microbes, on peut y arriver, autrement que par la filtration, en détruisant ceux-ci dans l'humeur virulente. Cette destruction peut se comprendre de deux façons : ou bien on opérerait en vases clos avant l'injection vaccinale, ou bien on introduirait l'humeur virulente telle quelle dans l'organisme, en la faisant passer par certains milieux qu'on sait d'avance être destructeurs des microbes.

1° *Destruction en vases clos* : a. *par les agents chimiques.* — Plusieurs procédés peuvent être employés. Le premier qui se présente à l'esprit est de recourir aux substances antiparasitaires, au sublimé, au nitrate d'argent, à l'iode, etc. Mais toutes ne peuvent être employées indifféremment. Chaque espèce de microbe a son microbicide spécial, qui agit sur elle à la moindre dose, alors qu'il en faut beaucoup pour une autre espèce et qu'il est sans effet sur une troisième. On préférera naturellement le produit qui, toutes choses égales d'ailleurs, agit sous la plus petite quantité. C'est d'autant plus indiqué que le plus souvent la matière vaccinale doit être injectée en quantité notable, que le microbicide employé ne peut en être isolé et qu'il doit rester en deçà des limites toxiques pour l'économie.

La première expérience est due à Toussaint, qui se servit de l'acide phénique au tiers pour détruire la bactéridie charbonneuse.

b. *Par l'oxygène comprimé.* — L'emploi des gaz, même les plus délétères, n'offre pas le même inconvénient, puisqu'on peut les faire disparaître dans le vide. Celui qui est d'un usage général, et auquel bien peu de microbes résistent, tant aérobies qu'anaérobies, est l'oxygène sous pression. On en doit le premier usage à M. P. Bert (*Société de biologie*, 13 janvier 1887), qui s'en servit pour détruire la bactéridie charbonneuse, sans arriver à détruire, il est vrai, les spores, dont il ne soupçonnait pas alors la résistance.

L'*eau suroxygénée* peut être utilisée de la même manière.

L'*oxygène* à la pression ordinaire agit avec une égale promptitude sur les microbes franchement anaérobies. Il détruit aussi à la longue les microbes aérobies, tels que le microcoque du choléra des poules, la bactéridie charbonneuse (Pasteur)...

c. *Par la chaleur.* — Mais les moyens physiques et parmi eux la chaleur deviennent d'un emploi général. C'est

Toussaint qui, le premier, a traité le sang charbonneux par la chaleur. Il n'arriva, il est vrai, contrairement à son dessein, et ainsi que Pasteur le lui prouva, qu'à une atténuation du virus; il n'en a pas moins créé le procédé.

Il reste à déterminer le degré de température auquel on doit arriver pour détruire chaque microbe. Il faut 60 degrés pour la bactérie charbonneuse (Toussaint); 100 degrés pour la bactérie de la septicémie gangreneuse; 110 degrés pour celle du charbon symptomatique; 110 degrés pour le bacille de la fièvre typhoïde. C'est ainsi que la matière vaccinale a pu être décelée dans le *sang* des animaux atteints de septicémie (Chamberland et Roux), dans les bouillons de culture du bacille de la fièvre thyphoïde (Chantemesse et Widal) (*Société de biologie*, 7 mars 1888).

Mais le procédé est sujet à des erreurs. On comprend que les matières vaccinales solubles ne résistent pas toujours à d'aussi hautes températures et il ne faudrait pas forcément conclure de leur non-constatation à leur absence. C'est ainsi qu'on n'est pas encore arrivé à la retrouver dans le sang charbonneux (1).

2° *Destruction dans les milieux organiques.* — Là le procédé consiste à utiliser certaines particularités bien connues de la vie des microbes. On sait, en effet, qu'ils vivent chacun dans tels ou tels tissus organiques, délaissent les autres et succombent même en prenant le contact de ceux-ci. Dès lors, si dans les inoculations nous choisissons pour porte d'entrée un milieu qui soit antipathique à un microbe déterminé, nous le verrons s'y détruire, tandis que seule la matière vaccinale ira de là se diffuser dans toute l'économie.

Prenons, par exemple, les maladies dont les microbes ne vivent pas dans le sang. Prenons la septicémie gangreneuse, le choléra morbus (?), la rage même.... Leur inoculation directe, à la plus petite dose, dans leurs milieux d'élection, selon le cas, dans les tissus cellulaire, musculaire, nerveux, ou dans le canal cholédoque, amènera presque infailliblement la maladie. L'injection intraveineuse des mêmes microbes donnera une pullulation incertaine et même nulle, et si une quantité suffisante de matière vaccinale s'y trouve associée, il y aura quelque chance pour que l'immunité soit acquise.

MM. Chauveau et Arloing ont démontré l'innocuité des injections intraveineuses de l'humeur virulente de la septicémie, du charbon symptomatique. Un pas de plus, ils prouvaient qu'elles donnaient en même temps l'immunité. L'honneur en restera à MM. Roux et Chamberland. Il en est probablement de même pour tous les microbes franchement anaérobies qui s'accommodent mal d'un milieu aussi oxygéné que le sang.

Nous pourrions dire déjà que les choses ne se passent peut-être pas toujours aussi simplement, et que la destruction des microbes dans le sang n'y est peut-être pas aussi immédiate ni aussi complète que nous semblons le dire; et qu'avant de disparaître ils contribuent pour une part, grande parfois, à la production intra-organique de la matière vaccinale qui s'ajoute ainsi à celle déjà introduite. Cela s'appliquerait surtout aux microbes du charbon emphysémateux, dont les mœurs cosmopolites sont tout à la fois anaérobies et quelque peu aérobies, et s'accommodent assez bien d'un milieu aussi oxygéné que le sang. Mais c'est un point de vue que nous délaissons ici pour le reprendre au chapitre de l'atténuation des virus.

M. Ferran (de Barcelone) a procédé le premier, comme on sait, selon les vues précédentes, aux inoculations sous-cutanées, intraconjonctives des bouillons de culture du

(1) C'est aujourd'hui chose faite. MM. Roux et Chamberland sont arrivés sûrement à détruire la bactéridie sans altérer la matière vaccinale, en enfermant le sang charbonneux dans des tubes hermétiquement scellés et privés d'air, qu'ils plongeaient ensuite dans de l'eau à 58 degrés à plusieurs reprises, une heure chaque reprise.

bacille virgule. Mais les essais de ce médecin distingué méritent confirmation (1).

Quant aux premières injections intraveineuses du virus rabique, on les doit à M. Galtier, qui les pratiqua sur le mouton, et non seulement il ne donna pas la rage à cet animal, mais il lui procura l'immunité (2). Si le fait eût pu se généraliser, M. Pasteur se fût vu ravir l'honneur d'une de ses plus belles découvertes. Il n'en a rien été. M. Pasteur prouva, avec un grand luxe de précautions, que les injections intraveineuses, loin de donner l'immunité au chien, au lapin, lui donnaient bel et bien la rage (3).

IV. — Répétition des injections virulentes pour amener la saturation vaccinale précoce des milieux organiques et l'impuissance des microbes.

Les injections multipliées s'imposent comme corollaire de la méthode précédente pour introduire une quantité suffisante de matière vaccinale. Encore faut-il les espacer assez dans le dernier procédé pour donner chaque fois aux microbes le temps de se détruire, et ne pas en accumuler une trop grande quantité dans l'organisme, ce qui constituerait un véritable danger, en dépit de la présence de la matière vaccinale et de la résistance des milieux organiques. Quelque grande, en effet, que puisse être cette résistance, elle est à peu près fixe pour chaque organisme, et si on lui oppose une quantité toujours croissante d'éléments hostiles, il viendra forcément un moment où elle sera vaincue. C'est M. Chauveau qui a le premier mis en évidence cette notion de l'action nocive d'une trop grande quantité de microbes.

1° *Injections répétées de virus frais.* — Il faut cependant, semble-t-il bien, faire exception pour le virus rabique, en raison d'un élément nouveau qui lui est propre, et qui est la lenteur de son développement. Cette lenteur

(1) On sait que depuis, M. Gamaléia a injecté à des pigeons la matière vaccinale anti-cholérique obtenue dans le bouillon de culture du bacille virgule, et s'est assuré qu'elle donnait l'immunité en faisant des injections de contrôle avec le sang des pigeons cholériques, rendu extrêmement virulent par des passages successifs chez le cobaye d'abord, puis chez les pigeons.

Nous ne savons pas encore si cette expérience peut être applicable à l'homme. M. Gamaléia commence par créer chez le pigeon, à l'aide de son virus paroxystique, une maladie essentiellement différente du choléra humain, puisque dans cette maladie, le bacille virgule évolue dans le sang. Quand donc M. Gamaléia introduit dans le sang du pigeon une matière vaccinale, qui empêche cette évolution, il fait œuvre utile pour le pigeon sans doute, mais superflue, semble-t-il, pour l'homme, dans le sang duquel le bacille ne vit pas naturellement. Celui-ci n'a pas besoin de cet habitat pour empoisonner l'homme de ses produits toxiques. C'est en dehors de l'organisme pour ainsi dire, dans les résidus intestinaux qu'il vit, et c'est là qu'il faudrait l'atteindre. Or nous doutons que la voie sous-cutanée soit la plus courte et la plus sûre pour conduire la matière vaccinale dans l'intestin. Celle-ci y transsudera sans doute, mais l'élimination en sera prompte, et dès lors la *stérilisation intra-intestinale* (la seule qui intéresse l'homme, puisque c'est par les voies digestives qu'il s'infecte), incertaine et fugace. Nous trouvons déjà un appui à ces vues dans des expériences de M. Wilhem Lœwenthal (de Lausanne), qui établissent qu'une souris inoculée avec de la matière vaccinale cholérique résiste, et encore très peu de temps, à une *injection* intra-organique du virus cholérique intensif, mais ne résiste pas à une *ingestion* intrastomacale de ce même virus (*Sem. méd.*, 29 août 1888). Et la confirmation de ces expériences serait donc la non-immunité, même à bref délai, après une première atteinte de choléra morbus, alors pourtant que l'organisme doit être saturé de matière vaccinale.

Après cela il est bien entendu que notre modeste opinion est sujette à erreur et nous faisons des vœux pour qu'elle soit infirmée par de nouvelles communications de M. Gamaléia.

Depuis que ces lignes ont été écrites, M. Gamaléia a montré dans un nouveau travail qu'une maladie naturelle aux poules, et dont le bacille ressemble beaucoup au bacille-virgule, leur était donnée sûrement par injection expérimentale dans le poumon (*Ann. de l'Institut Pasteur*, octobre 1888) et il laisse entrevoir que l'homme prendrait le choléra par la même voie. Mais la preuve reste à faire en contradiction avec ce qu'on avait pensé jusqu'à ce jour. Et, comme dans cette maladie nouvelle des volailles le bacille pullule dans le sang et que la gastro-entérite n'est que secondaire, l'objection signalée plus haut tient encore.

(2) *Acad. des sc.*, 1er août 1881. MM. Roux et Nocard ont donné depuis à ces expériences de M. Galtier la précision rigoureuse qui leur faisait défaut (*Ann. Inst. Pasteur*, juillet 1888).

(3) M. Protopopoff, en face de cette résistance insuffisante du sang du chien devant le virus rabique frais, a tourné la difficulté en injectant méthodiquement dans les veines, d'abord un virus affaibli, puis deux plus forts, de six, de trois et d'un jour. Il a ainsi réussi à donner l'immunité. (*Centralbl. für Bakt.*, t. IV, 1888.)

permet de faire des inoculations répétées et coup sur coup. Si une matière vaccinale coexiste avec le microbe rabique dans les moelles d'inoculation, on doit arriver ainsi promptement à saturer l'organisme et à le rendre réfractaire. Qu'importe dès lors qu'on ait accumulé en même temps une quantité prodigieuse de microbes, puisque au moment où ceux-ci deviendraient redoutables, le plus grand nombre d'entre eux est détruit dans le sang, et que le terrain de culture (système nerveux) s'est dérobé pour ainsi dire pour le reste. Ainsi, loin de devenir dangereuse, la rapidité des inoculations est ici facteur du succès.

Et il n'y a pas là une simple vue de l'esprit ainsi qu'on peut s'en assurer en consultant la lettre magistrale qui figure en tête des *Annales de l'Institut Pasteur*. L'illustre savant, en effet y cite un certain nombre d'exemples d'inoculations répétées coup sur coup avec du virus frais, qui, sans autre forme, ont donné l'immunité; et il ajoute : « Je pourrais multiplier *à l'infini* ces cas d'immunité à la suite d'inoculations sous la peau par des quantités assez notables de virus rabiques quelconques. »

Il est bien difficile de comprendre de pareils résultats en dehors de l'existence d'une matière vaccinale soluble. Il y a des échecs, il est vrai. Mais peut-être ces insuccès tiennent-ils précisément à certaines particularités de la matière vaccinale et au moment de son apparition dans les moelles rabiques. Il n'est pas impossible, en effet, qu'elle ne commence à se former que dans les derniers instants de la vie; qu'elle ne soit qu'une espèce de deliquium cadavérique (Metschnikoff) des cellules rabiques, et que, comme telle, elle n'existe dans les moelles fraîches qu'en quantité assez faible; variable du reste de l'une à l'autre, suffisante parfois pour procurer d'emblée l'immunité, et quelquefois à peu près nulle. Et ainsi s'expliquerait comment les injections de moelles fraîches donnent des résultats différents, et combien peu de sécurité donnerait une telle méthode de vaccination, pourtant rationnelle en principe.

Il est cependant quelques moyens de l'améliorer, qui tous tendent à donner soit moins d'activité au virus, soit plus de force à la matière vaccinale. Ainsi, parmi les premiers, on peut choisir comme vaccinifère une espèce différente de l'espèce à vacciner. L'expérience aidant, on peut tomber sur une espèce, dont le virus n'ait plus qu'une affinité médiocre pour l'espèce vaccinée, tout en lui apportant la même quantité de matière vaccinale. C'est une chance de plus acquise à la méthode.

Le succès en sera encore plus sûr si le virus a été cultivé sur une longue série d'animaux de cette espèce vaccinifère. Car en pareil cas, il s'y spécialise, il s'y naturalise pour ainsi dire, et perd quelquefois, tout au moins en partie, son droit de cité chez les autres espèces.

Et il n'y aurait pas toujours contre-indication de son emploi vaccinal, alors même que du fait de ses passages successifs à travers une espèce il serait devenu plus virulent pour elle. Cela ne préjugerait en rien son effet éventuel sur l'espèce vaccinée, qui pourrait n'en être pas davantage impressionnée. C'est un fait d'ordre général dont nous pourrions citer maints exemples. Un des plus curieux est celui d'un virus, qui lentement mortel pour une espèce, et transporté sur une autre, où il arrive bientôt à donner très promptement la mort, ne produit plus aucun effet morbide appréciable sur la première, tout en lui procurant l'immunité. C'est le cas du microbe du rouget des porcs, qui cultivé en séries sur le lapin, devient de plus en plus virulent pour cet animal, mais ne peut plus dès lors tuer les porcs (*Acad. des sciences*, séance du 26 novembre 1883. Pasteur et Thuilier). Et qui pourra jamais dire si le virus rabique, de virulence paroxystique pour le lapin après une série de passages, n'est généralement pas inoffensif pour l'homme, tout en lui apportant peut-être une quantité de matière vaccinale corrélative du degré de virulence acquise chez le lapin?

Mais, d'une manière générale, la méthode des injections antirabiques, répétées avec des moelles fraîches, n'en reste pas moins avec ses incertitudes et ses dangers : incertitudes sur la quantité variable et probablement trop faible de matière vaccinale, opposée à la quantité sûrement considérable de microbes inoculés, et dangers de transmission de la maladie.

2° *Injections répétées de virus gradués.* — Dans cette situation, M. Pasteur ne pouvant détruire sûrement la virulence de la matière rabique inoculée en la faisant passer par des milieux organiques hostiles aux microbes, tels que le sang, ni isoler ni cultiver ces microbes restés jusqu'ici inconnus, a tourné la difficulté. L'artifice expérimental, auquel il a recours, est une des plus belles découvertes de son fertile génie.

Prenons une série de moelles rabiques de lapins de différents âges et vieilles d'un à dix jours. De la première à la dernière les microbes, en se détruisant, seront de moins en moins nombreux jusqu'à leur disparition à peu près complète. Mais il est à croire qu'une substance chimique vaccinale, si elle existe, ne suivra pas dans sa destruction une marche parallèle. Il est à croire même que cette substance, qui, comme nous l'avons dit, semble être le deliquium cadavérique des microbes, s'accroît pendant quelques jours plus vite qu'elle ne se détruit, suit ainsi une marche ascendante pour décroître ensuite plus lentement. De telle sorte qu'il y aurait dans cette série de moelles un groupe intermédiaire qui équivaudrait, tout compensé, à un minimum de matière virulente et à un maximum de matière vaccinale.

Nous ne savons au juste à quels jours correspond ce groupe intermédiaire, et l'on comprend qu'il puisse y avoir à ce sujet des variations tenant à des causes multiples, mais plus particulièrement à l'évolution du virus pendant la vie et, après la mort, au milieu dans lequel les moelles se dessèchent. Cette incertitude commande notre attitude. Nous devons nous tenir en deçà des limites probables de ce groupe, et ne recourir d'abord qu'aux injections des moelles les plus vieilles. Nous ne courrons d'autre risque que d'injecter successivement une certaine quantité de matière vaccinale sans microbes ou avec des microbes raréfiés et vieillis.

Nous sommes déjà dans des conditions infiniment supérieures aux conditions précédentes, nous imprégnons peu à peu l'organisme de matière vaccinale et bientôt nous l'en saturerons tout à fait en arrivant aux moelles qui sont à leur maximum de puissance vaccinale, et nous le rendrons ainsi absolument réfractaire. Dès lors il importera peu que nous ayons injecté en même temps des virus toujours plus nombreux et toujours plus jeunes. Ils sont promptement frappés d'inertie et comme cadavérisés par leur poison vaccinal, avant qu'ils aient pu prendre le contact de la substance nerveuse.

Ainsi la méthode de M. Pasteur, qu'il a créée, en devançant même l'explication des faits, consistait à se couvrir de tout danger, en utilisant dans ce but la diffusion prompte d'une quantité surabondante de matière vaccinale, d'opposer cette matière, d'abord à la moindre quantité possible de microbes vieillis et affaiblis, puis, quand l'organisme est saturé, aux microbes même les plus virulents. L'expérience a prouvé que dans ces conditions on agit à coup sûr.

On voit ici que le facteur « Temps » est tout à fait éliminé, et qu'il n'y a aucun empêchement dans le principe de la méthode, pour que les injections ne se fassent pas sans délai, coup sur coup. On peut également pressentir que l'utilisation de toute la série des moelles n'est pas absolument nécessaire, et que celles des deuxième, troisième, quatrième... jours doivent correspondre à la plus grande

somme de matière vaccinale et suffire à tous les besoins (1). Les plus vieilles à ce point de vue laissent à désirer et ne sont qu'une amorce pour celles qui suivent. Celles du premier jour ne répondraient pas non plus au but proposé puisqu'elles développeraient, selon nous, peu de substance vaccinale, tout en gardant la plénitude de leur puissance virulente, et présenteraient ainsi des inconvénients sans compensation. Leur emploi n'en est pas moins la justification hardie de la méthode, et un triomphant défi jeté à ses détracteurs (2).

Quant à l'application qui peut en être faite à la préservation de la rage *après* morsure, il ne nous appartient pas de la juger. Du reste les faits parlent assez haut, il semble. Qu'il nous soit permis pourtant de faire une distinction parmi les morsures rabiques. Au moins 80 fois sur 100, le virus reste sûrement sans effet, pour maintes raisons, dont la principale est sans doute que les sujets sont absolument réfractaires à la rage dans les conditions ordinaires des morsures. Quant aux vingt cas restants, il en est dix-huit, je suppose, dont les sujets sont encore réfractaires dans les conditions dynamiques habituelles de leur système nerveux; mais ils sont plus ou moins près de la limite, au delà de laquelle la réceptivité commence. Tant qu'il ne surviendra chez eux aucune cause dépressive, subite ou prolongée, telle que la fatigue, la crainte, le refroidissement..., le microbe rabique restera latent et comme en simple rapport de contiguïté avec le système nerveux, jusqu'à sa destruction complète. On peut admettre qu'il en sera ainsi pour la moitié environ de nos dix-huit cas, même en dehors de toute action vaccinale.

Quant aux neuf autres, une prédisposition un peu plus grande (alcoolisme, épilepsie, hystérie...) ou l'intervention fortuite de secousses nerveuses, pendant la période de latence créera un jour ou l'autre un défaut de résistance, et donnera prise à l'envahissement du microbe rabique, s'il n'y est pas d'avance porté remède.

Il y a donc pour ces dix-huit cas une possibilité ou une certitude de rage dans les premiers mois qui suivent la morsure, et c'est pour eux que la vaccination rabique, appliquée de bonne heure, quelquefois même avec délai, sera vraiment indiquée sinon toujours nécessaire; de même que ce sont les neuf derniers qui lui font sa belle part.

(1) M. Pasteur a montré depuis qu'une moelle de lapin de deux jours, qui a été chauffée à 35 degrés, ne contient plus de microbes rabiques et confère l'immunité. (*Ac. des sc.*, 13 août 1888.)

(2) Nous le répétons, nous raisonnons ici, pour plus de simplicité, comme si les microbes injectés étaient aussitôt et complètement annihilés et comme si la matière vaccinale préexistante agissait seule.

C'est à peu près sûrement ce qui arrive dans la méthode à coups répétés de M. Pasteur, où l'introduction vaccinale surabondante domine tout et garantit contre tous les risques de prolifération virulente dans le sang et dans les filets nerveux du siège des inoculations.

Mais quand on voit l'immunité assurée toujours chez la brebis (Galtier) et parfois chez le chien (Pasteur) par une seule injection intraveineuse, on peut se demander si la petite quantité de matière vaccinale injectée (si même il en est) a suffi, et si le complément n'en est pas fourni par la vie ralentie et inoffensive, mais persistante encore, des microbes rabiques aux prises avec un milieu sanguin hostile.

Si parfois une injection intraveineuse de virus frais échoue chez le chien, c'est qu'alors il y a dans le sang des chiens des différences individuelles, qui, comme milieu d'atténuation, tantôt le rapprochent, tantôt l'éloignent, à son préjudice, du sang des ruminants.

Et si une seule injection sous-cutanée est souvent virulente chez le chien et même chez la brebis, c'est qu'alors intervient un élément nouveau, la contamination sur place des filets nerveux périphériques, dont la vulnérabilité est à peu près pareille dans les deux espèces. Cette contamination n'est pas forcée soit du fait de la forme, du siège, de la profondeur de la piqûre ou de la morsure, soit pour toute autre cause. Quand elle n'a pas lieu, la brebis est à l'abri de tout danger, tandis que le chien court encore un risque de s'infecter par le virus introduit dans sa circulation.

Quand cette contamination nerveuse a lieu, il est intéressant de rechercher ce qu'il peut advenir pratiquement, par exemple en cas de morsures.

Il pourra arriver ceci : c'est que ses effets seront peut-être conjurés par la portion, si minime soit-elle, du virus qui aura passé simultanément dans le sang et qui aura produit *à temps* une quantité suffisante de matière vaccinale. Cette neutralisation curieuse n'a rien d'impossible; peut-être est-elle fréquente et explique-t-elle en partie la grande proportion de cas qui échappent aux morsures virulentes. M. Galtier en a fait, par une voie détournée, il est vrai, le point de départ d'une singulière méthode de vaccination, chez la brebis mordue, qui rappelle l'histoire de la lance d'Achille ou de la queue et de la tête du scorpion. Il recommande de prendre le bulbe du chien mordeur et de l'inoculer dans une veine de la victime.

Restent un ou deux cas, où l'idiosyncrasie du sujet est telle que le seul contact du microbe avec le système nerveux équivaut à sa pénétration et à son adaptation immédiates. Là, la vaccination rabique arrivera à peu près toujours trop tard; car, si la matière vaccinale peut beaucoup et tout pour empêcher le développement d'un microbe désemparé, qui n'est pas en possession de son milieu, autant elle lui est peu redoutable quand il est en pleine voie de développement dans son terrain de choix (1). A ce sujet MM. Chamberland et Roux devraient nous dire dans une prochaine étude ce qu'il advient du développement de la septicémie fraîchement inoculée, mais en voie de développement, quand on la fait suivre peu après d'une injection vaccinale intrapéritonéale (2).

Il n'y a pas, il faut le dire, qu'une affaire d'idiosyncrasie individuelle dans cette promptitude d'action du microbe rabique. Le point du système nerveux où il est serti n'est pas, en effet, indifférent. On dirait même qu'au fur et à mesure qu'on remonte de la périphérie vers l'axe cérébro-spinal, l'aptitude réceptrice augmente. La quantité de pulpe nerveuse accumulée, c'est-à-dire de substance nutritive du microbe, semble aussi avoir son importance ; car la moelle rabique est plus virulente que les nerfs, le cerveau plus que la moelle, et dans la moelle les renflements bulbaires et lombaires plus que la portion dorsale. Tout cela expliquerait suffisamment pourquoi les morsures profondes, toutes choses égales d'ailleurs, sont plus graves que les morsures superficielles; pourquoi les inoculations intra-crâniennes réussissent infailliblement; et pourquoi la vaccination échoue assez souvent même faite aussitôt après ces inoculations.

Un dernier mot sur la matière vaccinale antirabique. En somme la vaccination pastorienne est un magnifique procédé empirique, qui a permis à M. Pasteur de s'affranchir de l'ignorance dans laquelle nous étions des rapports mutuels du microbe rabique et de sa matière vaccinale. Elle ne saurait être le dernier mot de la science. Y a-t-il un obstacle réel à isoler cette matière, en décortiquant sous la meule les cellules médullaires rabiques, en les délayant dans de l'eau stérilisée et alcoolisée, en filtrant, en condensant dans le vide la liqueur filtrée ou en la soumettant à l'action de la chaleur ? Si tant est qu'elle existe, elle devrait se trouver là à l'état isolé (3). En agissant ainsi avec les moelles de chaque jour, on pourrait aussi savoir celles qui sont les plus vaccinales.

(*A suivre.*)

Pathologie médicale.

Du tétanos des nouveau-nés. — Notes de voyage dans le Nord, par M. le docteur H. Labonne, explorateur.

Durant mes deux missions en Islande, aux Færoer et aux Hébrides j'eus l'occasion de prendre des observations et des notes sur diverses maladies qui sévissent particulière-

(1) Ce qui prouve bien qu'il en est ainsi, c'est : 1° qu'au cours des maladies virulentes l'énorme quantité de matière vaccinale accumulée n'empêche pas la pullulation des microbes, ainsi qu'on peut s'en rendre compte dans les tumeurs du charbon emphysémateux, par exemple; 2° combien minime est la fraction de matière vaccinale, qui, inoculée à un animal sain, suffit pour lui donner l'immunité.

(2) Ils devront en faire autant pour le charbon symptomatique, le sang de rate, etc.

(3) Depuis que ces lignes ont été écrites, M. Peyraud (de Libourne) a indiqué un mode de préparation de la matière vaccinale rabique, se rapprochant sensiblement de ces indications

ment dans les îles do l'Atlantique du Nord. Aujourd'hui que l'hypothèse de la nature infectieuse, bactérienne du tétanos est à l'ordre du jour, je crois utile de communiquer à la presse médicale les renseignements que j'ai obtenus sur le *trismus nascentium*, mal qui détruit littéralement la population des Vestmaneyar, et plus encore celle de Saint-Kilda.

C'est la situation médicalo de cette dernière île que j'établirai la première, parce que, en dehors des données qui m'ont été fournies par les habitants, j'ai pu trouver dans les bibliothèques d'Ecosse des statistiques aussi intéressantes que sérieusement faites.

Saint-Kilda, géographiquement rattachée aux Hébrides, est située à 60 milles à l'ouest de l'île Lewis. Sa circonférence est de 7 milles; son étendue, de 3 milles de l'est à l'ouest, et de 2 milles du sud au nord. Elle est entourée de rochers escarpés avec un seul point, situé au sud-est, où il soit possible de débarquer. Sa population se composait, au dernier recensement, de 82 habitants. La température, comme aux Færoer, est une des plus égales que l'on puisse trouver sur le globe. Le climat, pluvieux et brumeux.

Sur 125 enfants issus de 14 mariages, résidant en l'île l'année 1880, 84 moururent dans les 14 jours qui suivirent leur naissance, soit 67,2 pour 100, du mal appelé *Lock-jaw infantil* ou *Eight-day sickness*.

Le premier explorateur qui appelle l'attention sur cette effroyable mortalité est Macaulay; il établit que les enfants de Saint-Kilda sont particulièrement sujets à une maladie extraordinaire. Le quatrième ou le cinquième jour après leur naissance, mentionne-t-il, beaucoup cessent de teter; le septième jour, leurs gencives sont tellement serrées qu'il est impossible de faire parvenir quoi que ce soit dans la bouche. Peu de temps après ces premiers symptômes, ils sont en proie aux convulsions, et quand ils ont lutté jusqu'à épuisement de vigueur et de force, ils meurent, et c'est généralement le huitième jour.

En Islande, où j'ai assisté à l'agonie d'un pauvre petit, j'ai vu que les accès de contracture allaient se rapprochant de plus en plus jusqu'à la fin. Je remarquai aussi qu'après la période de contraction, les muscles masticateurs semblaient paralysés et que les deux mâchoires s'écartaient involontairement, signe impliquant un pronostic absolument fatal. « Jamais, me dit la sage-femme des Vestmaneyar, je n'ai vu un seul enfant survivre si la bouche venait à s'ouvrir, après avoir été quelques heures convulsivement serrée. » Sauf ce fait, je n'ai rien observé qui différât sensiblement de la symptomatologie ordinaire, et je veux surtout m'appesantir sur la question étiologique.

Aux Antilles et à la Guyane, on est généralement d'accord pour reconnaître que ce sont les brusques transitions de température qui paraissent entraîner une prédisposition au trismus; ici, rien de semblable, grâce au Gulf stream, nous sommes sous un climat remarquablement doux et égal (la différence de moyenne entre l'hiver et l'été n'est que de 9 degrés). Nous pouvons donc rejeter l'influence de l'alternative du chaud et du froid. Mais nous sommes dans une île, dans une *petite* île, et surtout dans une île, j'appuie beaucoup sur ceci, où les habitants font des oiseaux de mer leur principale nourriture, tirent de ces mêmes oiseaux leur lit, leur chauffage et leur éclairage.

Pendant les trois années 1871, 1872 et 1873, le chiffre total des décès d'enfants par tétanos a été, en Ecosse, de 48, dont 11 pour les seuls districts *insulaires* (non compris Saint-Kilda), et ces districts insulaires ne renferment que 131 418 habitants. Si la mortalité avait atteint une pareille progression dans le reste de l'Ecosse, qui compte 3267807 habitants, on aurait eu 273 cas au lieu de 37 qui restent à retrancher des 48 cas observés.

Il est donc démontré que les morts par trismus sont beaucoup plus fréquentes dans les îles que sur les grandes terres.

De même aux Vestmaneyar, îlots ou roches situées à une portée de canon au sud-ouest de l'Islande, le trismus enleva, pendant vingt années, 64 pour 100 de la population, tandis que la même maladie ne tuait sur l'Islande que 30 pour 100 des enfants. Dans le voyage en Islande de sir G. Mackenzie, il est établi que, pour Heimaey, la plus importante des îles, la population, s'élevant alors à 200, n'était maintenue que par l'émigration de la « Mainland ». A peine si, dans les vingt années précédant son exploration, connaissait-on un seul cas de survie d'enfant venu à terme. Dans un tableau récapitulatif, il montre que sur 131 morts :

76	arrivèrent	le............	septième jour.
22	—	le............	sixième —
18	—	le............	neuvième —
16	—	les cinquième et	huitième —

Les médecins indigènes m'ont rapporté que les deuxième et vingt et unième jours après la naissance étaient les extrêmes limites du trépas en cas d'attaque.

Quelle est donc la cause de ce véritable massacre des innocents? Avouons-le tout de suite, de même que pour le tétanos spontané de l'adulte, nous en sommes réduits à bien peu de chose de précis en fait de notions étiologiques. On a incriminé le pansement défectueux du cordon ombilical après la naissance; mais les pansements antiseptiques s'emploient aujourd'hui jusqu'en Islande, sans que pour cela la mortalité diminue. On a accusé les maisons qui jadis n'avaient aucune ouverture, le paysan tenait à récolter la suie qui se déposait sur les murailles pour s'en servir en guise d'engrais, le nouveau-né y respirait donc un air vicié et fort peu renouvelé. Mais un propriétaire charitable a fait élever des cottages modernes à Saint-Kilda, cottages construits de manière à permettre une aération très convenable, et cependant les enfants meurent toujours!

Schleisner affirme que l'usage du guano d'oiseau comme combustible et de graisse d'oiseau comme nourriture et éclairage a une certaine influence sur le développement de la maladie. J'ose me rapprocher un peu de son opinion, et je ne suis pas éloigné de penser que les oiseaux peuvent communiquer à l'enfant, terrain sans résistance, une bactérie spéciale liée à l'apparition du trismus. On sait du reste que le choléra des poules est transmissible à certains mammifères.

En tout état de cause, deux faits corroborent l'idée que je soumets pour ce qu'elle peut valoir.

M[me] l'amiral Otter n'attribuant pas le mal à une bactérie, il est vrai, mais à l'âcreté que communiquerait au lait des nourrices l'usage exclusif, comme nourriture, de chair et d'huile d'oiseaux de mer, isola deux femmes enceintes de leur logement ordinaire, leur interdit de manger des oiseaux et surtout de boire de l'huile de pétrel, les ayant suffisamment approvisionnées de chocolat, de thé et de conserves du continent.

Chose remarquable, ces deux femmes eurent deux beaux enfants que respecta le terrible fléau.

Enfin, dans mes longues pérégrinations au travers de l'Islande, j'eus moi-même occasion de me livrer à une enquête qui m'apprit que le centre de l'île, plateau élevé à la vérité, mais d'où sont exclus, comme nourriture et comme combustible, les oiseaux de mer, n'est jamais visité par le trismus.

Hommes ou femmes qui, dans les îles du nord de l'Atlantique, peuvent échapper au tétanos des nouveau-nés sont robustes et fort bien constitués, malgré les mariages consanguins. Ce qui incidemment permet aussi de disculper la consanguinéité parfois accusée de jouer un rôle étiologique pour le trismus.

Il est utile de faire observer qu'il n'y a jamais eu de chevaux à Saint-Kilda.

Existe-t-il dans la terre végétale des spores de bacille? Il me serait facile de remettre de l'humus que j'ai rapporté à M. Nicolaier. Cet expérimentateur pourrait alors nous éclairer sur le plus ou moins de virulence du terreau suivant que la place où je l'ai enlevé est plus ou moins fréquentée par les oiseaux de mer, pétrels ou autres...

Les habitants se soumettent avec résignation à ce qu'ils considèrent comme un décret de la Providence.

If it's God's will that babie should die, nothing you can do will save them. « Si Dieu veut que les enfants continuent à mourir, rien de ce que vous ferez ne les sauvera, » vous répond le Saint-Kildien.

Beaucoup de pieux gentlemen écossais ou hébridiens émettent également l'hypothèse que c'est un mal nécessaire pour limiter un excès de population qui ne trouverait plus à vivre sur ces sauvages rochers.

Avec une logique remarquable, les femmes se contentent d'offrir une louable fécondité que les Françaises devraient bien copier. Il est commun de voir dans l'île une femme de trente ans ayant déjà eu huit enfants. Celle du pêcheur qui nous servait de pilote, en avait déjà mis neuf au monde, bien qu'elle ne fût âgée que de trente-deux ans! Mais hélas! une fille et un garçon seulement avaient échappé au trismus.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 31 DÉCEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA RÉSISTANCE DE L'ORGANISME AUX MICROBES PATHOGÈNES, NOTAMMENT DES RAPPORTS DE LA NÉCROBIOSE AVEC LES EFFETS DE CERTAINS MICROBES. Note de M. *Arloing*. — De ses nouvelles recherches l'auteur croit pouvoir conclure :

1° Que pour certains microbes les effets dépendent de l'état des tissus qu'ils rencontrent;

2° Que l'on est exposé à déclarer inoffensifs des microbes que l'on ne sait pas placer dans les conditions requises pour qu'ils produisent leur action pathogène;

3° Enfin qu'on ne saurait être trop prudent lorsque l'on doit se prononcer sur les propriétés d'un microbe donné.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LE BACILLE DU CHOLÉRA. Note de M. *Lœwenthal* (de Lausanne). — Si tout le monde sait aujourd'hui que le microbe auquel on attribue la genèse du choléra, le bacille virgule, est facile à cultiver dans la plupart des bouillons de culture, on sait aussi, par contre, que ce microbe, en se propageant, perd, en grande partie, ses propriétés pathogènes; de là la difficulté de déterminer expérimentalement, en l'inoculant, des accidents graves; de là, par suite aussi, de nombreuses recherches dans les laboratoires ayant pour but de lui rendre toute son activité. C'est à ces recherches également que M. Lœwenthal s'est livré, recherches qui l'ont conduit à trouver et à employer, dans ce but, un milieu cultivable dans lequel le suc pancréatique joue le rôle essentiel. En effet, il a vu le bacille du choléra se développer rapidement dans ce nouveau milieu de culture et y former des produits toxiques, de façon à tuer facilement et en quelques heures les animaux inoculés. Ces derniers meurent en présentant des phénomènes analogues à ceux du choléra. Ce premier point acquis, M. Lowenthal a cherché à rendre stérile la pâte pancréatique renfermant le bacille cholérique et y est parvenu à l'aide du salol.

EMPLOI DU SUBLIMÉ DANS LA FIÈVRE JAUNE. Lettre de M. *Paul Gibier*. — A propos de la communication faite le 22 octobre dernier par M. Yvert, touchant l'emploi au Tonkin du deutochlorure de mercure dans le choléra, M. Paul Gibier annonce qu'il a fait lui-même, à l'Académie des sciences de la Havane, une communication sur l'emploi de cet agent thérapeutique dans la fièvre jaune.

SÉANCE DU 7 JANVIER 1889. — PRÉSIDENCE DE M. DESCLOISEAUX.

DE L'INHIBITION. — M. *Brown-Séquard* présente une note de M. *Ch. Henry*, bibliothécaire à la Sorbonne, sur la dynamogénie et l'inhibition. Les travaux de l'illustre physiologiste ont démontré le grand rôle que jouent dans le fonctionnement normal de la vie et dans la pathogénèse, ces deux modes de l'action nerveuse. Les excitations dynamogènes sont celles qui plus ou moins instantanément, dans des parties nerveuses ou contractiles plus ou moins distantes du lieu de l'irritation, exagèrent plus ou moins une puissance ou une fonction; les excitations inhibitoires sont celles qui dans des conditions analogues font plus ou moins disparaître une puissance ou une fonction. En quoi consiste le mécanisme de ces réactions? Le problème est impossible à préciser généralement, car on ignore le plus souvent les quantités d'excitation et toujours les quantités correspondantes de réaction physiologique. M. Charles Henry a réussi à tourner la difficulté et est parvenu à résoudre le problème dans un certain nombre de cas particuliers, qui se multiplieront d'ailleurs indéfiniment avec les progrès de l'expérimentation. Choisissant d'une part des excitants bien définis : mesures linéaires, vibrations sonores, longueurs d'ondes lumineuses, etc., complétant d'autre part l'insuffisance des données physiologiques par la connaissance de la nature agréable ou désagréable des réactions mentales correspondantes, lesquelles sont toujours accompagnées: le plaisir de dynamogénie, la peine plus ou moins rapidement d'inhibition, M. Henry se demande quelle est la forme des mouvements expressifs qui peuvent être décrits continûment, c'est-à-dire avec production de travail, quelle est la forme de ceux qui ne peuvent être décrits que discontinûment, c'est-à-dire avec empêchement à chaque instant. L'auteur note qu'*au point de vue de la conscience*, la forme des mouvements d'expression est circulaire; il remarque que l'élément vivant est à ce point de vue comme un compas, qui ne pouvant décrire continûment que des petits cycles et plus ou moins discontinûment des grands cycles, doit exprimer par des changements plus ou moins réels de direction de la force, les variations d'excitation et du travail physiologique correspondant. M. Henry s'applique à étudier les trois fonctions subjectives qui ressortent de cette hypothèse et qu'il appelle le *contraste*, le *rythme* et la *mesure*. Il rattache à des opérations mathématiques les modes de représentation successifs et simultanés de l'être vivant afin de déterminer nos unités naturelles de mesure. Il obtient ainsi des schèmes de relations numériques objectives, schèmes dont les propriétés mathématiques entraînent pour le mécanisme de l'être vivant la nécessité, suivant les cas, de réactions idéo-motrices irréductibles comme la dynamogénie et l'inhibition. Ce point de vue a permis non seulement de constituer une théorie nouvelle de la sensation auditive, mais de réaliser à volonté des harmonies de formes et de couleurs. La théorie est générale. Parmi les nombreuses vérifications expérimentales, M. Henry cite la courbe par laquelle M. Marey a représenté ses expériences touchant l'influence du rythme sur la vitesse de progression, courbe qui marque des accroissements de vitesse précisément pour les nombres de pas à la minute, que la théorie indique comme dynamogènes.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 8 JANVIER 1889. — PRÉSIDENCES SUCCESSIVES DE MM. HÉRARD ET MAURICE PERRIN.

MM. les docteurs *Marvaud*, médecin principal de 1re classe, chef du service de santé de la place de Verdun, et *Duclos* (de Tours) se portent candidats au titre de correspondant national dans la division de médecine.

M. le docteur *H. Vincent*, médecin stagiaire au Val-de-Grâce, envoie, pour le concours du Prix Alvarenga, en 1888, un mémoire sous *Pli cacheté* et un ouvrage intitulé : *Recherches expérimentales sur l'hyperthermie et les causes de la mort dans celle-ci.*

M. le docteur *F. Garrigou* transmet l'ensemble de ses travaux sur l'*hydrologie médicale.*

MM. les docteurs *Cohën*, *Robillard* et *Cadoret* adressent des mémoires sur *le traitement de la phthisie pulmonaire.*

M. *Gariel* dépose le compte rendu de la dix-septième session tenue à Oran en 1888 par l'Association française pour l'avancement des sciences.

M. *Le Roy de Méricourt* présente un mémoire manuscrit de M. le docteur *Poupinel de Valencé* (de l'île Maurice), ayant pour titre : *Recherches sur la lèpre.*

Installation du Bureau pour 1889. — Avant de descendre du fauteuil présidentiel, M. *Hérard* énumère les principales communications faites pendant l'année écoulée et apprécie les diverses discussions auxquelles l'Académie s'est livrée. M. *Maurice Perrin* prend possession de la présidence pour 1889; il remercie les membres du Bureau sortant et installe leurs successeurs : M. *Moutard-Martin*, pour la vice-présidence ; M. *Féréol*, comme secrétaire annuel ; MM. *Planchon* et *Laboulbène*, en qualité de membres du Conseil d'administration.

Extraction d'une cuillère tombée dans la cavité péritonéale après perforation de l'estomac. — M. le docteur *Le Dentu* communique, avec présentation de l'opéré, une très remarquable observation de gastrostomie au lieu d'élection, suivie immédiatement d'une laparotomie médiane pour l'extraction d'une cuillère en bois, longue de 27 centimètres, tombée dans la cavité péritonéale après perforation de l'estomac; suture et réduction de l'estomac, drainage du péritoine, guérison. Les détails très nombreux qu'il donne sur cette brillante opération se résument dans les termes qui précèdent. Il termine son observation par les remarques suivantes : « La perforation de l'estomac et la chute de la cuillère dans le péritoine ont eu lieu entre la douzième et la quinzième heure après qu'elle eut été avalée; la perforation s'est faite au niveau de la grande courbure et le corps étranger a cheminé entre les deux feuillets antérieurs de l'épiploon. On s'explique ainsi comment la perforation s'est cicatrisée assez vite et assez solidement pour que le passage des matières alimentaires devînt impossible par la suite; l'évidence force à admettre que l'arrivée de la cuillère dans la séreuse n'a pas provoqué la péritonite qui semble inévitable après pareil accident. Ou l'estomac ne contenait pas de germes pathogènes ou le corps étranger s'est dépouillé pendant son passage entre les feuillets de l'épiploon de ceux qu'il transportait avec lui; ce que l'on sait du sort des corps étrangers de l'estomac et des divers modes d'expulsion observés jusqu'à ce jour, explique pourquoi j'ai commencé par ouvrir l'estomac. Je ne crois pas qu'il existe un seul fait prouvant que la perforation de ce viscère peut avoir lieu en quelques heures. A défaut de signes indiquant que la cuillère n'y était plus, il était logique de l'y chercher tout d'abord; enfin, la gastrostomie, suivie de réduction immédiate, a donné un excellent résultat. Elle n'a provoqué ni vomissements, ni douleurs, ni troubles dyspeptiques consécutifs. » — (Le mémoire de M. Le Dentu est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. *Léon Le Fort*, *Lannelongue* et *Verneuil*.)

Strophantus. — Après avoir exposé l'histoire naturelle des strophantus, lianes des forêts du Gabon, dont l'espèce dite S. Kombé est la sorte commerciale la plus en usage, M. *Bucquoy* rend compte des résultats thérapeutiques qu'il a obtenus en se servant de granules d'un milligramme d'extrait de ce médicament. Chaque granule correspond à cinq gouttes de la teinture de Fraser au vingtième; la dose quotidienne est en général de 4 granules, pris à intervalles égaux, en commençant par 2 granules le premier jour, puis 3 et 4 les jours suivants.

Le strophantus est un médicament cardiaque de premier ordre, dont l'introduction dans la thérapeutique des maladies du cœur est une acquisition précieuse; il mérite en raison de ses effets thérapeutiques la place que Fraser lui a assignée, à côté de la digitale, dont il remplit à peu près les indications. Dans les lésions mitrales, il relève l'énergie des contractions cardiaques lorsque la compensation devient insuffisante et il atténue ainsi, quand il ne les fait pas disparaître complètement, les symptômes de l'asystolie. L'œdème des extrémités s'efface, la dyspnée et les palpitations diminuent et le malade retrouve bientôt un bien-être qu'il ne connaissait plus.

C'est à tort que M. Germain Sée prétend que le strophantus agit sur les cœurs fatigués et non asystoliques et qu'il ne produit pas de diurèse; car il est, au contraire, très souvent d'une souveraine efficacité dans l'asystolie et, s'il donne rarement lieu aux grandes débâcles urinaires de la digitale, il détermine le plus souvent une diurèse pouvant aller jusqu'à 4 litres et demi et même 5 litres d'urine par jour.

Il se montre supérieur à tout autre médicament cardiaque chez les sujets atteints de rétrécissement mitral, dont le cœur commence à se fatiguer; il fait souvent disparaître comme par enchantement la dyspnée et l'oppression, ainsi que les autres symptômes, qui sont la conséquence de cette fatigue du cœur. Il est encore d'un effet remarquable dans les lésions cardiaco-aortiques, également au moment où le cœur commence à faiblir et là où la digitale n'est pas sans inconvénient. Dans trois cas d'angine de poitrine et dans un cas de maladie de Basedow, il a donné à M. Bucquoy d'excellents résultats; il se montre alors un médicament de soutien pour l'action cardiaque et la facilité avec laquelle il est toléré permet d'en continuer longtemps l'emploi. L'accoutumance n'en détruit pas les effets; de plus, ceux-ci persistent quelquefois assez longtemps après qu'on a cessé le médicament.

Enfin, il ne s'accumule pas dans l'économie comme la digitale; il n'exerce pas non plus sur l'estomac l'action nauséeuse qui oblige souvent à abandonner celle-ci ; le seul symptôme d'intolérance observé est la diarrhée, sans coliques, dont les malades se plaignent peu et qui cède avec la suspension de la médication.

Est-il des contre-indications à son emploi ? M. Bucquoy ne saurait les formuler; ses effets étant ordinairement nuls dans les périodes avancées des maladies du cœur, surtout quand elles s'accompagnent d'artério-scléroses et de néphrite interstitielle; il évite alors de le prescrire. Quoiqu'on ait dit qu'il réussit mieux que la digitale dans les dégénérescences cardiaques, avec un cœur dégénéré il ne faut compter ni sur l'un ni sur l'autre ; toutefois le strophantus peut être considéré comme une excellente pierre de touche de l'état du cœur. En tout cas, M. Bucquoy dit n'avoir observé aucun accident consécutif à son administration, même intempestive; c'est un médicament facile à manier et nullement dangereux. Il y a lieu de ne pas négliger une ressource thérapeutique aussi précieuse.

Quant à la strophantine, M. Bucquoy ne l'a pas encore assez fréquemment employée pour émettre une opinion motivée; il croit qu'elle est au strophantus ce que la digitaline est à la digitale.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Kyste à grains rhiziformes : M. Jalaguier. — Anévrysme de l'artère humérale : M. Kirmisson. — Salpingite : MM. Terrillon et Trélat. — Amputation de Sims : M. Jalaguier.

M. *Jalaguier* communique l'observation d'une malade qui portait des grains rhiziformes dans la gaine synoviale du pouce et des fongosités tuberculeuses dans la gaine interne de la main. Les bacilles n'ont pu être découverts dans les grains, mais l'inoculation a rendu un cobaye tuberculeux. La malade, revue tout dernièrement, était en parfaite santé environ six mois après l'opération.

— M. *Kirmisson* dépose une observation d'anévrysme diffus de l'artère humérale guéri par la ligature des deux bouts.

— M. *Terrillon* a opéré 32 salpingites, dont 5 hématosalpingites, 19 pyosalpingites, 6 salpingites catarrhales et 2 hydrosalpingites.

Hématosalpingites. Trois fois les trompes et les ovaires ont été enlevés des deux côtés; chez une malade, il s'est produit à intervalles réguliers des pertes sanguines, et les règles persistent encore actuellement malgré l'ablation des deux ovaires et des deux trompes. Chez une autre malade, la trompe, trop adhérente pour être détachée, fut ouverte et suturée à la plaie abdominale; une fistule persista et donnait passage, au moment des règles, à un écoulement sanguin assez abondant; il s'est déjà produit quinze ou seize fois, et l'opérée est en voie de guérison. Enfin chez une dernière malade, les règles se faisaient dans la trompe droite dilatée; douze ponctions furent pratiquées en quatre ans et évacuèrent chaque fois de 2 à 400 grammes de sang noir. — Pyosalpingites. Quatorze fois les annexes furent enlevées en totalité, cinq fois des adhérences obligèrent à faire le drainage par la voie abdominale. Dans le premier groupe, cinq étaient d'origine blennorrhagique; les autres, suites de couches ou de fausses couches; un seul cas s'est terminé par la mort; la décortication avait été des plus pénibles, la poche s'était rompue et la malade avait été emportée par la péritonite au huitième jour. — Salpingites catarrhales. Dans les six cas, les trompes étaient adhérentes aux parties voisines, la muqueuse était hypertrophiée, il y avait peu ou pas de liquide. Les organes furent enlevés des deux côtés, sauf chez une femme jeune, âgée de vingt-huit ans et chez laquelle, d'un côté, les adhérences furent simplement déchirées. — Hydrosalpingites. Chez les deux malades l'affection remontait à plusieurs années et déterminait de vives douleurs. Les trompes oblitérées étaient transformées en kystes séreux. — Salpingites avec pelvipéritonite. Dans tous les cas qui précèdent, l'opération fut faite pendant une période calme de l'évolution de la maladie. L'intervention est plus rare au stade aigu d'inflammation péritonéale, et cependant il semble logique de tenter de l'arrêter dès le début et d'en éviter les conséquences. Instruit par un cas où il put constater les désordres d'une poussée péritonéale toute récente, M. Terrillon opéra une malade au cours d'une péritonite généralisée; la patiente avait déjà subi quatre attaques de pelvipéritonite grave, et, depuis huit jours, avait des douleurs vives, le pouls filiforme, le facies caractéristique. La trompe gauche adhérente fut enlevée; la droite, retenue partout par des adhérences, fut impossible à extraire; après l'opération la température baissa et la guérison fut rapide. Dans un second cas, la malade mourut, il est vrai, mais l'opération avait été refusée par elle, et, faite plus hâtivement, elle aurait pu la guérir.

En ce qui concerne la pathogénie des salpingites, M. Terrillon admet la théorie de la propagation sans aucune réserve. Il est rare que les lésions ne débordent pas la trompe et ne gagnent pas le péritoine; l'ovaire ne participe que secondairement par voisinage et sa surface seule est atteinte. La propagation par les lymphatiques doit être abandonnée. Les lésions existent dans toute l'étendue de la trompe. C'est cette théorie qui a contribué à faire croire à l'adénophlegmon du petit bassin qui n'existe pas et à ce ganglion lymphatique que les anatomistes n'ont pu trouver. Si le tissu cellulaire du ligament large s'œdématie, s'indure et augmente de volume, c'est le résultat de l'inflammation primitive de la trompe. Toujours on trouve le pus dans la trompe ou dans des cavités faites par des adhérences péritonéales ; c'est là la règle. D'une manière tout à fait exceptionnelle, on le rencontre dans le tissu cellulaire du ligament large.

Au sujet de la thérapeutique M. Terrillon pense que certaines malades peuvent être améliorées et même guéries sans intervention chirurgicale par les soins médicaux. Il ne propose l'opération que lorsque les malades souffrent depuis deux ou trois ans et surtout quand il y a eu plusieurs poussées de péritonite grave. Après la ligature de la corne utérine, il fait la section au thermocautère et prend surtout le soin de cautériser la lumière de la cavité de la trompe malade, qui, restant dans l'abdomen, serait une cause d'infection certaine. Dans tous les cas la ligature double ou en chaîne est consolidée par une ligature simple et superposée ; le drainage est précédé du lavage de la cavité du petit bassin. Les résultats éloignés de l'opération sont difficiles à donner encore ; la guérison paraît être moins rapide dans les salpingites purulentes.

M. *Trélat*. Les phlegmons du ligament large sont des foyers inflammatoires très rares. Il n'en connaît que deux cas, où, consécutivement à l'infection puerpérale, des foyers purulents furent trouvés sur les côtés et en avant du col de l'utérus et abordés par une incision abdominale immédiatement au-dessus de l'arcade de Fallope. Ces foyers de paramétrite suppurée, comme les dénomme M. Trélat, sont explicables par la théorie de M. Lucas-Championnière. Mais ce sont des cas tout à fait exceptionnels qui guérissent très rapidement comme un abcès phlegmoneux ordinaire. Il existe d'autres foyers pelviens qui échappent à l'étiologie générale des salpingites ; on les observe sur des malades à fistules rectales, ombilicales, rarement inguinales, succédant à d'anciens accidents graves. Tous ces clapiers, fistules, galeries purulentes autour du rectum, derrière l'ovaire, que l'on appelle du nom vague de cellulite pelvienne et dont on ne peut déterminer l'origine, ne seraient-ils pas en rapport avec des salpingites anciennes? Salpingites dites ainsi par pure abréviation, car ce sont des métro-salpingo-trompo-ovaro-péritonites, comme le prouve la série des lésions successives. Le diagnostic en est d'ailleurs très difficile, surtout lorsqu'il s'agit de déterminer le moment où l'on doit intervenir. M. Trélat cite le cas d'une malade qui présentait il y a un mois des tumeurs manifestes des trompes, lesquelles ont disparu par le traitement de la métrite seule.

— M. *Jalaguier* présente un malade guéri en dix jours d'une amputation du pied par le procédé de Sims.

— Sont nommés pour l'année 1889 : président : M. Le Dentu, vice-président : M. Nicaise, premier secrétaire annuel : M. Pozzi ; second secrétaire : M. Marchand.

SÉANCE DU 2 JANVIER 1889. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Persistance des règles après ablation des ovaires : M. Mascario (M. Monod, rapporteur). — Salpingites : MM. Lucas-Championnière, Le Dentu, Trélat. — Grossesse extra-utérine : M. Lebec.

M. *Monod* rapporte un cas de persistance des règles après ablation des deux ovaires chez une malade opérée par Lawson Tait et observée par M. Mascario (de Nice).

— M. *Lucas-Championnière* n'a pas été convaincu par les arguments que l'on a opposés à sa théorie pathogénique des salpingites par propagation lymphatique; contrairement à M. Terrillon, il a trouvé la partie de la trompe voisine de l'utérus indemne dans presque tous les cas, et contrairement à M. Quénu, il affirme que les lymphatiques du col de l'utérus se rendent du côté de la trompe et forment autour de l'ovaire des réseaux que leur hypertrophie pathologique rend tout à fait évidents. M. Lucas-Championnière ne pense pas qu'il y ait une septicité si grande dans les lésions de la salpingite, et, s'il cautérise le petit moignon de la trompe après l'ablation de celle-ci, il ne fait aucun drainage. Ce sont les phénomènes douloureux qui commandent les indications opératoires. Au sujet de la persistance de la menstruation après exérèse des annexes, M. Lucas-Championnière prétend qu'une très petite portion d'ovaire suffit pour faire subsister les règles et qu'on ne peut jamais affirmer avoir tout enlevé quand l'organe est un tant soit peu malade.

M. *Le Dentu* communique l'observation d'une malade opérée par lui il y a six jours pour une salpingo-ovarite. La patiente souffrait depuis vingt ans; l'intensité des douleurs, leur siège précis du côté des annexes, une certaine rénitence du côté droit, une vive sensibilité du côté gauche où le palper ne révélait d'ailleurs rien, tels furent les éléments du diagnostic. La trompe droite était du volume du pouce, ridée à sa surface, présentant des adhérences multiples avec les parois du petit bassin; à gauche, lésions semblables, mais à un degré moins avancé. Il fut impossible de reconnaître les ovaires qui ne furent point enlevés. La guérison est en bonne voie, malgré les accidents de péritonisme qui survinrent le lendemain de l'opération; il n'y eut jamais d'élévation de la température. Il y a dix-huit mois M. Le Dentu fit une première laparotomie chez une autre femme qui souffrait de crises douloureuses très violentes et enleva l'ovaire et la trompe très adhérents, ratatinés, sclérosés. La longueur de l'opération empêcha d'extraire les organes du côté opposé; un an après, par une nouvelle laparotomie, ceux-ci furent extirpés dans les mêmes conditions. La malade guérit parfaitement.

M. *Trélat*. Il ne faut opérer ni trop tôt, ni trop tard: ni trop tôt, c'est-à-dire des cas curables sans opération, par des moyens médicaux; ni trop tard, comme dans les cas de M. Le Dentu, pour des vieux reliquats de lésions propagées de salpingite; les malades ont souffert de longues années inutilement, et, de plus, on tombe dans des foyers d'adhérences et on laisse une partie de la cause morbide dans le ventre.

M. *Le Dentu*. A quel moment cette organisation des adhérences est-elle assez solide pour qu'on ait à craindre de ne pouvoir faire qu'une opération incomplète? La question n'est pas encore élucidée. Il est probable qu'au bout d'un an, dix-huit mois après le début des accidents, on est autorisé à intervenir.

— M. *Lebec* lit une observation de grossesse extra-utérine; menace de rupture, laparotomie au huitième mois, mort de la mère au bout de deux heures.

— Sont nommés membres correspondants nationaux: MM. Auffret, Charvot, Desfontaines, Dubar, Hache, Nepveu, Ovion, Tripier, et correspondants étrangers: MM. Assaki et Chinne.

P. VILLEMIN.

Société de biologie.

SÉANCE DU 29 DÉCEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Présentation d'ouvrage: M. Brown-Séquard. — Évolution épidermique spéciale: M. Brown-Séquard. — Phénomènes électriques de la contraction cardiaque: M. Waller. — Sur les glandes gastriques: M. Montanet. — De la procréation des sexes: M. Dupuy. — Diffusion des courants électriques dans les tissus: M. Dupuy. — Rapport sur le prix Godard: M. Dastre.

M. *Brown-Séquard* fait hommage à la Société du premier mémoire de la nouvelle série des *Archives de physiologie* qu'il dirige.

— M. *Brown-Séquard* observe depuis fort longtemps sur lui-même une évolution épidermique spéciale qui se développe sur le lit de l'ongle de l'un de ses doigts et qui paraît constituée par un tissu tenant le milieu entre le tissu de l'ongle ou tissu corné et l'épiderme.

— M. *Waller* a observé que la contraction cardiaque commence à la pointe et qu'il se produit une onde de contraction qui s'étend jusqu'à la base. Au moment où cette onde commence, l'état électrique du cœur change, la pointe devient négative et la base positive. En même temps on constate que les membres inférieurs et le membre supérieur gauche deviennent également négatifs. Dans deux cas de transposition du cœur, M. Waller a vu qu'il y avait aussi transposition de ces modifications électriques. C'est sur l'homme que ces observations ont été faites.

— M. *Chauveau* présente une note de M. *Montanet* (de Toulouse) sur la dualité anatomique et fonctionnelle des glandes gastriques. Il résulterait des recherches de M. Montanet qu'il existe bien réellement deux sortes de cellules glandulaires stomacales et qu'il n'y a pas transformation d'une forme cellulaire en une autre, comme on l'a soutenu.

— M. *Dupuy* a observé de nouveaux faits à l'appui de la loi qu'il a posée relativement à la procréation des sexes, à savoir que l'enfant à naître est du même sexe que le premier enfant, s'il a été conçu dans le mois (période menstruelle) correspondant, et du sexe opposé, s'il a été conçu dans un mois impair.

— M. *Dupuy* a constaté dans de nouvelles expériences que, quand on excite électriquement l'écorce du cerveau, les courants diffusent jusqu'à la base par les vaisseaux; il ne croit donc pas devoir abandonner l'opinion qu'il soutient sur la non-existence des centres dits psycho-moteurs.

— M. *Dastre* donne lecture de son rapport sur les mémoires envoyés pour le prix Godard.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CRÉQUY.

Du strophantus et de la strophantine: MM. Buoquoy, C. Paul, Catillon, Blondel.

M. *Bucquoy*, à l'occasion de l'envoi d'un mémoire de M. *Poulet* (de Plancher-les-Mines) sur le traitement de la fièvre typhoïde par le strophantus, fait remarquer qu'il serait intéressant de savoir où cet observateur a pu se procurer pour ses expériences thérapeutiques du strophantus glabre du Gabon, car il n'en existe pas dans le commerce. D'autre part, les doses indiquées (quatre à cinq pilules de 0,05 de poudre de semence) sont plus élevées que celles employées par les autres expérimentateurs : ce sont des doses toxiques, surtout si l'on tient compte de l'activité plus grande du stro-

phantus du Gabon ; et cependant les effets obtenus par M. Poulet ne sont pas plus marqués. Ne serait-ce pas le strophantus Kombé qu'aurait employé M. Poulet, car c'est le seul répandu dans le commerce.

M. le *Secrétaire général* écrira à M. Poulet pour lui demander des renseignements et le prier d'envoyer un échantillon de son strophantus.

M. *Catillon* a reçu, sur sa demande, deux semences du strophantus employé par M. Poulet : il s'agit bien du strophantus glabre du Gabon. La dose prescrite par M. Poulet correspond à 0gr,015 de strophantine, alors que l'on n'administre d'ordinaire qu'un demi-milligramme à 1 milligramme de strophantine. Il fait observer que, dans une communication à l'Académie, à propos d'un mémoire de M. Arnaud, M. Laborde a dit que la strophantine obtenue par M. Catillon n'est qu'un extrait plus ou moins purifié de strophantus. C'est inexact : les échantillons *cristallisés* présentés à la Société sont démonstratifs ; d'ailleurs, le pouvoir toxique indiqué par M. Arnaud chez le lapin (4/10 de milligramme) est bien le même précédemment déterminé par M. Catillon (5/10 de milligramme en chiffre rond ; exactement 4/10 et demi). Avec le strophantus Kombé on n'obtient pas plusieurs sortes de strophantines : il est vrai qu'en se servant du tanin, de l'acétate de plomb et de l'alcool, on recueille par évaporation une strophantine amorphe jaunâtre, toxique à 8/10 de milligramme ; mais, si on la purifie, on obtient la strophantine cristallisée, blanche, toujours identique, toxique à 4 ou 5/10 de milligramme. Avec le strophantus du Gabon on obtient au contraire une autre strophantine, fournissant des réactions différentes, et beaucoup plus active.

M. *Bucquoy* rappelle que M. Laborde a dit que l'état cristallin et les effets physiologiques du produit ne suffisent pas à le caractériser : l'analyse chimique élémentaire est indispensable. M. Catillon ne signale-t-il pas lui-même deux strophantines cristallisées, et cependant différentes ?

M. *Catillon* fait remarquer que ces deux strophantines cristallisées différentes proviennent de deux espèces différentes de strophantus, tandis que la strophantine extraite du Kombé par lui, puis par M. Arnaud, doit présenter toujours les mêmes caractères et les mêmes réactions, puisque c'est un produit défini cristallisé : il ne peut y avoir de doutes sur l'identité des deux produits.

M. *C. Paul* demande si, en dehors de la forme cristalline, la strophantine préparée par M. Catillon et celle de M. Arnaud offrent les mêmes caractères de solubilité, de réactions chimiques, etc.

M. *Catillon*. Il n'y a à cet égard aucune différence.

M. *Blondel* fait savoir que l'on pourra bientôt être fixé, car M. Arnaud a réussi à se procurer environ 300 grammes de semences de strophantus du Gabon et il a commencé ses expériences avec ce produit.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

André PETIT.

Société anatomique.

SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POIRIER.

M. *J. L. Faure* présente des pièces de *tuberculose génito-urinaire*. Le sujet est mort sans avoir les poumons atteints. L'examen minutieux des lésions fait penser que le début a eu lieu par le rein et qu'il y a eu ensuite infection descendante. Mais la néphrite a été longtemps latente, et le sujet se plaignait surtout d'une cystite douloureuse ; il a été fort soulagé par la taille hypogastrique.

— M. *Souques* fait voir des pièces de *laryngo-typhus*. Il y a une nécrose limitée aux deux aryténoïdes, mobilisés tous deux en totalité. Les troubles vocaux ont été très marqués, et la dyspnée à peu près nulle.

— M. *H. Legrand* communique une observation d'*avortement à quatre mois* où le fœtus a été expulsé encore entouré de l'amnios. La caduque est tombée trois jours après.

REVUE DES JOURNAUX

Contribution à l'étude de l'érythème infectieux, par MM. P. SIMON et E. LEGRAIN. — On tend aujourd'hui à admettre, à la suite de Trousseau, Hardy et Besnier, Spilmann, que l'érythème polymorphe n'est pas une simple dermatose, mais une véritable pyrexie infectieuse dont l'exanthème ne représente qu'une des manifestations ; l'affection pouvant, comme la plupart des maladies infectieuses, présenter des localisations viscérales, pulmonaires, cardiaques ou rénales. Les recherches de Molènes-Mahon, Marquet, Haushalter, de Langenhagen ont confirmé cette manière de voir ; et même Haushalter a réussi à isoler, dans deux cas, un microcoque mobile qu'il regarde comme pathogène. MM. P. Simon et E. Legrain ont observé un cas d'érythème marginé, avec albuminurie transitoire, qui leur a permis de trouver, dans le sang recueilli au niveau d'une plaque, deux microbes : un microcoque blanc identique à celui d'Haushalter et un microbe jaune encore indéterminé. Le premier, injecté à des souris, détermine la mort des animaux en cinq à huit jours, par une sorte de septicémie sans lésions locales ; le second ne donne aucun accident aux souris ou aux cobayes. Tout en faisant les réserves qu'impose un fait isolé, les auteurs pensent que leurs expériences servent à confirmer la nature infectieuse de l'érythème polymorphe, et sont portés à croire que, si le microcoque blanc est l'agent pathogène de l'affection, peut-être cependant celle-ci ne reconnaît-elle pas comme origine un parasite unique, mais résulte d'une infection par association microbienne. L'apparition d'érythèmes symptomatiques, au cours de la fièvre typhoïde, du rhumatisme aigu, du choléra de l'impaludisme, etc., autorisent à supposer que cette détermination cutanée peut relever d'infections différentes. (*Ann. de dermat. et de syphilig.*, t. IX, n° 11, 25 novembre 1888.)

Des indications et des contre-indications de la créosote et de l'iodure de potassium dans la phthisie, par M. G. STUECKER. — La créosote, écrit l'auteur, est utile dans la pneumonie caséeuse, et l'iodure de potassium dans les formes fibreuses ou contre les exsudats pleurétiques. Par contre, il condamne ce dernier médicament et recommande les balsamiques avec ou sans addition de créosote dans les cas d'expectoration muqueuse ou mucoso-purulente.

Enfin, dans des cas où il existe de l'emphysème, il préfère l'administration de l'iodure de potassium. Les ulcérations tuberculeuses de l'intestin, la dégénérescence amyloïde et une période avancée de la phthisie, contre-indiquent l'emploi de la créosote. Les hémoptysies, les lésions profondes du larynx, en raison du danger de l'œdème glottique, les ulcérations trachéales, l'insuffisance rénale ou l'iodisme, sont les motifs que M. Stuecker fait valoir pour proscrire l'usage de l'iodure. (*Therap. Monat.*, p. 385, 1888.)

BIBLIOGRAPHIE

Archives de physiologie normale et pathologique. 5e série. t. I, fascicule 1 et 2 avec 2 planches et 58 figures dans le texte. — Paris, G. Masson, 1889.

(Fin. — Voyez le numéro 1.)

II. — Travaux de physiologie pathologique et de pathologie expérimentale.

1° *Champ d'action de l'inhibition en physiologie, en pathogénie et en thérapeutique.* — M. Brown-Séquard définit par de nombreux exemples le champ de l'inhibition, tel qu'on peut actuellement le concevoir; son étude n'est qu'un résumé des plus condensés de cette vaste question ; on pourrait dire qu'elle représente un sommaire des innombrables conditions dans lesquelles se manifeste l'effet inhibitoire d'une irritation, c'est-à-dire la disparition complète ou partielle, temporaire ou permanente, localisée ou générale, d'une propriété de tissu, et secondairement de la fonction qui résulte de la mise en jeu de cette propriété. Un tel travail n'est donc pas réductible et ne se prête en aucune façon à l'analyse : c'est un ensemble de conclusions qu'il faut savoir à l'auteur le plus grand gré d'avoir enfin posées et méthodiquement classées.

2° *Recherches cliniques et expérimentales sur les entre-croisements des conducteurs servant aux mouvements volontaires.* — M. Brown-Séquard tire de l'examen d'un grand nombre de faits cliniques et expérimentaux cette conclusion (qui nous paraît aujourd'hui moins étrange, habitués que nous sommes à compter avec les phénomènes d'inhibition centrale), à savoir que les fibres entre-croisées des pyramides antérieures ne sont pas les seules ou les principales voies de la transmission motrice volontaire et que des décussations motrices (volontaires ou réflexes) existent dans toute la longueur du centre cérébro-rachidien.

3° *De la greffe osseuse chez l'homme.* — M. Ollier, poursuivant les études auxquelles il s'est adonné depuis tant d'années, élucide dans un nouveau travail la question de la survie des greffes osseuses. Il montre que la conservation du périoste autour du transplant osseux est l'une des premières conditions du succès de la greffe, et que les portions osseuses sans périoste disparaissent par résorption progressive; les éléments médullaires intra-osseux sont insuffisants pour assurer la persistance du transplant.

4° *De l'influence de la température interne sur les convulsions.* — MM. Langlois et Ch. Richet établissent l'influence de la température organique sur la marche des accidents produits par les substances convulsivantes, ou, pour mieux dire, sur l'activité des combinaisons chimiques qui se produisent à la suite de l'absorption des poisons et se manifestent par les réactions anormales, convulsives ou autres : ils concluent que plus la température est élevée, plus la dose de poison qui détermine les convulsions est faible.

5° *Empoisonnement par l'acide chlorhydrique* (Notes anatomo-pathologiques et expérimentales). — MM. M. Letulle et H. Vaquez ont poursuivi l'analyse expérimentale et l'étude histologique de l'empoisonnement par l'acide chlorhydrique : ils montrent que les lésions de l'estomac consistent dans une gastrite suraiguë avec prolifération embryonnaire et nécrobioses cellulaires étendues ; ils établissent, sur les faits cliniques et expérimentaux, la fréquence et le danger de la pénétration du liquide caustique dans les voies aériennes; ils concluent enfin, au point de vue pratique, à l'importance du lavage de l'estomac avec des solutions appropriées.

6° *Nouvelles recherches sur un cas d'ectopie cardiaque (ectocardie) pour servir à l'étude du pouls jugulaire et d'une variété du bruit de galop.* — M. François-Franck a tiré du nouvel examen pratiqué par lui sur une malade atteinte d'ectopie (ectocardie) congénitale du cœur, des conclusions précises relatives au bruit de galop le moins connu (le bruit méso-diastolique) et au mode de production de l'affaissement brusque des veines du cou au moment de la systole ventriculaire; la même étude l'a conduit aussi à la critique des conditions productrices du bruit de souffle dit anémique et à la détermination des rapports qui existent entre les changements de volume et les pulsations du cœur.

7° *De la quantité d'oxyhémoglobine et de l'activité de la réduction de cette substance chez les diabétiques.* — M. Hénocque, appliquant à l'étude de l'oxyhémoglobine chez les diabétiques ses procédés d'hématospectroscopie, montre par de nombreuses observations que, si la glycosurie avait une action notable sur la quantité d'oxyhémoglobine, elle tendrait plutôt à l'augmenter; il ne se prononce pas sur la question de l'activité de la réduction qu'il a trouvée exagérée dans le plus grand nombre des cas, mais sujette aussi à variations.

8° *Nouvelles recherches sur l'injection de l'eau salée dans les vaisseaux.* — MM. Dastre et P. Loye ont obtenu des résultats précis et d'une grande portée physiologique (peut-être aussi thérapeutique) dans leurs recherches sur l'injection d'eau salée dans le sang. Ils ont montré, par exemple, qu'en réalisant des conditions expérimentales très simples, on peut faire subir à l'animal un véritable lavage du sang et des tissus. Le liquide en excès étant rejeté à mesure par les reins, les glandes salivaires, l'intestin, le poumon, s'emmagasine d'une façon temporaire dans les tissus qui le restituent ensuite aux vaisseaux : l'animal, nullement incommodé par cette introduction de quantités souvent considérables d'eau salée dans les veines, se comporte comme un trop-plein et met en jeu des mécanismes régulateurs de la quantité d'eau tolérable. Il y a là une base scientifique au traitement par lavage de maladies dans lesquelles des produits toxiques solubles s'accumuleraient dans les tissus.

9° *Action des injections intraveineuses d'urine sur la calorification.* — M. Ch. Bouchard, dans un travail qu'il y a grand intérêt à rapprocher du précédent, établit, au moyen d'une dissociation expérimentale rigoureuse, que les injections intraveineuses d'urine normale produisent la mort en amenant presque toujours une diminution de la calorification, contrairement à ce qui s'observe avec les injections d'eau pure. L'action hypothermisante de l'urine ne résulte ni de l'action de substances minérales, ni de celle de l'urée, mais bien de l'effet d'une substance qui se fixe en partie sur le charbon à la façon des matières colorantes et des alcaloïdes, et qui s'altère ou disparaît par l'ébullition prolongée au contact de l'air.

François-Franck.

VARIÉTÉS

Société de protection des victimes du devoir professionnel. — Sous ce nom et grâce à l'initiative de M. le docteur Cézilly, directeur du *Concours médical*, vient de se fonder à Paris une Société dont le but est de venir en aide moralement et parfois matériellement aux familles des médecins et de ceux qui, à la suite d'un acte exceptionnel de dévouement accompli dans l'exercice de la médecine, sont morts ou sont devenus incapables de continuer à exercer leur profession.

Cette Société, qui a son siège à Paris, 23, rue de Dunkerque, fait appel au concours de tous les médecins.

Le premier comité de patronage est composé comme suit :

Président : M. Th. Roussel, sénateur; *vice-présidents :* MM. Franck-Chauveau, sénateur, et H. Monod, directeur de la Santé et de l'Assistance publiques; *secrétaire :* M. le docteur Cézilly; *membres :* MM. Brouardel, L. Colin, Dujardin-Beaumetz, Cuvinot, Farcy, Gibert (du Havre), Grancher, Hyades, Laborde, Lereboullet, Magnier, Maurat, Nicolas, Nocard, J. Steeg, Treille, U. Trélat.

Elle vient de recevoir un don de 2000 francs du ministère de l'Intérieur et un don de 500 francs du ministère du Commerce.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES DE TURIN. *Programme du septième prix Bressa.* — L'Académie royale des sciences de Turin, se conformant aux dispositions testamentaires du docteur César-Alexandre Bressa, et au programme relatif publié le 7 décembre 1876, annonce qu'au 31 décembre 1888 s'est clos le Concours pour les découvertes et les ouvrages scientifiques qui se sont faits dans le quadriennium 1885-88, concours auquel devaient seuls prendre part les savants et les inventeurs italiens.

En même temps cette Académie rappelle qu'à partir du 1er janvier 1887, il est ouvert un concours auquel, suivant la volonté du testateur, seront admis les savants et les inventeurs de toutes les nations.

Ce concours aura pour but de récompenser le savant ou l'inventeur, à quelque nation qu'il appartienne, lequel durant la période quadriennale de 1887-90, « au jugement de l'Académie des sciences de Turin, aura fait la découverte la plus éclatante et la plus utile, ou qui aura produit l'ouvrage le plus célèbre en fait de sciences physiques et expérimentales, histoire naturelle, mathématiques pures et appliquées, chimie, physiologie et pathologie, sans exclure la géologie, l'histoire, la géographie et la statistique ».

Ce concours sera clos le 31 décembre 1890. La somme destinée à ce prix sera de 12000 francs (douze mille francs). Aucun des membres nationaux résidants ou non résidants de l'Académie des sciences de Turin ne pourra concourir à ce prix.

SOUSCRIPTION DUCHENNE (DE BOULOGNE). — Les admirateurs, les élèves et les amis de Duchenne (de Boulogne) ont l'intention de perpétuer la mémoire d'un des grands promoteurs de la neuropathologie moderne en lui élevant un monument dans l'enceinte de la Salpêtrière. Ils font appel au concours de tous les médecins qui savent apprécier l'importance des services rendus à la science par notre illustre compatriote.

Pour réaliser ce projet, un comité a été constitué. Il se compose de : MM. Charcot, président; Joffroy, vice-président; Straus, Pitres, Teissier, Lereboullet, Magnan, Hamy, Gombault, trésorier.

Les souscriptions devront être adressées à M. le docteur Gombault, trésorier, 41, rue de Vaugirard, ou à l'un des membres du comité.

Première liste.

MM. Charcot	300 fr.	»
Joffroy	100	»
Damaschino	100	»
Straus	50	»
Pitres	50	»
Grancher	50	»
Chrysaphy	50	»
Falret	50	»
Teissier fils	40	»
A. Gombault	25	»
Debove	25	»
Gilbert	25	»
Ballet	25	»
Magnan	20	»
Lereboullet	20	»
Bourneville	20	»
Brouardel	20	»
Bonnet	20	»
Troisier	20	»
Richardière	20	»
Ed. Meyer	20	»
Hénocque	10	»
Quinquaud	20	»
Magitot	10	»
Total	1090	»

(*A suivre.*)

ECOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — Un concours s'ouvrira, le 3 juillet 1889, à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

NÉCROLOGIE. — M. le docteur Estorc, ancien interne des hôpitaux de Montpellier, chirurgien en chef des hospices de Bédarrieux, vient de mourir à l'âge de trente-trois ans.

— M. le docteur Pierre-Edme-Eugène Verjon, médecin inspecteur honoraire des eaux de Plombières, vient de succomber à l'âge de cinquante-huit ans aux suites de la cruelle maladie qui depuis plusieurs années l'avait obligé à cesser l'exercice de la médecine.

MORTALITÉ A PARIS (52e semaine, du 23 au 29 décembre 1888. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 21. — Variole, 6. — Rougeole, 42. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 2. — Diphthérie, croup, 42. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 181. — Autres tuberculoses, 21. — Tumeurs : cancéreuses, 41 ; autres, 6. — Méningite, 32. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 56. — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 11. — Maladies organiques du cœur, 65. — Bronchite aiguë, 42. — Bronchique chronique, 47. — Broncho-pneumonie, 27. — Pneumonie, 67. — Gastro-entérite : sein, 8; biberon, 33. — Autres diarrhées, 2. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 20. — Sénilité, 28. — Suicides, 11. — Autres morts violentes, 13. — Autres causes de mort, 179. — Causes inconnues, 12. — Total : 1033.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

L'AGENDA MÉDICAL pour 1889, publié chez MM. Asselin et Houzeau éditeurs, a été entièrement refondu et comprend :

1° *Mémorial thérapeutique du médecin praticien*, par M. le docteur Constantin Paul, professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Lariboisière, membre de l'Académie de médecine ;

2° *Mémorial obstétrical*, par M. le professeur Pajot ;

3° *Formulaire magistral*, par M. Delpech, pharmacien de 1re classe, membre des Sociétés de pharmacie et de thérapeutique ;

4° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger*, par M. le docteur de Valcourt.

Plus un Calendrier à deux jours par page, la liste des médecins, dentistes, pharmaciens et vétérinaires du département de la Seine; les médecins des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins inspecteurs des eaux minérales; maisons de santé de Paris et des environs; la liste des divers journaux scientifiques; *les Facultés et Ecoles préparatoires de médecine de France; les Ecoles de médecine militaire et navale*, avec le nom de MM. les professeurs; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales; le tableau des rues de Paris, etc., format in-18 de 590 pages, dont 190 de calendrier et 400 de renseignements utiles.

Prix variant entre 1 fr. 75 et 9 francs.

Recherches cliniques sur la paralysie générale chez l'homme, par M. le docteur F. Arnaud. 1 vol. grand in-8° de 80 pages. Paris, O. Doin. 2 fr.

L'instinct sexuel chez l'homme et chez les animaux, par M. Tillier, précédé d'une préface par M. J.-L. de Lanessan (*Bibliothèque des actualités médicales et scientifiques*). 1 vol. in-12 de 300 pages. Paris, O. Doin. 3 fr. 50

Le crachat dans ses rapports avec le diagnostic, le pronostic et le traitement des maladies de la gorge et des poumons, par M. le docteur G. Hunter-Mackenzie, traduit de l'anglais et annoté par M. le docteur Léon Petit, avec une préface de M. le professeur Grancher. 1 vol. in-8° avec 24 pages chromolithographiques. Paris, O. Doin. 5 fr.

Le sinus uro-génital (son développement, ses anomalies), par M. le docteur Issaurat. Une brochure in-8° de 100 pages. Paris, O. Doin. 2 fr. 50

La génération, étudiée sur les végétaux, les oiseaux et les animaux pour la connaître chez la femme, par M. le docteur Rozard de Wouves. 1 vol. in-12 de 150 pages. Paris, O. Doin. 3 fr.

Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire, par M. Antonio Espina y Capo. Une brochure in-8° de 40 pages. Paris, O. Doin. 1 fr. 50

Recherches expérimentales sur la durée des actes psychiques les plus simples et sur la vitesse des courants nerveux à l'état normal et à l'état pathologique, par M. le docteur A. Rémond (de Metz). 1 vol. in-8° de 140 pages. Paris, O. Doin. 3 fr

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

17797. — MOTTEROZ. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE D[r] L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 16 janvier 1888.

Académie de médecine : **Le strophantus.** — *Académie des sciences :* **Diabète expérimental.** — *Société médicale des hôpitaux :* **Les pleurésies méta-pneumoniques.** — *Société de chirurgie :* **Éloge de Giraud-Teulon.** — *Comité consultatif d'hygiène :* **Installation au ministère de l'Intérieur.**

La discussion sur les indications thérapeutiques et l'action physiologique du strophantus se continue devant l'Académie. Nous avons entendu hier M. Dujardin-Beaumetz qui regarde le strophantus comme un médicament cardiaque inoffensif même dans les cas de néphrite et M. G. Sée qui pense, comme Lemoine, que c'est un médicament rénal n'agissant que comme diurétique et qui peut être dangereux en raison de l'irritation qu'il produit sur l'épithélium rénal. La communication de M. G. Sée n'étant pas terminée, nous attendrons une prochaine séance pour pouvoir résumer toute cette discussion et en tirer quelques conclusions pratiques.

Nous ne ferons aussi que mentionner le travail lu par M. G. Sée devant l'Académie des sciences. Nous en résumerons les parties principales quand nous en aurons sous les yeux le texte officiel.

Enfin nous devons signaler à nos lecteurs tout l'intérêt que présentent les deux communications, faites dans sa dernière séance à la *Société médicale des hôpitaux*, par MM. Troisier et Netter. La question des pleurésies méta-pneumoniques sera prochainement traitée dans une Revue générale. Nous nous bornerons donc à faire ressortir, au point de vue exclusivement pratique, ce qu'il importe de retenir des faits analysés par M. Netter et de ceux qu'il a étudiés lui-même avec tant de soin.

Les pneumonies les plus simples, comme les plus graves, peuvent être suivies de pleurésies. Souvent même la pleurésie et la pneumonie évoluent presque simultanément, et, si l'on ne constate qu'au moment de la défervescence et pendant la période de résolution de la pneumonie, l'existence d'une pleurite sèche ou d'un épanchement modéré, c'est parce que les symptômes bruyants et relativement prédominants de la maladie principale ont masqué ceux de l'affection secondaire qui, due à une cause identique, venait la compliquer. Ainsi que l'a bien fait remarquer M. Rendu, ces pleurésies simples diffèrent cliniquement des pleurésies purulentes que M. Netter a étudiées au point de vue microbiologique. Celles-ci sont dues, comme les premières sans doute, au passage dans la plèvre et à l'irritation qu'ils y provoquent des microbes spécifiques de la pneumonie, des *pneumocoques*. Mais, et c'est là une conclusion que nous tenions à faire connaître immédiatement, la présence de ces microbes dans le liquide évacué n'aggrave point le pronostic. Tout au contraire ce microbe, qui mérite si bien son nom, puisque sa vie est courte dans le corps humain comme dans les tubes à culture, ne produit pas de lésions profondes. Par conséquent, une ou plusieurs ponctions simples pourront arriver à guérir la pleurésie méta-pneumonique simple et, dès lors qu'elle soit séreuse ou purulente elle restera bénigne. Si, au contraire, le liquide renferme d'autres microbes pyogènes, le pronostic sera infiniment plus sévère. Il conviendra de pratiquer immédiatement la thoracotomie et les lavages antiseptiques de la plèvre et, au point de vue étiologique, la maladie sera autre que la pleurésie méta-pneumonique simple.

— A la *Société de chirurgie* M. Chauvel, qui continue à remplir avec tant de zèle et de distinction les fonctions de secrétaire-général, a fait applaudir par tous ses collègues un éloquent éloge de Giraud-Teulon, que le défaut d'espace nous empêche de reproduire.

— En installant le Comité consultatif d'hygiène publique de France au ministère de l'Intérieur, auprès duquel il est désormais placé, M. Léon Bourgeois, sous-secrétaire d'Etat, a prononcé un remarquable discours sur l'organisation du service de la santé publique et sur les avantages qu'on en doit attendre pour la diminution de la mortalité. C'est la première fois, croyons-nous, que le gouvernement se prononce en France, avec une si grande netteté et une telle conviction, en faveur des efforts tentés par les hygiénistes et le corps médical contre les maladies transmissibles. En y associant ainsi l'administration, en montrant l'assistance commune que la science et elle doivent se prêter, M. Léon Bourgeois a fait un acte gouvernemental dont il importe de conserver la date et dont nous pouvons, à l'exemple d'autres nations, espérer les plus heureux résultats.

NEUROPATHOLOGIE

Les migraines.

(Suite. — Voy. le numéro 2.)

ÉTIOLOGIE. — La migraine accompagnée n'est pas une affection rare. Galezowski en a observé soixante-dix-neuf cas en quelques années. Liveing a pu sans grand'peine en réunir soixante-sept cas. En deux ans, nous avons pu, en ville, trouver dix cas très accusés et cinq ou six autres moins intéressants.

Les *femmes* sont plus souvent atteintes que les hommes (Liveing, Ramberg, Labarraque, Calmeil, Galezowski). Chez elles, au dire de Galezowski, on trouve souvent, et cela n'a rien d'étonnant, l'amblyopie hystérique. La migraine ophthalmique simple ou accompagnée paraît plus fréquente chez l'homme.

C'est entre trente et soixante ans que la maladie est la plus fréquente; mais il est nécessaire de savoir que l'affection, sous forme de migraine simple, commence de très bonne heure. Un malade que je vis, il y a quelques jours, me dit : qu'il a eu la migraine *depuis qu'il a le souvenir*. Cette migraine simple a disparu aujourd'hui et est remplacée par des accès de *migraine accompagnée*, exclusivement constituée par des vertiges et des engourdissements d'un pied.

Tissot assigne pour le début de la migraine en général huit ou dix ans chez les héréditaires; trente à quarante chez ceux qui sont moins prédisposés.

La migraine accompagnée est assez rare chez le vieillard (Romberg, Liveing). Parfois la *cessation* brusque de migraines habituelles indique l'apparition d'une dégénération (vasculaire) du cerveau, et précède les apoplexies et les paralysies.

La position sociale a son importance. Les professions libérales sont celles où la migraine se rencontre le plus communément. L'*influence de l'hérédité* longtemps contestée est admise aujourd'hui par la généralité des médecins. La migraine est héréditaire. Dans sa thèse, faite sous l'inspiration du professeur Bouchard, Soula donne de nombreuses observations (64) dans lesquelles on trouve notés les antécédents héréditaires ; quatorze fois la migraine existait chez les ascendants.

Quand on discute une question d'influence héréditaire, ce n'est pas seulement l'hérédité de ressemblance qu'il faut chercher, mais bien tous les membres épars de la famille neuropathologique. Nous en avons à peu près fini avec les migraines stomacales, utérines, hémorrhoïdales, etc. Nous ne supposons plus avec Lasègue et Hirtz que c'est dans l'étude du malade, *lui-même*, bien plus que dans celle de sa maladie, que nous trouvons des données sérieuses. Nous ne dirons pas que c'est au sein de l'économie de chaque individu en particulier que semble résider la cause première, autrement dit la *prédisposition à la migraine*.

Nous admettons les points de contact fréquents de la goutte et de la migraine, avec Scudamore, Travers, Mollendorf, Lynch, Holland, enfin Trousseau pour qui la migraine représente la *monnaie des attaques de goutte régulière*.

Depuis, Charcot, Féré, Galezowski et plusieurs auteurs de mémoires ou de thèses, ont montré les liens qui unissent la migraine ophthalmique à la goutte. Gauté dit avoir relevé dans les *cahiers* de Galezowski quatorze cas de migraine ophthalmique chez les goutteux.

M. Rendu, dans l'article GOUTTE du *Dictionnaire encyclopédique*, admet parfaitement la parenté de la migraine et surtout de la migraine ophthalmique avec la goutte.

Le *rhumatisme* affecte les mêmes rapports que la goutte. La migraine précède, accompagne ou suit le rhumatisme, le plus souvent elle précède les attaques articulaires. Bien des rhumatisants (Chaumier, Grasset) ont été migraineux dans leur enfance.

Plus grande est encore l'influence du rhumatisme chronique (Charcot). Sur trente vieilles femmes atteintes de rhumatisme noueux, douze ont eu de la migraine; le plus souvent entre les accès réguliers du rhumatisme on rencontre la même chose dans les nodosités d'Heberden; on observe une association également intéressante de la migraine avec le rhumatisme musculaire, l'obésité, le diabète, l'arthrite déformante (Bouchard), l'eczéma, la sciatique, l'*arthritisme en un mot*.

Lancereaux a noté cinq fois la migraine chez douze sujets atteints de la rétraction de l'aponévrose palmaire. L'asthme, l'angine de poitrine remplacent souvent la migraine; Trousseau, Liveing, Chaumier, Bouchard, Gueneau de Mussy, admettent les rapports étroits de ces deux affections avec la migraine.

En un mot, on peut dire avec Landouzy et Huchard que l'angine de poitrine et la migraine sont reliées ensemble par la même cause générale qui est l'arthritisme.

C'est la même chose pour les hémorrhoïdes et les varices, les épistaxis, la gravelle, la lithiase biliaire, les affections cutanées, telles que l'eczéma, l'impetigo, l'acné, le furoncle, le pityriasis, etc.

Certaines maladies nerveuses affectent avec la migraine une telle ressemblance que nous nous réservons de préciser ces rapports au chapitre ayant trait aux transformations des migraines.

La vraie cause des accès de migraine accompagnée se trouve évidemment dans l'hérédité, mais il ne faut pas non plus négliger les causes accessoires. Règle générale (Liveing), plus le sujet est prédisposé, moins la cause accessoire a d'importance.

Les désordres gastriques, la période cataméniale, la grossesse, ont surtout de l'importance sur la production de la migraine simple.

Piorry dit cependant que la migraine ophthalmique dont il était atteint se produisait ou quand son estomac était plein ou quand il était vide.

Nous ne pouvons laisser passer sans la signaler la ressemblance qu'il y a entre la migraine causée par le vide stomacal et l'état de malaise si pénible que signalent les neurasthéniques quand ils souffrent de leurs fringales.

Le *sommeil* et la *veille* peuvent provoquer la migraine. Le matin au lever, des malades sont pris de leur douleur. Un malade que j'ai connu eut pendant quelque temps des accès de migraine accompagnée chaque fois qu'il fit la sieste dans le tantôt. Le trouble oculaire se produisait aussitôt les yeux ouverts.

Le passage du sommeil à la veille et de la veille au sommeil, dit Marshall-Hall, est particulièrement apte à produire les troubles nerveux; il cite la laryngite striduleuse et l'épilepsie comme manifestations capables de se produire soit en dormant, soit en se réveillant.

Les impressions sensorielles nous paraissent avoir une

grosse influence. C'est toujours ou presque toujours à la suite de la fatigue oculaire que les malades dont j'ai présenté les observations à la Société clinique, en novembre 1888, ont été pris de leur migraine: lectures longtemps prolongées de caractères fins, dans un mauvais jour; lecture dans une voiture qui secoue ou sur un omnibus; lecture en mangeant; miroitement des eaux; réverbération sur une route très blanche; travaux minutieux; fonctionnement inégal des deux yeux (travaux d'histologie); port de verres trop forts, etc. Piorry considère sa migraine ophthalmique comme causée sympathiquement par l'irritation du nerf optique après avoir longtemps observé de petits objets avec un éclairage défectueux. Telles sont les causes rencontrées le plus souvent à l'origine de l'affection spéciale que nous étudions.

Les influences météorologiques invoquées si souvent par les médecins anglais nous ont paru avoir peu d'importance.

Description. — Le mode de début est loin d'être toujours le même. Dans la moitié des cas peut-être les malades étaient depuis fort longtemps des migraineux vulgaires chez qui les symptômes: aphasie, auras sensitive, parésie, etc., sont venus s'ajouter ou se substituer aux symptômes fondamentaux de la migraine simple. Souvent aussi la migraine complexe que nous étudions éclate tout d'un coup avec ses phénomènes propres. Rarement les phénomènes oculaires font défaut. Ce sont eux, si légers qu'ils soient, qui donnent la caractéristique de l'affection. Il faut savoir, cependant, qu'ils peuvent faire défaut. Un de nos malades, après plusieurs mois d'un grand surmenage intellectuel, rentra chez lui comme ébloui et ne pouvant plus dire autre chose que le mot *Bradamante*. Les phénomènes oculaires avaient été très peu marqués, cela nous suffit cependant pour porter le diagnostic de migraine ophthalmique accompagnée d'aphasie; l'événement prouva que nous avions eu raison. Au bout d'une heure et demie la parole revint et tout rentra dans l'ordre; mais cinq mois après, en rentrant d'une promenade au grand soleil, belle hémiopie latérale de l'œil droit avec légers phénomènes d'accompagnement. C'était donc bien la migraine ophthalmique *dissociée* à laquelle nous avions eu affaire.

Ces troubles oculaires affectent très souvent une préférence marquée pour tel ou tel symptôme d'accompagnement, mais on doit se rappeler que cela n'a rien de fixe et que toutes les combinaisons sont possibles. Quoi qu'il en soit, laissons de côté la migraine simple, connue de tout le monde. Nous arrivons à la description de la migraine ophthalmique simple dont nous allons énumérer les caractères les plus constants, n'ayant pas à en faire ici une description détaillée; ensuite nous étudierons avec plus de précision les symptômes qui accompagnent souvent ce syndrôme capital : migraine ophthalmique.

Le plus souvent, à la suite de la fatigue oculaire que nous avons signalée, le malade est pris d'une sorte d'éblouissement dans un seul œil ou dans les deux yeux. Des points obscurs apparaissent dans le champ visuel et causent autant de lacunes; souvent ces lacunes sont disposées irrégulièrement, souvent aussi elles obéissent à des lois déterminées et occupent la moitié du champ visuel en haut ou en bas ou sur les côtés (*hémiopie*); dans d'autres circonstances elles envahissent le même champ visuel de la périphérie au centre (*rétrécissement concentrique passager du champ visuel ;* analogie avec ce qui se passe chez certains épileptiques *au moment de la crise*). Quelquefois la lacune débute au centre du champ et gagne la périphérie.

Dans ces deux derniers cas le phénomène peut avoir assez d'intensité pour aller jusqu'à la cécité complète.

Dans la majorité des cas, il semble qu'un brouillard épais s'étend sur les objets; ce brouillard est gris et immobile.

Quand les lacunes sont disposées irrégulièrement, le malade dit communément que le livre qu'il lit est plein de « blancs » et que la lecture est impossible de ce fait. Quand le trouble oculaire est localisé et prend la forme *hémiopie*, le malade ne voit que la moitié des objets placés devant lui, les mots sont coupés en deux, une moitié est invisible pour lui, il faut déplacer constamment le livre de droite à gauche ou de gauche à droite. Si l'hémiopie occupe la moitié supérieure du champ visuel, le malade ne voit que les jambes d'un homme qui vient à lui. Si c'est, au contraire, la moitié inférieure, on voit l'homme situé en face de vous coupé à mi-hauteur. S'il s'agit du *rétrécissement passager du champ visuel*, le patient voit le cercle de brouillard gagner petit à petit le centre du champ. Lit-il, il ne voit que le mot qu'il fixe; les mots qui précèdent ou ceux qui suivent disparaissent; bientôt les lettres elles-mêmes ne sont vues qu'une à une.

Un malade, dont nous avons rapporté l'observation, regardait une horloge et ne voyait qu'elle. Ensuite, il ne voyait plus le cadre, puis les chiffres marqués autour du cadran.

Bientôt le point d'attache seul des aiguilles demeurait visible, et, si le malade s'efforçait de fixer quand même, il ne voyait plus rien et était pris de vomissements.

Le *scotome scintillant*, dont nous ne voulons pas refaire ici la description complète, débute fréquemment pendant la lecture (Forster), à gauche ou à droite du point de fixation. A cet endroit plusieurs lettres manquent. La lettre fixée, ainsi que tout le reste de la ligne, sont distincts; mais bientôt la partie obscurcie progresse en prenant une forme semi-lunaire, à bord concave peu distinct tourné du côté du point de fixation. Sur le fond noir se dessine bientôt une bande lumineuse d'épaisseur variable; à cette bande qui très souvent est jaune éclatant, se joignent d'autres bandes parallèles multicolores qui s'agitent et ondulent, dessinant bientôt des angles rentrants et saillants représentant assez bien le plan de fortifications à la Vauban. Le phénomène dure plus ou moins longtemps. Le lacet qui constitue le scotome s'ouvre à la manière d'un croissant aux cornes effilées, il se transporte petit à petit vers les limites les plus reculées du champ visuel et finit par disparaître. Si le plan et l'aspect général de ce scotome sont toujours les mêmes, les variétés et les différences individuelles sont innombrables. Un malade voit une bande noire (scotome vaporeux noir de Galezowski) qui s'agite; l'autre ne voit que des bandes lumineuses rompues de distance en distance; l'autre ne voit qu'un filet d'or ondulant sur un fond noir.

Liveing, Parry, Airy, ont démontré que le trouble de la vue débute par un cercle sombre qui grandit et prend la forme d'une enceinte fortifiée à angles irisés, rappelant les couleurs variées du spectre solaire.

La forme la plus fréquente du scintillement est celle de zigzags, d'éclairs apparaissant dans le champ visuel inférieur et externe, s'étendant ensuite à toute l'étendue du champ visuel. Dianoux a décrit un scotome dessinant des arches lumineuses qui se superposent et produisent un véritable incendie de tout le champ de la vue.

D'autres fois, et ceci est le cas le plus fréquent, le malade

voit apparaître un globe de feu ou une roue blanche, rouge, phosphorescente, animée de mouvements de rotation et de vibration. La roue s'élargit, s'obscurcit à son centre, s'ouvre du côté du point de fixation avec les angles rentrants et saillants des plans de fortification.

Le scotome est toujours mieux perçu dans une demi-obscurité qu'au grand jour, et même que dans l'obscurité complète.

Les variétés du scotome sont, avons-nous dit, innombrables; M. Charcot a vu un malade chez qui il affectait la forme d'une tête d'homme. Quel que soit, du reste, l'aspect que revêt le symptôme, tous les efforts faits pour lutter contre lui ne font que l'augmenter et peuvent amener la cécité plus ou moins rapidement.

Donc, hémiopie périodique, amblyopie, rétrécissement concentrique passager du champ visuel, scotome scintillant, le tout suivi ou non suivi d'amaurose passagère, tels sont les symptômes oculaires sur lesquels s'est fondé le grand syndrome migraine ophthalmique.

Ces phénomènes visuels durent de quelques secondes à une demi-heure ou une heure ; ils précèdent de très peu la douleur céphalique.

La *douleur*, dit Sarda, siège le plus souvent à la région frontale, parfois à la tempe ou à la région pariétale; elle est surtout orbitaire ou péri-orbitaire. On l'a observée sur la région sourcilière, à l'occiput, dans l'oreille; rarement elle occupe un des côtés du nez et de la pommette. Le globe de l'œil est douloureux, il paraît enfoncé dans l'orbite ou bien poussé au dehors. On peut comparer la douleur éprouvée à celle du glaucome aigu (Dianoux). Cette douleur s'irradie parfois assez loin, et constitue une véritable hémicrânie.

La pression sur une large surface (Latham) soulage parfois les accès. Au plus fort des accès viennent parfois des nausées et des vomissements qui terminent la série.

P. Berbez.

(*A suivre.*)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

La diphthérie maladie parasitaire. Pathogénie de la paralysie diphthéritique.

A l'école française revient l'honneur d'avoir, il y a soixante ans déjà, établi par la clinique la spécificité de la diphthérie. C'est dans le but de prouver d'une façon rigoureuse la réalité de la doctrine de Bretonneau et de Trousseau, que divers savants se sont attachés en ces dernières années à la recherche de l'agent pathogène de cette maladie. Talamon avait déjà en 1881 tenté sa découverte, lorsque Klebs en 1883, et surtout Lœffler en 1884, démontrèrent dans la profondeur des fausses membranes diphthéritiques la présence constante d'un bacille à caractères particuliers. Ce bacille inoculé par Lœffler sur les muqueuses des pigeons, des poules, des lapins ou des cobayes donnait bien des fausses membranes au point d'inoculation, mais la fausse membrane est une lésion si facile à déterminer chez ces animaux qu'elle ne pouvait suffire à établir la spécificité du microbe de Klebs, mise en doute par différents auteurs.

Hier encore cette question de l'étiologie de la diphthérie, quoique préparée par les recherches de Klebs et de Lœffler, était pleine d'obscurité et d'incertitude. Elle est aujourd'hui résolue par les travaux poursuivis depuis trois ans au Laboratoire de M. Pasteur par MM. Roux et Yersin travaux dont les résultats viennent d'être publiés dans le dernier numéro des *Annales de l'Institut Pasteur*.

MM. Roux et Yersin n'ont pas seulement étudié en détails les caractères morphologiques et biologiques du microbe de la diphthérie, ils ont encore montré toutes ses qualités pathogènes et les premiers ont su reproduire expérimentalement une des manifestations les plus caractéristiques de la diphthérie : la paralysie.

I

Dans les quinze cas de diphthérie dont ils ont examiné les fausses membranes, MM. Roux et Yersin ont constamment retrouvé le bacille de Klebs et de Lœffler. Ce microbe immobile est un peu plus épais que celui de la tuberculose dont il a la longueur. Il se développe à l'abri de l'air ou à son contact, il croît à la température ordinaire et conserve longtemps sa vitalité dans les milieux nutritifs. Il se colore facilement par le bleu de méthylène ; quand la culture est âgée, le bâtonnet devenu renflé, arrondi ou en poire ne se colore plus uniformément.

Les inoculations faites chez le lapin, le cobaye et le pigeon déterminent des lésions et des symptômes différents suivant la porte d'entrée : muqueuses, tissu cellulaire sous-cutané, système veineux.

Sur les muqueuses, excoriées au préalable et principalement sur celle de la trachée, le dépôt de quelques gouttes de culture suffit à déterminer l'apparition de fausses membranes fibrineuses. L'affection ainsi produite par MM. Roux et Yersin rappelle le croup chez l'homme : « La difficulté que l'animal éprouve à respirer, le bruit que fait l'air en passant par la trachée obstruée, l'aspect de la trachée congestionnée et tapissée de fausses membranes, le gonflement œdémateux des tissus et des ganglions du cou, rendent cette ressemblance absolument frappante. »

L'injection sous la peau occasionne d'une part une lésion locale, et de l'autre des troubles généraux amenant une issue fatale lorsque la dose inoculée est suffisante. La lésion locale chez le lapin ou le cobaye consiste en un œdème gélatineux et un enduit grisâtre, avec tuméfaction des ganglions correspondants.

Les organes internes ne présentent d'autre lésion apparente qu'une congestion plus ou moins intense avec dilatation vasculaire. Les vaisseaux sont remplis par un sang noir et mal coagulé. Le foie seulement, chez le lapin, est le siège d'une dégénérescence graisseuse.

Les injections intra-veineuses ont donné, entre les mains de MM. Roux et Yersin, des résultats contraires à ceux obtenus par Klebs. Chez les lapins, ils ont déterminé la mort, en moins de soixante heures, par l'introduction de 1 centimètre cube de culture. Les animaux mouraient comme dans certaines septicémies, sans lésions spécifiques, avec congestion générale des organes abdominaux, gonflement des ganglions, néphrite aiguë, très souvent dégénérescence graisseuse du foie.

L'inoculation du bacille de la diphthérie dans le péritoine tue les cobayes moins rapidement que l'inoculation sous-cutanée.

Le succès des inoculations varie avec les qualités de la culture mise en usage. La virulence du bacille de la diphthérie ne paraît cependant pas aussi fragile que l'ont prétendu quelques auteurs. Si les cultures longtemps con-

servées diminuent de virulence, elles reprennent toute leur activité lorsqu'on les rajeunit. Enfin le bacille provenant d'une diphthérie humaine très infectieuse ne paraît pas plus virulent que celui retiré d'une diphthérie humaine bénigne.

« Un des points les plus intéressants dans l'histoire de la diphthérie, disent MM. Roux et Yersin, est le suivant : à savoir que l'on ne trouve l'organisme pathogène que dans les fausses membranes et qu'il est absent des organes et du sang des personnes qui ont succombé à cette maladie. Il en est de même chez les animaux qui meurent à la suite d'une infection expérimentale. » Le bacille de la diphthérie ne pullule, en effet, qu'au point d'inoculation. Il ne passe dans le sang que très accidentellement. Des expériences minutieusement suivies, ont permis à MM. Roux et Yersin d'arriver à cette conclusion. Ils ont sacrifié une série d'animaux, de deux heures en deux heures, à partir du moment de l'inoculation, et une seule fois, chez un cobaye pendu après la sixième heure, la pulpe du foie leur a donné une culture.

Même après injection intra-veineuse, il faut semer de grandes quantités de sang ou de pulpe de rate pour obtenir de temps en temps une culture et encore faut-il que la prise ait été faite quelques heures seulement après l'inoculation.

Ces faits observés chez l'homme et les animaux démontrent que la diphthérie est une maladie infectieuse locale. Son microbe ne se généralise pas à toute l'économie, comme le fait celui du charbon. Les exemples de maladie infectieuse locale ne manquent plus en pathologie humaine. Ainsi la blennorrhagie est une infection qui reste toujours localisée au point primitivement inoculé. Quand son microbe se trouve entraîné dans la circulation, il peut se multiplier à l'intérieur d'une synoviale où le hasard l'a jeté, mais il ne reste pas dans la masse sanguine qui, pour un instant, lui a servi de voie de transport.

Le microbe du tétanos demeure toujours également au niveau de la plaie ; jamais il ne se généralise ; jamais on ne le retrouve dans le sang ou les organes ; c'est ce que nous ont confirmé des expériences que nous poursuivons avec M. Chantemesse. C'est donc seulement au niveau de cette plaie, souvent de minime étendue, que le microbe peut élaborer des substances chimiques, telles que la tétanine de Brieger, substances capables sans doute d'agir sur les centres nerveux pour déterminer les symptômes bruyants du tétanos.

De même, en ce qui concerne la diphthérie, maladie où on ne trouve l'agent pathogène que dans les fausses membranes, on doit admettre que les troubles généraux, les altérations sanguines, et les lésions vasculaires de tous les organes sont dus à un poison très actif qui du point où il est élaboré par le microbe, se répand dans tout l'organisme.

Conduits par ce raisonnement, MM. Roux et Yersin sont parvenus à mettre en évidence les poisons chimiques produits par la culture des bacilles de la diphthérie.

II

Les deux savants expérimentateurs, sans se préoccuper d'isoler l'élément actif, alcaloïde ou diastase, ont employé pour cette recherche des cultures vieilles de sept jours, qu'ils avaient rendues pures de tout microbe, après filtration sur porcelaine.

Par l'injection de ces liquides dans la cavité péritonéale des cobayes ou dans les veines des lapins, ils ont déterminé des phénomènes toxiques et des lésions analogues à celles produites par l'inoculation du bacille vivant dans le système veineux.

L'injection sous la peau des produits diphthéritiques solubles, faite en quantité suffisante, occasionne aussi bien au point d'inoculation que dans les organes à distance des lésions analogues à celles produites par le microbe vivant introduit par la même voie.

Les espèces animales en expérience sont d'autant plus impressionnées par les cultures inertes qu'elles sont plus sensibles à l'action du microbe de la diphthérie. Ainsi trois à quatre gouttes de culture stérilisée inoculée sous la peau de petits oiseaux suffisent pour amener la mort en quelques heures ; par contre les animaux « comme les souris et les rats qui ne deviennent pas malades après injection sous-cutanée de grandes quantités de bacilles de Klebs, montrent une remarquable résistance vis-à-vis du poison diphthéritique. Une dose de 2 centigrammes qui fait périr un lapin de 3 kilogrammes en soixante heures, est sans effet sur une souris du poids de 10 grammes. Chose plus surprenante encore, on n'observe aucune lésion de la peau, chez la souris, au point d'inoculation, tandis que l'injection des doses les plus faibles (1/15 de centimètre cube) amène une mortification étendue de la peau des cobayes. Il est cependant possible de faire périr une souris avec le poison diphthéritique en concentrant le liquide dans le vide et en injectant une très forte dose dans un petit volume. »

Plus les cultures sont anciennes, plus le poison diphthéritique est abondant et plus rapides aussi sont les effets de l'injection du liquide filtré. C'est ainsi qu'en opérant avec d'anciennes cultures qu'ils venaient de stériliser, MM. Roux et Yersin ont produit chez l'animal une diphthérie toxique suraiguë, évoluant en quelques heures. Dans ces conditions l'animal succombe rapidement avec une diarrhée profuse, semblable à celle que l'on observe dans la diphthérie infectieuse, avec une respiration anxieuse et une impotence musculaire absolue.

Lorsque les doses du poison sont moins massives, deux ou trois jours s'écoulent avant l'apparition des premiers symptômes qui vont sans cesse croissant jusqu'au cinquième ou sixième jour, époque de la mort. Parmi ces symptômes, il en est un, la paralysie, que MM. Roux et Yersin ont été les premiers, avons nous dit, à reproduire expérimentalement aussi bien avec le microbe vivant qu'avec les poisons chimiques sécrétés par lui. Ce symptôme ainsi reproduit a une importance capitale dans l'histoire de la diphthérie expérimentale. C'est sur lui qu'il nous reste à nous étendre.

III

Nous sommes loin déjà du temps où Gübler considérait la paralysie diphthéritique comme une syndrome banal, commun à toutes les angines et à toutes les infections. La paralysie diphthéritique par son mode d'apparition, ses symptômes, son évolution présente des caractères que l'on ne retrouve dans aucune autre paralysie infectieuse. La paralysie est si bien dans le cadre de la maladie qu'elle apparaît, quelle que soit la région envahie par la membrane diphthéritique, peau ou muqueuse, et qu'elle peut éclater dans certaines épidémies sans avoir été précédée d'angine ou d'une autre manifestation de la diphthérie. Des faits sem-

blables ont été relatés dans le mémoire de Boissarie, publié dans la *Gazette hebdomadaire* en 1881.

On conçoit donc l'importance qu'il y avait à reproduire expérimentalement avec le bacille de Klebs cette paralysie, pour établir la spécificité de ce micro-organisme. Loeffler ne put déterminer de paralysies diphthéritiques chez les animaux par lui inoculés, et à la fin de son mémoire il avouait consciencieusement que c'était un argument à opposer contre la valeur du microbe qu'il croyait être celui de la diphthérie. Plus heureux dans leurs tentatives, MM. Roux et Yersin ont déterminé des paralysies en inoculant, par la voie veineuse ou par la voie pharyngée ou trachéale, soit des cultures vivantes, soit des cultures filtrées. Les symptômes paralytiques peuvent surtout s'observer chez les animaux qui ne succombent pas à une intoxication trop rapide. Ainsi chez un pigeon la paralysie débuta trois semaines après l'inoculation, alors que l'animal, débarrassé de ses fausses membranes, semblait complètement guéri. L'impotence fonctionnelle des pattes et des ailes fut presque complète; la mort survint, deux jours après l'apparition de ces symptômes, et l'autopsie ne permit de déceler aucune lésion du système nerveux pour expliquer les troubles moteurs.

Chez le lapin, la paralysie survient en général par le train postérieur; elle est parfois si rapidement progressive, qu'en deux ou trois jours la totalité du corps est envahie. On peut observer toutes les localisations de la paralysie diphthéritique humaine. Dès le début, l'impotence porte parfois sur les muscles du cou et l'animal ne peut alors soulever sa tête du sol; les muscles du larynx peuvent être envahis, d'où la raucité de la voix. Chez un cobaye « la respiration était seulement diaphragmatique et saccadée; lorsqu'on obligeait l'animal à courir, l'oppression devenait si forte qu'il tombait presque asphyxié ». C'est le tableau que l'on observe chez l'homme atteint après la diphthérie de paralysies de certains muscles respiratoires.

Il n'est pas jusqu'à la mort subite que l'on ne puisse voir survenir sans convulsions et surprendre l'animal dans l'attitude dans laquelle on venait de le voir quelques instants auparavant.

MM. Roux et Yersin, en démontrant une fois de plus quelle était la cause réelle des paralysies dans les maladies infectieuses, ont établi que la vérité était dans la vieille opinion de Trousseau, qui incriminait déjà une intoxication.

Ce n'est pas le bacille qui produit la paralysie, mais bien les substances toxiques sécrétées par lui, puisque les cultures stérilisées par filtration produisent les troubles moteurs tout aussi bien que les cultures où pullulent les micro-organismes.

Comment les substances toxiques impressionnent-elles le système nerveux? Attaquent-elles la moelle ou le nerf périphérique? C'est là un point de pathogénie que l'expérimentation n'a pas encore élucidé. M. Babinski (1) n'a pu déceler de lésions du système nerveux chez un des animaux que M. Roux avait rendu paralytique. En étudiant avec M. Charrin la paralysie pyocyanique, M. Babinski n'avait pas été plus heureux dans ses investigations anatomiques.

IV

Les observations et expériences de MM. Roux et Yersin font plus qu'apporter des arguments décisifs en faveur de la spécificité du bacille de Klebs et de Lœffler; elles permettent de tirer quelques conclusions touchant l'histoire de la diphthérie.

Le microbe décrit par eux ne ressemble nullement par ses caractères à ceux qu'ont trouvés différents expérimentateurs dans la diphthérie spontanée des volailles. Au cours de recherches entreprises avec M. Dieulafoy sur une maladie des pigeons, nous avons deux fois avec notre maître trouvé presque à l'état de pureté un microbe en chaînettes dans des fausses membranes développées spontanément au niveau du pharynx de ces animaux. Ce sont là des faits contraires à l'opinion soutenue par les hygiénistes, qui voient dans la diphthérie une maladie à nous transmise par les gallinacés.

En se plaçant au point de vue pratique, on peut dire que si la diphthérie est avant tout une infection locale, c'est localement qu'il faut l'attaquer en détergeant avec conviction la fausse membrane et en pratiquant l'antisepsie de la bouche. Cette antisepsie doit être d'autant plus rigoureuse que les ulcérations sous-jacentes aux fausses membranes sont autant de portes ouvertes aux infections secondaires que peuvent déterminer les microbes innombrables répandus dans la cavité buccale.

D'autre part, si les expériences de MM. Roux et Yersin tendent à prouver que le microbe de la diphthérie ne se développe que sur une muqueuse déjà malade, il est probable que le plus souvent il en est ainsi chez l'homme. Aussi voit-on, disent-ils, que la diphthérie est surtout fréquente à la suite de la rougeole et de la scarlatine. On ne doit donc jamais négliger l'angine de ces deux maladies et pratiquer l'antisepsie de la bouche des morbilleux ou des scarlatineux pour essayer de prévenir la diphthérie secondaire.

Fernand WIDAL.

(1) Babinski, *Société de biologie*, 12 janvier 1889.

CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES

Savon antiseptique ou chirurgical.

On sait quelles difficultés l'on éprouve lorsqu'il s'agit de faire disparaître l'odeur de l'iodoforme qui reste attachée aux mains après chaque manipulation de ce médicament. Les préparations à l'essence d'amandes amères sont souvent efficaces dans ce but. Mais, d'après M. F. Gay, pharmacien en chef des hospices de Montpellier, on arriverait aisément à un résultat favorable à l'aide d'un savon dont voici la formule :

Savon blanc de Marseille râpé....	600	grammes.
Sulfophénate de zinc...........	15	—
Essence de géranium rosat......	15	—
Teinture de quillaya............	20	—
Solution alcoolique saturée d'éosine.	4	—
Glycérine officinale..............	90	—
Eau distillée.....................	Q. S.	

Dissolvez le sulfophénate de zinc dans le double de son poids d'eau et mêlez le soluté à la glycérine. Chauffez ensemble au bain-marie le liquide glycériné et la râpure de savon en les additionnant d'une quantité d'eau distillée suffisante pour que la masse chaude ait une consistance molle. Ajoutez alors la teinture de quillaya, la solution alcoolique d'éosine et l'essence de géranium. Lorsque par l'agitation le mélange est devenu homogène, coulez-le dans des moules.

Enveloppez de papier d'étain les pains de savon.

Ce produit diffère peu d'un savon antiseptique ou chirurgical déjà proposé par M. Reverdin et dont voici la formule :

Huile d'amandes douces.....	72 grammes.
Lessive de soude............	24 —
Lessive de potasse...........	12 —
Sulfophénate de zinc.........	2 —
Essence de roses............	9gr,50.

M. Gay a cru devoir substituer à l'essence de roses l'essence de géranium qui donne les mêmes résultats et qui coûte infiniment moins cher. En outre la formule de M. Reverdin exige pour sa préparation au moins un mois, tandis que le savon de M. Gay se prépare extemporanément. On pourra, avec non moins d'avantages, substituer à l'essence de géranium, ou à l'essence de roses, l'essence d'amandes amères.

REVUE DES COURS ET DES CLINIQUES

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — SERVICE DE M. LE PROFESSEUR FOURNIER.

M. le professeur Fournier va commencer une série de leçons sur la *syphilis par conception*. Nous en donnerons plus tard un compte rendu détaillé sous forme de revue générale. Mais nous devons dès aujourd'hui signaler une innovation heureuse et intéressante pour tous ceux qui s'occupent de dermatologie et de syphiligraphie. Une fois par semaine, le jeudi matin, les médecins de l'hôpital se réunissent sous la présidence de M. le docteur Lailler : il y a présentation des malades les plus curieux de chaque service et beaucoup de ces présentations sont suivies de discussions. Le compte rendu officiel de ces séances cliniques paraîtra dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*. Nous croyons cependant intéressant pour les lecteurs de la *Gazette hebdomadaire* de prendre parmi les cas présentés les plus simples et les plus pratiques et d'en donner un aperçu succinct.

Nous comptons continuer cette revue tous les mois; ceux que de semblables questions intéressent spécialement (1), devront se reporter aux *Annales de dermatologie* pour y trouver l'analyse complète des faits cliniques discutés dans ces réunions.

ALOPÉCIE SYPHILITIQUE CHEZ LES NOUVEAU-NÉS.—Quoique beaucoup moins fréquente chez l'enfant que chez l'adulte, on peut voir l'alopécie survenir dans la syphilis infantile héréditaire. M. Besnier présente un jeune enfant, syphilitique héréditaire, atteint d'alopécie diffuse, représentant le type que l'on rencontre chez l'adulte.

M. Fournier en a observé plusieurs cas et en possède deux ou trois photographies. (Séance du 29 novembre 1888.)

NODOSITÉS ÉRYTHÉMATEUSES DES MEMBRES INFÉRIEURS. — M. Besnier présente une jeune femme chez laquelle on voit sur les deux jambes des nodosités aphlegmasiques, nées dans l'hypoderme, atteignant successivement les couches superficielles de la peau et se traduisant par une coloration livide du tégument. Ces nodosités ressemblent aux gommes syphilitiques et aux gommes scrofulo-tuberculeuses. Elles en diffèrent par leur durée prolongée, leur état stationnaire, le non-ramollissement; ces nodosités ne s'ulcèrent qu'accidentellement sous l'influence de violences extérieures. Elles diffèrent de l'érythème noueux par leur siège exclusif aux jambes, leur développement à toute la périphérie du membre, leur longue durée et leur indolence. L'iodure de potassium est sans action sur elles; elles guérissent par le repos horizontal, la compression. Ces nodosités ne sont qu'un épiphénomène dans l'affection décrite, imparfaitement il est vrai par Bazin, sous le nom d'*érythème induré;* on les observe à peu près exclusivement en même temps que de l'érythromélalgie de la jambe, de l'œdème pâteux hypertrophiant chez des jeunes filles mal réglées et que leur profession oblige à stationner longtemps debout. (Séance du 29 novembre 1888.)

PITYRIASIS ROSÉ DE GIBERT ; VARIÉTÉ PROLONGÉE. — M. Fournier présente un malade atteint de pityriasis rosé de Gibert, remarquable par sa persistance et par la confluence des éléments éruptifs. Il y a déjà plus d'un mois que dure l'éruption et si elle a disparu en partie sur les membres inférieurs, elle persiste encore sur le tronc sous forme de placards très étendus. — M. Hallopeau a vu dans un cas le pityriasis rosé durer quatre ans. — M. Besnier a vu d'assez nombreux cas de pityriasis rosé prolongé. Il est à désirer, dit-il, que l'histologie de cette affection soit l'objet de recherches suivies; nous sommes encore réduits à avouer notre ignorance sur sa nature. Il est remarquable que malgré ses allures parasitaires cette affection ne soit pas contagieuse, ni susceptible de récidives. (Séance du 29 novembre 1888.)

PURPURA IODO-POTASSIQUE. — M. Besnier présente un malade, ancien syphilitique, qui a pour l'iodure de potassium une intolérance vraiment remarquable; cette intolérance se traduit par une éruption de purpura sur les membres inférieurs chaque fois qu'il prend de l'iodure. M. Besnier lui a fait prendre cinq gouttes de teinture d'iode : ce malade a été pris d'accidents d'iodisme (dyspnée, anxiété, accélération du pouls) tels qu'il a fallu suspendre tout de suite l'emploi de l'iode; mais il n'a pas eu de purpura. Il est donc à remarquer que le purpura dit iodique ne se produit pas à la suite de l'emploi de l'iode en nature, mais seulement chez les malades qui font usage d'iodure de potassium, d'où l'appellation à donner de purpura iodo-potassique. (Séance du 29 novembre 1888.)

FAVUS GÉNÉRALISÉ. CICATRICES POST-FAVIQUES AUX MEMBRES INFÉRIEURS. — M. Hallopeau présente un malade dont les jambes sont couvertes de cicatrices arrondies, déprimées, pigmentées à leur périphérie, disposées en cercles et ayant l'aspect de cicatrices de lésions syphilitiques. Il s'agit cependant de *cicatrices de favus ;* de temps en temps on voit apparaître au niveau ou au voisinage des cicatrices des godets faviques absolument caractéristiques. Le malade a de plus des lésions très nettes de favus du cuir chevelu et du favus des ongles. Il est tuberculeux. — M. Besnier considère ce fait comme exceptionnel; dans les nombreux cas de favus du corps qu'il a observés, il n'a jamais vu de cicatrices consécutives; il faut peut-être dans ce cas tenir compte de l'état général du malade qui est tuberculeux. Le favus du cuir chevelu donne des cicatrices spéciales parce qu'il envahit les follicules pileux; mais il n'en est pas de même pour les autres régions. — M. Lailler n'a pas vu non plus de cicatrices à la suite du favus du corps; il rapporte plusieurs cas observés par lui de longévité extraordinaire des germes faviques et de contagion médiate. (Séance du 6 décembre 1888.)

LUPUS TUBERCULEUX AIGU, NODULAIRE, DISSÉMINÉ. — On est encore peu familiarisé avec l'idée que le lupus peut se disséminer et apparaître d'une façon rapide comme une éruption véritable. M. Besnier présente une petite fille de quatre ans, en état de nutrition satisfaisant, née de parents non syphilitiques, moins sûrement indemnes de tuberculose,

(1) La revue des cours et cliniques que la *Gazette hebdomadaire* inaugure cette année a, en effet, pour objet principal de donner, au jour le jour, un résumé concis, mais exact, du mouvement scientifique contemporain. C'est dans les recueils spéciaux qu'il convient de publier les leçons *in extenso* et les mémoires originaux d'une étendue considérable. (*Note de la rédaction.*)

qui présente sur tout le corps des éléments néoplasiques infiltrant le derme sous forme de nodules peu saillants à la surface, peu durs, avec la coloration jaune rougeâtre, typique, du lupus tuberculeux vulgaire. Cette éruption dure déjà depuis un an; elle est survenue à la suite d'une rougeole; il y a une quarantaine d'éléments disséminés sur la surface du corps. Le traitement antisyphilitique a été essayé par acquit de conscience et n'a donné aucun résultat; c'est bien de lupus qu'il s'agit. — M. Hallopeau a dans son service un malade atteint d'un lupus ancien qui l'été dernier a eu une éruption généralisée absolument lupique. — M. Besnier a observé deux autres cas de lupus disséminé. (Séance du 6 décembre 1888.)

Zona de l'épaule droite. — Traumatisme de l'épaule gauche. — Il s'agit d'un malade, du service de M. Besnier, qui, ayant eu une violente contusion de l'épaule gauche, a vu apparaître quelques jours après un zona sur l'épaule du côté opposé. (Séance du 20 décembre 1888.)

Cicatrices syphilitiques kéloïdiennes. — Guérison spontanée. — M. Quinquaud présente un malade dont le dos est couvert de cicatrices maintenant affaissées et souples, mais qui, il y a quinze jours, au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, étaient kéloïdiennes. Elles étaient consécutives à des ulcérations syphilitiques traitées deux ans auparavant par M. Quinquaud. Cette fois, le malade a été seulement soumis aux douches sulfureuses chaudes. Ce résultat est vraiment remarquable, car il est rare de voir des cicatrices kéloïdiennes disparaître spontanément. — Toutes les cicatrices kéloïdiennes, d'après M. Besnier, peuvent guérir; celles de la scrofule guérissent au bout de deux ans au moins. M. Besnier a vu guérir spontanément une cicatrice de cette nature au bout de trois ans et comme on se disposait à l'enlever. (Séance du 20 décembre 1888.)

Blennorrhagie et hydroa. — M. Tenneson présente un malade atteint de blennorrhagie avec manifestations articulaires qui porte sur le dos des mains et des poignets une éruption typique d'*hydroa*, dans le sens d'*herpès iris de Bateman*. Le malade n'a fait aucun traitement contre sa blennorrhagie. M. Tenneson constate la coïncidence des deux affections sans oser conclure à un rapport immédiat de cause à effet entre elle deux. M. Besnier croit au contraire qu'il y a un rapport immédiat entre la blennorrhagie et cet érythème, qui n'est qu'une variété de l'érythème multiforme. La blennorrhagie est l'une des causes qui déterminent l'érythème multiforme probablement par l'intermédiaire du système nerveux. (Séance du 27 décembre 1888.)

H. F.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie générale.

Essai sur la recherche, l'isolement et l'emploi vaccinal des excreta solubles de certains microbes pathogènes, par M. le docteur Ricochon (de Champdeniers).

(Fin. — Voy. les numéros 1 et 2.)

V.—Atténuation virulente et injection des microbes atténués pour la production intra-organique de la matière vaccinale.

Jusqu'ici le but a été de supprimer l'action du microbe pour laisser le champ libre à la matière vaccinale. Y avons-nous toujours réussi ? Oui, le plus souvent. Ce qui le prouve dans les cas de filtration de l'humeur virulente, ou de destruction des microbes par les agents chimiques ou physiques ce sont les ensemencemnts stériles tentés avec la liqueur restante. Mais dans la vaccination antirabique rien ne prouve que les microbes, réfrénés plutôt que détruits, ne prolongent pas dans le sang une existence précaire et inoffensive tout en produisant de la matière vaccinale. Peut-être en est-il de même du microbe de la septicémie, en dépit de sa prompte destruction dans le milieu sanguin. Le fait est tout au moins évident pour les bactéries du charbon symptomatique. Celles-ci, également anaérobies il est vrai, résistent néanmoins à l'oxygène, et vivent et pullulent dans le sang, même quand elles y sont introduites en petite quantité. Il est facile de prouver cette pullulation en répétant l'expérience de MM. Arloing, Cornevin et Thomas. On pique n'importe quel point de la surface cutanée, et les bactéries ayant ainsi fait irruption à travers leur barrière endothéliale, s'épanchent dans leur milieu de choix, dans le tissu cellulaire, en assez grand nombre pour produire à chaque piqûre une tumeur charbonneuse. Cela suppose dans le sang une pullulation énorme de bactéries, hors de proportion avec la quantité injectée.

1° *Atténuation par la résistance des milieux organiques du sujet vacciné.* — Et pourtant cette activité prolifique n'était pas corrélative de l'activité virulente, puisque avant les piqûres elle ne se traduisait par aucun phénomène morbide apparent. C'est qu'en réalité il s'est passé quelque chose d'analogue à ce qui existe pour certaines plantes vénéneuses, certains animaux venimeux, qui, transportés loin de leurs conditions climatériques ordinaires, continuent de vivre et de se reproduire, mais cessent peu à peu de former en eux des produits toxiques, ou n'en forment plus qu'une quantité insuffisante. De même le microbe du charbon emphysémateux introduit dans un milieu qui lui est étranger, dans le sang, a pu y végéter et s'y multiplier; mais ses produits d'excrétion ont perdu cette haute toxicité qu'ils acquièrent dans le tissu cellulaire, et qui donne à la maladie sa physionomie si promptement mortelle. Cette toxicité reste dans la mesure de la résistance de l'organisme; elle n'est grave que pour les bactéries elles-mêmes, qui, déjà affaiblies par leur lutte incessante contre un milieu hostile, succombent au bout de quelques jours.

En réalité, d'après ce que nous venons de dire, un nouveau point de vue dans l'utilisation de la matière vaccinale a surgi. C'est le microbe lui-même, discipliné, maté par le milieu hostile où on l'a forcé de vivre, qui transforme son activité pathogène en activité bienfaisante, et qui, loin de déverser dans ce milieu des proportions foudroyantes de produits toxiques, les mesure aux besoins de l'économie.

Au reste, si cette quantité ne suffit pas pour assurer l'immunité, une deuxième inoculation avec du virus frais permet aux nouvelles bactéries de triompher, dans une juste limite, de la résistance opposée déjà par la matière vaccinale formée et de sécréter une nouvelle quantité de matière devant laquelle elles disparaîtront à leur tour. Et ainsi de suite jusqu'à ce que la saturation soit complète, et qu'une dernière inoculation soit absolument sans effet.

Dans cet exemple du charbon symptomatique nous avons soigneusement évité d'inoculer le tissu conjonctif lâche, qui est le terrain de choix. Tout le secret de la méthode est là, en effet : Nous aurions réussi de même, si au lieu d'injecter directement dans le sang, nous eussions pris pour intermédiaire le tissu fibreux, compact de l'extrémité de la queue, les faisceaux tendineux des extrémités des membres, l'épithélium alvéolaire du poumon, où les bactéridies ne peuvent arriver à leur développement complet.

La même expérience peut être reprise avec le *horse-pox*. En évitant le derme et le tissu cellulaire sous-cutané, on ne voit pas apparaître l'exanthème vaccinal et on confère quand même l'immunité (Chauveau). Le succès est iden-

tique avec le virus de la *péripneumonie contagieuse*, quand on inocule par toute autre voie que la voie pulmonaire, soit dans le tissu cellulaire, soit dans le sang.

Il est vrai que dans ces dernières maladies l'existence d'une matière vaccinale n'a pas été confirmée. Mais l'identité des résultats obtenus par le même procédé de vaccination permet de croire que ce qui existe pour les premières maladies existe aussi pour les secondes, et qu'un jour ou l'autre leur matière vaccinale sera mise en évidence.

2° *Atténuation des microbes hors de l'organisme vacciné.* — Mais au lieu de confier à l'organisme vacciné le soin d'atténuer le microbe, l'expérimentateur peut s'en charger lui-même et cela de différentes manières.

A. *Atténuation en vase clos : a. Par les cultures successives.* — Au premier rang, comme priorité historique et importance, interviennent les procédés de culture de M. Pasteur, qui contiennent les prémisses de toutes les découvertes microbiennes accomplies depuis.

Darwin avait montré la variabilité des espèces, la fixité plus ou moins durable de quelques caractères acquis, la disparition ou le retour atavique de quelques autres, etc. Au-dessus de toutes ces modalités diverses il avait dégagé les grands faits de l'influence des milieux et de l'hérédité. Son œuvre est toute d'observation, et n'est susceptible de vérification précise, appliquée aux grands animaux, qu'à travers les âges et qu'à la condition d'aller demander à la terre le secret des races disparues.

M. Pasteur a montré que le monde des infiniment petits obéissait aux mêmes lois, non plus simplement en naturaliste qui observe mais en savant qui expérimente dans le laboratoire. Il a utilisé dans ce but la propriété qu'ont les êtres microscopiques de réaliser en peu d'heures tous ces phénomènes de reproduction, de multiplication à l'infini, de transformation que le monde organique macroscopique n'accomplit que dans une longue suite d'années (1).

Il a enlevé certains microbes pathogènes aux milieux organiques où ils exerçaient leurs ravages pour les placer dans des milieux artificiels, dans des bouillons de culture. En les y laissant plus ou moins longtemps, en déterminant toutes les conditions de leur existence, il est arrivé à les destituer graduellement de leurs propriétés virulentes. Il les a fixés à son gré à chaque degré de virulence; puis, passant des plus faibles aux plus forts, il les a inoculés successivement à des animaux sains.

A ce point les plus faibles ne donnent plus la mort, loin de là. Ils accomplissent silencieusement les fonctions de leur vie en excrétant — pour la plupart d'entre eux du moins — des produits qui leur sont toxiques (matière vaccinale) et qui les font périr. Alors on inocule le virus immédiatement supérieur, dont la vie eût été plus tumultueuse s'il eût été injecté tout d'abord, mais que la matière vaccinale déjà formée ramène aux proportions modestes du virus précédent. On continue ainsi jusqu'à l'épuisement de la série, et l'inefficacité du virus le plus fort, c'est-à-dire jusqu'à immunité complète.

Voilà ce que fit M. Pasteur pour le choléra des poules, pour la bactéridie charbonneuse. Il démontra que l'*oxygène* était l'agent principal de l'atténuation. Mais tous les agents chimiques ou physiques, dont nous avons parlé à propos de la destruction des microbes, peuvent servir à les atténuer à différents degrés, selon qu'ils restent plus ou moins en deçà de la limite à partir de laquelle leur action destructive commence.

b. *Par la chaleur.* — C'est ainsi que M. Toussaint atténue le sang charbonneux défibriné à 55 degrés; M. Chauveau à 60 degrés, par un chauffage de trois heures; que M. Pasteur atténue les bouillons de culture charbonneux à 43 degrés; que MM. Arloing, Thomas et Cornevin atténuent le sang du charbon emphysémateux entre 100 degrés et 80 degrés, etc.

c. *Par les agents chimiques.* — La première expérience en date a été faite par M. Toussaint sur le sang charbonneux avec l'acide phénique au tiers et on s'imagine bien que tous les agents antiparasitaires peuvent servir à des essais du même genre pour d'autres microbes.

B. *Atténuation des microbes par leur passage dans un autre organisme que l'organisme vacciné.* — Nous avons raconté déjà l'exemple du rouget du porc qui, cultivé sur le cobaye, ne donne plus aux porcs qu'une maladie atténuée et le cas n'est pas unique.

(1) Nous avons trouvé depuis un magnifique développement de cette idée, dû à M. A. Bordier (*Rev. sc.*, 21 avril 1888).

VI. — Résumé et conclusions.

Tels sont les procédés qui ont été généralement usités pour utiliser la matière vaccinale que les microbes excrètent par leur surface, mais nous n'avons pas la prétention de les avoir épuisés tous. C'est ainsi que nous avons passé sous silence un procédé d'atténuation des microbes par leur inoculation à petites doses, ce qui les met en impuissance relative devant la résistance en masse de l'organisme inoculé. Ce procédé a réussi dans le charbon symptomatique (Arloing, Cornevin et Thomas). C'est ainsi que nous n'avons pas parlé davantage de l'immunité, procurée par l'intervention d'un microbe d'une espèce différente, et telle que le microbe du choléra des poules la donne contre la fièvre charbonneuse (1).

Ces procédés peuvent se résumer sous les chefs suivants:

1° Filtration de l'humeur virulente, soit par le placenta, soit par le rein, soit sur la porcelaine;

2° Destruction des microbes de l'humeur virulente, soit, avant l'injection intra-organique, en vases clos, soit, après l'injection, par l'action hostile des milieux organiques;

3° Mise en interdit des microbes contenus dans l'humeur virulente injectée, par la *saturation* vaccinale précoce des organismes.

Ce procédé, usité dans la rage, s'applique à l'aide d'injections répétées de virus frais ou mieux de virus gradués ;

4° Atténuation virulente des microbes et utilisation des microbes atténués pour la production de la matière vaccinale.

L'atténuation se fait, ou directement dans et par l'organisme inoculé, ou préalablement en vases clos.

Maintenant comment comprendre le rôle de cette matière vaccinale? Considérons-la d'abord injectée seule. Il est probable qu'une partie s'élimine tout de suite par les voies d'excrétion, et que l'autre se fixe dans les plasmas et les tissus. Cette fixation a lieu sans doute comme pour toute autre substance chimique, et les effets d'immunité qui en résultent peuvent être comparés, de loin, il est vrai, à l'accoutumance, au mithridatisme. Puis, peu à peu, la substance vivante tend à se débarrasser de la matière vaccinale qui lui est étrangère. Cette élimination se complète dans des délais, variables selon l'espèce du vaccin, mais qui ne semblent jamais bien longs et après lesquels l'immunité a disparu. C'est ainsi qu'au bout d'un an ou deux l'immunité rabique n'est plus acquise au tiers des chiens vaccinés (Pasteur, *Annales de l'Institut Pasteur*, janvier 1887); et, comme ici la localisation vaccinale a lieu pourtant dans un tissu (cellules nerveuses) d'une grande stabilité nutritive, il est à croire que, pour d'autres maladies à déterminations locales différentes, l'immunité est encore plus courte.

Il est intéressant de comparer cette brièveté de l'immunité ainsi conférée par l'injection de la matière vaccinale seule, avec la longue durée, étendue quelquefois à toute une vie d'homme, de celle que confère l'intervention intra-

(1) *Ac. des sc.*, 9 août 1881. Dans ces derniers mois, M. Roux (*Ann. de l'Institut Pasteur*, février 1888) a montré que la matière vaccinale du charbon symptomatique donnait l'immunité aux cobayes contre la septicémie gangreneuse.

organique des microbes, par exemple dans les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, etc. Est-ce parce que dans le premier cas il n'intervient jamais qu'une quantité limitée de substance vaccinale, et que dans le second l'organisme en est littéralement saturé? Ne serait-ce point plutôt que la matière vaccinale ne se fixe plus dans les tissus par un simple fait d'osmose, mais y est incorporée avec les microbes qui la recèlent en vertu d'une espèce de conjugaison cellulo-microbienne? Il y aurait là un phénomène d'ordre vital, un cas particulier de phagocytose, qui imprimerait aux cellules fixes ou migratrices de l'organisme une modification durable, aidant à comprendre la longue portée de l'immunité. Il nous est impossible de savoir, il est vrai, à quel nouvel arrangement moléculaire ou nucléaire correspond cette modification; tout au moins pourrait-on chercher si elle provoque quelque changement dans la karyokinèse ou la coloration technique des cellules.

Les excréta, qui pour chaque maladie composent cette matière vaccinale, doivent être des produits fort complexes, représentant sans doute la même substance azotée à des degrés de complexité différents. On peut assez bien, dès lors, assimiler l'emploi qu'on en fait aujourd'hui à l'ancien usage de l'opium et du quinquina, avant qu'on eût décomposé ces substances en leurs nombreux alcaloïdes. Un temps viendra sans doute où ce travail d'analyse s'appliquera de même à la matière vaccinale, et en dégagera quelque leucomaïne cristallisée, qui résumera à sa plus haute expression l'action de toutes ses congénères, comme la quinine pour les alcaloïdes du quinquina. Alors quelque quantité infinitésimale de cette substance suffira pour assurer l'immunité. Il n'est même pas impossible qu'on arrive à la déceler toute faite dans la nature (1).

Mais dès aujourd'hui il est merveilleux de voir comment tous ces êtres de raison, toutes ces vagues entités, qui ont soulevé tant de controverses et qui s'appelaient les *miasmes*, les *génies épidémiques*, les *constitutions médicales régnantes*, ont été ramenés à la fonction d'êtres vivants, soumis à l'observation et à l'expérience; et que ce problème si longtemps mystérieux de l'immunité a sa solution dans une substance chimique, sécrétée par ces êtres et qu'une brillante synthèse créera peut-être bientôt de toutes pièces.

La science est comme la lumière; elle dissipe les ombres, les fantômes insaisissables, qui hantaient la nuit de notre imagination, et à leur place elle met des réalités de plus en plus accessibles à notre vue et à notre toucher. Cette science est ici faite tout entière de la clarté de l'esprit français. C'est sans doute la raison qui nous a poussé à entreprendre ce modeste travail.

1er avril 1888 (2).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

SÉANCE DU 15 JANVIER 1889. — PRÉSIDENCE DE MAURICE PERRIN.

M. le docteur *Moncorvo* (de Rio-de-Janeiro) se porte candidat au titre de correspondant étranger dans la division de médecine.

MM. les docteurs *Dambax* et *Hamonic* envoient des *Plis cachetés* dont le dépôt est accepté.

M. le docteur *Stieffel* (à Beaugée, Meuse) envoie un mémoire manuscrit sur *les blessures de la région abdominale*. — (Commission: MM. *Léon Le Fort* et *Lannelongue*.)

M. *Empis* présente, de la part de MM. les docteurs *Dalché* et *Villejean*, un mémoire sur *la toxicité du bismuth*, pour le concours du Prix Barbier.

M. *Bergeron* présente un mémoire de M. le docteur *Debout d'Estrées* sur l'*oxalurie*.

M. *A. Ollivier* dépose un travail de M. le docteur *Alison* (de Baccarat) sur *les symptômes et les complications de la grippe*.

M. *Charpentier* présente une brochure de M. le docteur *La Torre* (de Rome) sur *le développement du fœtus*.

M. *Léon Labbé* présente une *sonde intra-utérine*, imaginée par Mme le docteur *Gaeher-Sarrante*.

COMMISSIONS. — Les Commissions d'examen des candidatures au titre de correspondant national ou étranger sont constituées ainsi qu'il suit :

1re division (médecine). — MM. *Roger*, *Hérard*, *Féréol*, *Moutard-Martin*, *Empis* et *Bucquoy*.

2e division (chirurgie). — MM. *Polaillon*, *Léon Le Fort*, *Rochard*, *Lannelongue* et *Tarnier*.

3e division (médecine-vétérinaire). — MM. *Gabriel Colin*, *Goubaux*, *Leblanc*, *Trasbot* et *Nocard*.

4e division (physique, chimie, histoire naturelle médicales). — MM. *Riche*, *Javal*, *Schutzenberger*, *Marty*, *Caventou* et *Gariel*.

STROPHANTUS. — M. *Dujardin-Beaumetz* se prononce en faveur de l'emploi du strophantus dans le traitement des maladies du cœur, ainsi que l'a fait M. Bucquoy mardi dernier. Comme lui, il le préconise comme un excellent diurétique cardiaque, notamment dans les maladies mitrales avec affaiblissement du cœur, pourvu que la dégénérescence du myocarde ne soit pas trop accentuée. De même, il en a obtenu de bons résultats dans les cas d'insuffisance rénale, de préférence à la digitale, qui est souvent alors mal supportée. Son action est prompte et rapide, ce qui permet de le cesser si au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures la quantité d'urine n'a pas augmenté; son emploi modéré paraît d'ailleurs n'avoir d'autre inconvénient que de déterminer de la diarrhée chez certains sujets. La dose usitée par M. Dujardin-Beaumetz est de cinq à six gouttes matin et soir de teinture au cinquième. Dans ces derniers temps il a essayé une apocynée de notre pays, le laurier-rose, employé à la dose de 10 à 20 centigrammes d'extrait; les effets ont été moins constants que ceux du strophantus, mais non moins marqués.

M. *Germain Sée* fait sur le traitement des maladies du cœur une longue communication dont les conclusions seront présentées à la séance prochaine.

AMYOTROPHIE. — Lecture est faite par M. Féréol d'un rapport au sujet de l'observation d'amyotrophie des quatre membres chez une femme enceinte, observation lue à la séance du 27 novembre 1888 par M. le docteur Desnos, en son nom et au nom de MM. les docteurs *Joffroy* et *Pinard*. Dans ce rapport M. Féréol discute les diverses hypothèses émises par les auteurs au cours de cette remarquable observation, dont nous avons antérieurement parlé. Il considère la malade en question comme ayant été atteinte d'atrophie dyscrasique ou dénutrition généralisée causée par l'épuisement.

— L'ordre du jour de la séance du 22 janvier comprend: 1° un rapport de M. *A. Robin* sur des demandes en autorisation pour des eaux minérales; 2° un rapport de M. *A. Ollivier* sur les épidémies; 3° la continuation de la discussion sur l'emploi du strophantus dans les maladies du cœur (membres inscrits : MM. *C. Paul*, *Laborde*, *Bucquoy*); 4° une lecture de M. le docteur *R. Blache* sur l'application de la loi Roussel dans le département de la Seine.

(1) M. Peyraud (de Libourne) prétend que l'essence de tanaisie contient toute formée la matière vaccinale de la rage.

(2) Ce travail a été communiqué à sa date, et n'a pu être inséré pour des raisons qu'il est inutile de dire ici. Nous n'avons voulu rien y changer. Mais la science marche vite, et, comme on a pu voir, plusieurs vérités du lendemain qui y étaient prévues, sont devenues des vérités de la veille.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 11 JANVIER 1889. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

A propos du traitement de la fièvre typhoïde : M. Merklen. — La Société est reconnue d'utilité publique. — Des pleurésies méta-pneumoniques : M. Troisier (Discussion : MM. Rendu, Comby, Hayem). — Pleurésies purulentes méta-pneumonique et pneumococcique primitive : M. Netter (Discussion : M. Rendu). — Crises gastriques non tabétiques : M. Debove.

M. *Merklen* expose les raisons qui lui semblent motiver la proposition qu'il soumet à la Société de nommer une commission pour étudier les résultats obtenus par les divers modes de traitement de la fièvre typhoïde, à Paris, en 1888.

Cette proposition soutenue par M. *Féréol*, qui demande qu'on étende l'enquête aux résultats à venir de 1889, est mise aux voix et adoptée. La commission sera composée de MM. Féréol, Rendu, Gérin-Roze, Merklen, Moizard, Troisier et Juhel-Rénoy.

— M. *Siredey*, président sortant, prononce l'allocution d'usage et annonce que la Société des hôpitaux a été reconnue d'*utilité publique* par un décret en date du 11 décembre 1888. Il adresse des remerciements à MM. Féréol, Millard et Desnos qui ont puissamment contribué à cette importante décision.

Sur la proposition de M. *Féréol*, la Société vote à l'unanimité le titre de membre bienfaiteur à M. *de Salverte*, maître des requêtes au conseil d'Etat et membre du conseil de surveillance de l'Assistance publique, pour le remercier du puissant concours qu'il a prêté en cette circonstance.

— M. *Troisier* lit un mémoire intitulé : *Pleurésies méta-pneumoniques* (*Pneumo-pleurésie de Woillez*). (Sera publié.)

M. *Rendu* rappelle que son maître Gubler considérait un léger épanchement pleurétique, à évolution atténuée, terminée par résolution, comme la règle dans la convalescence de la pneumonie. Lui-même a fréquemment observé ce fait. Quant aux pleurésies purulentes, elles sont aussi plus insidieuses, plus torpides d'allure, que ne le dit M. Troisier : aussi faut-il toujours faire avec la seringue de Pravaz une ponction exploratrice lorsque la résolution du processus pneumonique n'évolue pas franchement. On trouve ainsi souvent du pus dans la plèvre, et ce diagnostic est d'autant plus important à faire de bonne heure qu'alors l'empyème sera presque constamment suivi d'un succès rapide. Dans deux cas personnels, l'examen bactériologique de l'épanchement, pratiqué par Netter, a montré des pneumocoques.

M. *Troisier* n'a voulu décrire que les cas dont il a pu suivre l'observation.

M. *Comby* a vu l'an dernier trois cas de pleurésie purulente méta-pneumonique. La ponction n'ayant pu amener la guérison, on fit l'empyème; deux fois il resta des fistules persistantes. Il est donc important d'avoir recours à la pleurotomie antiseptique précoce.

M. *Hayem* a observé un cas chez une femme récemment accouchée. La ponction retira un litre et demi de liquide purulent; l'amélioration fut rapide et la guérison bientôt complète. Cette pleurésie purulente méta-pneumonique peut donc guérir sans empyème, même dans des conditions de puerpéralité.

— M. *Netter* lit un mémoire sur *la pleuresie purulente méta-pneumonique et la pleurésie purulente pneumococcique primitive*. Cette étude de la variété de pleurésie nommée méta-pneumonique par Gerhardt, est basée sur 316 observations, dont 14 personnelles. Woillez, Reisz, Gerhardt, Guillon, Leyden, Mazotti, Penzoldt, ont successivement décrit cette pleurésie dont le caractère purulent est presque constant. Elle se montre de préférence après les pneumonies sévères ou longues, surtout au-dessous de trente ans et dans les pays du Nord. On l'observe par séries coïncidant avec les séries de pneumonies plus fréquentes et plus graves. L'épanchement est un pus épais, verdâtre, inodore, renfermant peu de sérum; au début, il est plutôt séro-purulent. Les fausses membranes pleurales sont épaisses et nombreuses, aussi l'épanchement est-il fréquemment cloisonné ou enkysté; quelquefois elles se détachent et flottent dans le liquide. Le poumon est ordinairement peu altéré et récupère vite son fonctionnement normal après l'évacuation de la plèvre. Dans les deux tiers des cas, l'épanchement débute avant la fin de la pneumonie. Souvent la crise terminale de la pneumonie n'est pas nette et franche; il peut cependant y avoir apyrexie complète pendant un ou plusieurs jours. Le début de la pleurésie est ordinairement insidieux, avec fièvre nulle ou d'allure variable, non intermittente; l'épanchement progresse lentement; il est quelquefois partiel, interlobaire, s'accompagne rarement d'œdème de la paroi. La résorption est possible; la vomique fréquente, avec ou sans pneumothorax, est un des modes de guérison spontanée. Le traitement par la ponction ou l'empyème est presque constamment suivi de succès. Cette bénignité relative tient sans doute aux propriétés spéciales du micro-organisme pathogène : le pneumocoque. Il ne produit pas d'ordinaire de lésions profondes et sa vie est courte, sans doute parce qu'il rend lui-même le milieu où il se développe impropre à son existence. Si d'autres microbes viennent se joindre à lui ou le remplacer, les allures de l'affection sont moins bénignes et dès lors il faut intervenir par la thoracotomie antiseptique; dans l'empyème méta-pneumonique ne contenant que des pneumocoques, les ponctions suffisent souvent, parfois même la guérison s'est produite sans intervention.

Les mêmes considérations s'adressent à la pleurésie purulente pneumococcique primitive, fréquente surtout chez les enfants, ce qui expliquerait la bénignité bien connue, à cet âge, de la pleurésie purulente. Le diagnostic n'est possible que par l'examen bactériologique, qui montre, en outre, s'il existe d'autres microbes associés et pose les indications du traitement.

M. *Rendu* ne peut croire que le pneumocoque pénètre ainsi d'emblée dans la plèvre et provoque une pleurésie purulente primitive, non précédée d'un processus pneumonique. Sans doute celui-ci est souvent peu intense et passe inaperçu, principalement chez l'enfant.

M. *Netter* est d'accord avec M. Rendu pour la majorité des faits, mais il maintient le passage des pneumocoques d'emblée dans la plèvre pour quelques cas.

— M. *Debove* présente un malade neurasthénique, avec manifestations multiples, depuis un trauma du côté droit du thorax. Cet homme, qui digère généralement assez bien, est pris tous les trois ou quatre mois de crises gastriques atroces, avec vomissements répétés et abondants, tous analogues d'aspect avec les crises du tabes dorsal. L'accès dure de trois à cinq jours. Il n'existe aucun signe de tabes : ni douleurs fulgurantes, ni ataxie, ni suppression du réflexe patellaire. Il s'agit donc d'un cas, analogue à ceux de Leyden, de crises gastriques chez un neurasthénique.

— La séance est levée à cinq heures et quart.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 9 JANVIER 1889. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Séance annuelle.

M. le *Président* résume les travaux de la Société de chirurgie pendant l'année 1888. Ils ont surtout porté sur des questions de gynécologie telles que fibromes, cancers, déplacements utérins, salpingites. Des vides se sont faits par la mort de plusieurs membres de la Société, Blot parmi les titulaires ; Benoit, Vibert, Poinsot, Poulet parmi les correspondants. Quatre nouveaux titulaires ont été élus : MM. Reynier, Prengrueber, Routier, Jalaguier. Enfin, MM. de Saint-Germain et Magitot ont demandé l'honorariat.

— M. le *Secrétaire annuel* récapitule les communications et les mémoires les plus importants de l'année et qui doivent paraître dans le volume des *Bulletins* de la Société ; entre autres : la pathogénie et le traitement des affections inflammatoires des annexes de l'utérus, l'intervention chirurgicale dans les plaies de l'abdomen par armes à feu, la castration ovarienne dans les cas de fibromes utérins, l'hystérectomie partielle ou totale dans le cancer de l'utérus, la résection de l'intestin pour cancer de l'organe, la cure du prolapsus utérin par l'hystérorrhaghie, la trépanation pour accidents cérébraux en dehors du traumatisme, l'ostéomyélite infectieuse aiguë chez l'adulte, le traitement des anévrysmes par la ligature antiseptique, les ectasies lymphatiques, les varices des nerfs, les lésions des nerfs périphériques à la suite de fractures, l'hystérotraumatisme, le cathétérisme rétrograde après taille hypogastrique, les dangers du ballon de Petersen, le cancer du larynx, divers mémoires de chirurgie de guerre, etc., etc.

— M. le *Secrétaire général* prononce l'éloge de Giraud-Teulon. Devenu membre de la Société de chirurgie le 16 juin 1869, alors qu'il était âgé de plus de cinquante ans, il avait porté de préférence ses études sur la mécanique animale et l'ophthalmologie. Sorti de l'École polytechnique et devenu médecin bien après, il avait toujours gardé de ses premières études un goût marqué pour le côté mathématique des sciences médicales. Signalons parmi ses nombreuses productions ses *Principes de mécanique animale*, divers mémoires sur la dioptrique oculaire, la physiologie et la pathologie fonctionnelle de la vision binoculaire, des leçons sur le strabisme, son livre sur la vision et ses anomalies qui résume tous ses travaux antérieurs.

P. VILLEMIN.

Société de biologie.

SÉANCE DU 5 JANVIER 1889. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Mensuration des globules sanguins : M. Malassez. — La moelle comme centre nerveux : M. Brown-Séquard. — Définition de l'être vivant : M. Lataste. — Relations entre la transpiration et l'assimilation chlorophylliennes : M. Jumelle. — Rôle des principes constitutifs des êtres vivants : MM. Chabry et Pouchet. — Action de l'aniline et des toluidines sur le sang : MM. Meyer et Werthelmer. — Sur un diffusiographe : M. Regnard.

M. *Malassez* décrit le procédé qu'il emploie pour mesurer les globules sanguins et qui consiste essentiellement, après avoir dessiné à la chambre claire, à un grossissement connu, une bonne préparation de sang, à mesurer ensuite des globules dessinés et à en déduire les diamètres.

— M. *Brown-Séquard* rapporte quelques faits qui montrent l'importance de la moelle en tant que centre nerveux capable d'agir par lui-même.

— M. *Lataste* expose une série de considérations qui l'ont amené à proposer une définition nouvelle de l'être vivant.

— M. *Bonnier* présente une note de M. *Jumelle* sur les rapports qui existent entre les deux grandes fonctions de la chorophylle, l'assimilation et la transpiration. D'après les expériences de M. Jumelle, les deux phénomènes sont en raison inverse l'un de l'autre.

— M. *Pouchet* a cherché à voir avec M. *Chabry* ce que devient un animal, comment il se développe, quand on supprime du milieu dans lequel il doit vivre un des principes immédiats nécessaires à son existence. Les expériences ont été faites sur des œufs d'oursins élevés dans de l'eau de mer, débarrassée de sa chaux. Or, dans ces conditions, le développement des larves est considérablement retardé. De plus, l'être n'atteint pas sa forme définitive ; il ne devient jamais étoile de mer.

— M. *Balzer* dépose une note de MM. *Meyer* et *Wertheimer* (de Lille) sur l'influence de l'aniline et des toluidines sur la capacité respiratoire du sang et sur la température. Ces diverses substances agissent dans le même sens, pour abaisser la capacité respiratoire et la température, mais l'aniline est plus active.

— M. *Regnard* décrit un appareil qu'il emploie pour étudier la diffusion, ou *diffusiographe*.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CRÉQUY.

Rapport sur le traitement de la fièvre typhoïde par l'inée : M. Grellety. — Strophantate de chaux : M. Catillon. — Hygiène alimentaire des diabétiques : M. Dujardin-Beaumetz (Discussion : MM. C. Paul, Duchenne, Blondel). — Renouvellement du bureau — Élections.

M. *Grellety* lit son rapport sur le mémoire de M. Poulet (de Plancher-les-Mines), relatif au traitement de la fièvre typhoïde par l'inée. Il conclut à l'insuffisance numérique des observations pour permettre de porter un jugement scientifique, et partage les doutes de MM. Bucquoy et Catillon sur l'innocuité des doses élevées qui ont été employées.

— M. *Catillon* rappelle qu'il a extrait des semences de strophantus un corps azoté. On peut obtenir ce corps à l'état de strophantate de chaux ; pour cela, après avoir épuisé le strophantus par l'alcool fort pour en extraire la strophantine, on traite le résidu par l'eau distillée. A la liqueur obtenue, on mélange un lait de chaux, et on sépare par filtration le dépôt qui s'est formé. Dans le liquide filtré on fait alors passer un courant d'acide carbonique pour saturer l'excès de chaux : on filtre à nouveau et on évapore. Au cours de l'évaporation il se forme un nouveau dépôt calcaire que l'on sépare par une dernière filtration lorsque le liquide est en consistance sirupeuse, puis on dessèche dans le vide. Le produit est déliquescent, sans saveur prononcée, non toxique. Le corps azoté uni à la chaux serait un amide ; il n'offre pas les réactions des alcaloïdes. Il semble avoir des propriétés diurétiques, et peut-être représente-t-il le principe diurétique du strophantus.

— M. *Dujardin-Beaumetz* fait une communication sur l'emploi de la saccharine, de la légumine, de la fromentine et du soya dans le régime des diabétiques. La saccharine, qui a été repoussée à juste titre comme aliment, reste un médicament utile chez les diabétiques, dont un grand nombre ne peuvent se résoudre à la privation des boissons sucrées. Elle peut servir également, bien qu'il y ait quelque difficulté de pratique, pour sucrer certains aliments. On n'observe d'accidents gastriques que si son usage est trop

prolongé ou les doses trop élevées. — Pour remplacer le pain de gluten qui renferme encore, pour les meilleures marques, de 19 à 20 pour 100 d'amidon, on a proposé la légumine, dont M. Bovet a entretenu la Société dans une séance antérieure, puis la fromentine et le soya. La fromentine, ainsi que l'a montré M. Douliot, peut être extraite de l'embryon des grains de blé, facilement séparé aujourd'hui par un procédé spécial de meunerie. Cet embryon renferme une huile, purgative à la dose de 10 grammes, dite huile de froment; lorsqu'elle a été retirée de l'embryon, on peut alors obtenir une farine avec laquelle on prépare des potages assez agréables, ou des biscuits auxquels on incorpore de la saccharine et du jaune d'œuf. Mais jusqu'ici la panification n'a pu être obtenue. — Le soya est un haricot du Japon, cultivé en grand en Autriche, dans lequel l'analyse chimique et l'examen histologique, pratiqué par M. Blondel, ont démontré l'absence de fécule : à peine en existe-t-il 2 pour 100. On est parvenu à extraire l'huile de soya, purgative comme l'huile de froment, et à confectionner des pains d'un goût agréable (Le Cerf, Aurioli). Le pain vendu dans le commerce sous le nom de pain de gluten et de soya (Bourdin) renferme 40 pour 100 de matières féculentes; il est certes plus azoté que le pain de gluten, mais il renferme plus de fécule. Avec la farine de soya on prépare aussi des biscottes pour potages, et, en ajoutant de la saccharine, des gaufrettes et des pâtisseries. Le pain de soya, qui renferme toujours une petite quantité d'huile de soya, a des propriétés laxatives qui peuvent rendre des services dans bien des cas. Les pommes de terre peuvent être employées comme succédanées du pain de gluten, car elles renferment moins d'amidon *à poids égal;* il faut donc en consommer une faible quantité et choisir les espèces oblongues, peu farineuses, que l'on fera cuire à l'eau après les avoir épluchées. D'ailleurs, il ne peut y avoir un régime type, invariable; chaque diabétique présente une susceptibilité particulière pour certains aliments: fruits, raisins, lait. La nécessité s'impose d'étudier chaque malade par des analyses fréquentes de ses urines.

M. *C. Paul* partage l'opinion de M. Dujardin-Beaumetz à l'égard de la saccharine qui constitue en outre un antiseptique buccal excellent pour les diabétiques. Le pain de gluten possède un avantage sur le pain ordinaire qui ne renferme pas beaucoup plus d'amidon (45 à 52 pour 100), c'est de provoquer une mastication prolongée et une salivation utile pour la digestion des féculents. Il faut savoir, d'ailleurs, que les glycosuriques offrent des oscillations énormes dans le taux du sucre urinaire suivant l'alimentation et le degré plus ou moins complet de digestion; les diabétiques vrais ont un taux de glycosurie sensiblement constant.

M. *Duchenne* fait remarquer que le cidre nouveau doit être proscrit de l'alimentation des diabétiques, auxquels on peut permettre le cidre fermenté.

M. *Blondel* pense que le principe purgatif du soya est une résine et non l'huile elle-même, qui ne purge qu'à dose assez élevée, en tant qu'aliment indigeste.

M. *Dujardin-Beaumetz* rappelle que le diabétique soumis à un régime sévère arrive souvent à maigrir; aussi doit-il être surveillé avec grand soin. On devra lui prescrire alors des aliments gras qu'on peut classer dans l'ordre suivant : sardines ou thon à l'huile, hareng saur; lard, graisse d'oie, beurre; rillettes, charcuterie, pâté de foie gras, caviar. On peut conseiller trois sortes de soupes : soupe aux choux et au lard, soupe aux œufs pochés, soupe aux oignons et aux œufs; enfin choucroute garnie. D'autre part, l'analyse des urines par le procédé qu'a recommandé M. Duhomme rendra de grands services pour surveiller le régime, le malade pouvant se rendre compte par lui-même, chaque jour, des résultats fournis par les divers aliments.

— Sont nommés pour 1889 : *Président*, M. Fernet; *vice-président*, M. E. Labbé; *secrétaire général*, M. C. Paul; *secrétaires annuels*, MM. Grellety, Ern. Labbée.

— Sont élus : *membres titulaires médecins*, MM. Léon Petit, Dubousquet-Laborderie; *pharmaciens*, MM. Kügler, de Saint-Martin. — *Membres correspondants nationaux*, MM. Lapeye (du Cannet), Hamayde (de Fumay); *correspondants étrangers*, MM. Semmola (Naples), Candido Herrero (Béjar-Espagne), Robinson (Constantinople), Kalindero (Bucharest), Botkine, Winocouroff, Loris Melikoff, Affanafieff et Vassilief (Russie).

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

SÉANCE DU 9 JANVIER 1889. — PRÉSIDENCE DE M. FERNET.

Du sulfonal : M. C. Paul. — Même sujet : M. H. Huchard (Discussion : MM. Moutard-Martin, Hénocque).

M. *Fernet* prononce l'allocution d'usage en prenant place au fauteuil de la présidence.

— M. *C. Paul* donne lecture d'un mémoire sur le *sulfonal*. C'est un carbure d'hydrogène dérivé du gaz des marais : c'est le diéthyl-diméthyl-méthal. Corps blanc, cristallisé, insoluble dans l'eau froide, très peu soluble dans l'eau chaude (450 parties d'eau à 40 degrés ; 18 à 20 à 100 degrés), soluble dans l'alcool, l'éther, le chloroforme. Il n'est pas attaqué par les acides énergiques et les alcalis caustiques. Il n'a ni odeur, ni saveur. Les recherches de Kramer ont montré qu'il n'a pas d'action sur le ferment salivaire, qu'il ne ralentit pas la digestion par le suc gastrique, ni la digestion de la fibrine par le suc pancréatique, ainsi que le font l'hydrate d'amyle, la paraldéhyde, le chloral. Il ne s'élimine pas dans l'urine à l'état de sulfonal mais sous forme d'un composé sulfureux encore mal déterminé. Kast (de Fribourg) a reconnu qu'il produit le sommeil sans état saburral au réveil. C'est en effet un somnifère dont l'action est plus tardive que celle du chloral, mais n'amène pas de dépression cardiaque; il ne présente pas l'inconvénient de l'accumulation des doses. Les auteurs allemands qui l'ont expérimenté ont rapporté deux cas d'efflorescence cutanée scarlatiniforme à la suite de son ingestion. En Allemagne et en Autriche on en a obtenu, à la dose de 1 ou 2 grammes, d'excellents effets, 95 fois sur 100 dans l'insomnie nerveuse; M. C. Paul l'a employé chez trente sujets atteints de cette insomnie, et cela avec un succès constant. Il a remarqué que la nuit qui suit celle où il a été administré est ordinairement bonne alors même qu'on n'en a pas donné de nouveau. Dans l'insomnie causée par la douleur il peut également réussir; chez les aliénés il a une action moins rapide, mais plus durable que le chloral. Dans le délire alcoolique il donne de bons résultats à la dose de 3 grammes, mais reste insuffisant contre le delirium tremens. Chez un épileptique en période d'accès, 3 grammes ont amené un sommeil calme de sept heures. Il a également réussi, à la dose de 3 et 4 grammes, entre les mains d'Ostreicher contre l'insomnie délirante des dépressions mentales; le même observateur, et aussi Schönborn, l'ont employé avec succès pour combattre la morphinomanie. Enfin, il fait dormir les cardiaques sans avoir aucune action nocive sur le cœur. On peut l'administrer dans du pain à chanter, ou dans une boisson chaude assez abondante, telle qu'une tasse de thé, de lait ou de bouillon. Les doses varient de 1 à 4 grammes, la dose de 1 gramme est généralement suffisante. Chez les enfants on peut prescrire 25 à 50 centigrammes. Il doit être administré le soir à une distance quelconque du repas puisqu'il ne trouble pas la digestion. On doit s'assurer qu'il est bien purifié et n'offre ni odeur ni saveur.

M. *H. Huchard* a expérimenté le sulfonal chez des phthisiques dès le mois de juillet dernier; mais, ayant obtenu peu de résultats et sa faible provision étant épuisée, il y avait renoncé. Il a repris ses recherches au mois de novembre chez une hystérique dont l'insomnie a été calmée; puis chez un phthisique qui, avec une dose de 2 grammes a été plongé dans un état de somnolence d'une dizaine de jours de durée. Chez les cardio-aortiques il donne de très bons effets, mais réussit mal dans les affections mitrales asystoliques. Dans un cas de rétrécissement mitral, avec 2 et 3 grammes, il a obtenu un sommeil de huit heures suivi de sensations de brisement des membres, de vertiges et de titubation. Ce n'est pas un anesthésique, aussi agit-il peu dans la névralgie faciale. Dans un cas de rhumatisme articulaire subaigu il a donné cinq à six heures de sommeil. Enfin, il a échoué dans le ramollissement cérébral sénile, et dans cinq cas sur quatorze d'asphyxie locale des extrémités. Ces résultats concordent avec ceux obtenus par Kiefer (de Nancy). En résumé il agit surtout contre l'insomnie nerveuse; il est moins sûr dans les autres cas et laisse d'ordinaire au réveil de la lourdeur de tête, avec fatigue, douleurs des membres, sensation d'ivresse, sorte de titubation cérébelleuse. Il présente une lenteur d'absorption et d'action très manifestes. A la dose de 1 à 3 grammes, il procure six à huit heures de sommeil; dans un cas, trente-six heures (Kiefer). En résumé c'est un somnifère qui n'est nullement supérieur au chloral; il a l'avantage de ne troubler en rien les phénomènes digestifs, respiratoires ou circulatoires, et de prolonger son action pendant plusieurs jours.

M. *Moutard-Martin* l'a expérimenté sur lui-même à plusieurs reprises contre l'insomnie tenant à l'asthme; il a constamment éprouvé au réveil du malaise, de la fatigue, de la lourdeur de tête. Une dose de 1 gramme amenait le sommeil au bout d'une heure et demie : le sommeil durait environ sept à huit heures.

M. *C. Paul* ajoute que ce médicament n'étant pas anesthésique des voies respiratoires ne saurait calmer la toux; mais il peut agir comme adjuvant de la codéine: la toux étant calmée par elle, le sulfonal amène le sommeil. Il en est de même chez les rhumatisants lorsque l'on calme les douleurs avec le salicylate. Dans l'insomnie nerveuse il l'a toujours vu agir rapidement : le sommeil survient au bout d'une demi-heure, le réveil n'a jamais été accompagné de sensations pénibles.

M. *Hénocque* a recherché l'action du sulfonal sur le sang : il ne détermine pas d'altérations, et la quantité d'oxyhémoglobine est plutôt supérieure à la moyenne normale. A dose énorme il fait périr les animaux par arrêt des échanges et l'on constate la couleur rouge du sang et des tissus comme dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone ou l'acide prussique. Ce n'est donc pas un poison du sang, et il n'arrête pas la respiration qui persiste jusqu'à la mort. Chez le cobaye qui a ingéré une dose massive on observe le sommeil, avec sensibilité exagérée, tremblements et abaissement de la température à 32 degrés. Les recherches cliniques devront prononcer en dernier ressort.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

André Petit.

Société anatomique.

SÉANCE DU 4 JANVIER 1889. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

M. *Tison* fait voir un *anévrysme de l'aorte ouvert dans le péricarde.*

— M. *Girade* relate un cas de *gangrène massive du poumon chez un tuberculeux.*

— M. *Castex* communique une observation de *sarcomatose péritonéale.*

— M. *Ricard* décrit les *rapports de la glande sous-maxillaire* et leurs conséquences pour la ligature de l'artère linguale.

REVUE DES JOURNAUX

De l'immunité contre la phthisie pulmonaire chez les ouvriers des fours à chaux, par M. Halter. — Les ouvriers des fours à chaux de Lengerichreh sont préservés de la phthisie pulmonaire, alors que le reste de la population en est souvent atteinte. L'auteur a recherché les causes de cette immunité, bien réelle; sans s'arrêter à l'idée d'une crétification des tubercules par inspiration directe de poussières calcaires, il l'attribue à la double action de la sécheresse et de l'échauffement de l'air.

Les ouvriers des fours sont soumis à une température de 65 à 70 degrés. L'air sec qu'ils respirent a les propriétés des stations climatériques favorables aux phthisiques par la sécheresse de l'atmosphère. Le bacille périt plus vite dans l'air sec que dans l'air humide, ainsi que l'a montré Sormani.

L'air échauffé des fours a la raréfaction des altitudes élevées et leur pureté au point de vue des microbes. Le séjour dans ce milieu raréfié est comparable à celui des hautes montagnes. La respiration y devient plus rapide et la ventilation pulmonaire est plus complète. Mais c'est la température de l'air qui influe le plus sur la vitalité des bacilles. Koch a montré qu'ils se développent le mieux de 37 à 38 degrés; au delà ils souffrent; à 41 degrés ils périssent. Quand les ouvriers sont exposés à la chaleur des fours, leur température s'élève, et chez les non-acclimatés dépasse 38 degrés; la température de l'air expiré s'élève aussi. Il en résulte que pendant les heures de travail, l'air contenu dans les poumons est porté à une température nuisible au développement des bacilles, qui meurent quand cette température arrive à 41 degrés. L'élévation fébrile de la température est un des remèdes les plus actifs qui soient à la disposition de l'organisme humain dans sa lutte contre les parasites. Ces parasites supportent bien moins une température élevée que les cellules de l'organisme : ce n'est qu'à 49 ou 50 degrés que les globules sanguins et les cellules des glandes perdent leurs propriétés physiologiques. Par contre le bacille du choléra périt à 40 degrés, celui du charbon à 41 degrés. Pasteur n'a-t-il pas conféré l'immunité contre le charbon, en élevant la température des animaux inoculés? C'est donc une erreur thérapeutique que d'espérer être utile dans les fièvres infectieuses en abaissant la température.

Les inspirations d'air chaud et sec sont donc indiquées comme moyen prophylactique et comme moyen thérapeutique dans la phthisie pulmonaire. Les muqueuses respiratoires supportent aisément l'air chaud; ce n'est qu'au delà de 120 degrés que survient un sentiment de chaleur et de dessiccation. L'auteur a imaginé un appareil qui répond à ces indications. Du reste on obtient des résultats satisfaisants en été en chauffant les chambres à 55 degrés. Cette méthode trouve aussi son application dans le traitement de la diphthérie et de la coqueluche. (*Berliner klinische Wochensch.*, 3 septembre 1888, 17 septembre 1888.)

Influence remarquable des piqûres d'abeilles sur le rhumatisme, par M. Terc. — La piqûre d'une abeille laisse habituellement après elle une tuméfaction plus ou moins considérable. Mais, après un certain nombre de piqûres, celle-ci ne se produira plus, parce que l'organisme aura acquis l'immunité. Chez les rhumatisants (à l'exception des rhumatisants blennorrhagiques), la tuméfaction ne se produit pas d'emblée, et n'ap-

paraît qu'après un certain nombre de piqûres; en les continuant, il arrivera un moment où le gonflement ne se produira plus. Le malade se trouvera alors guéri de son rhumatisme et pendant quelque temps à l'abri des récidives. Pour arriver à l'immunité complète, il faudra saturer l'économie avec du venin d'abeilles. L'auteur a appliqué cette méthode dans 173 cas et fait 39000 piqûres; il lui doit des succès dans des cas aigus, mais surtout dans des formes chroniques où les malades, atteints de cachexie rhumatismale, se trouvaient dans des conditions désespérées. Il faut quelquefois appliquer des centaines de piqûres à un malade, mais il est à noter qu'elles sont moins douloureuses chez les rhumatisants que chez les personnes saines. (*Wiener medicinische Presse*, 26 août 1888, 30 septembre 1888.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et du nez, par MM. C. MIOT et J. BARATOUX, 3e et 4e parties. — Paris, 1888.

Quatre années se sont écoulées entre la publication des deux premières parties de cet ouvrage et la mise en vente des deux suivantes. Un tel retard, une telle lenteur, ne peuvent que nuire à l'œuvre, dont les premiers fascicules ne sont déjà plus au courant de la science, bien que consacrés uniquement à l'anatomie, à la physiologie, à l'exploration des organes de l'audition et de l'olfaction. La troisième partie traite de l'hygiène de l'oreille, de l'influence de l'âge, du sexe, des vêtements, des climats, des professions, etc., sur le fonctionnement de l'appareil auditif. A l'imitation des ophthalmologistes, les auristes demandent que les enfants soient sévèrement examinés, que la portée de l'ouïe soit constatée dès leur entrée à l'école, pour qu'on puisse prendre à leur égard les mesures nécessaires. L'opportunité de cette pratique ne nous paraît pas absolument démontrée, et nous pensons qu'un tel soin appartient aux familles. Sous prétexte d'hygiène, la médecine, il nous semble, devient fort exigeante et passablement tracassière.

Dans la quatrième partie de l'ouvrage sont étudiées les maladies de l'oreille externe, conduit et pavillon. D'une façon générale, en dehors des chapitres consacrés aux corps étrangers du méat auditif, aux otites externes, aux exostoses, les descriptions nous ont paru bien longues. L'histoire de l'othématome ne comprend pas moins de quinze pages : les affections banales de la peau, érythème, eczéma, lupus, myxôme, épithélioma, etc., etc., sont traitées avec des détails qui ressortissent de la pathologie générale et non d'un traité spécial. Nous ne possédons pas en France, à l'heure actuelle, de traité des maladies de l'oreille comparable aux ouvrages de Toynbee, de Politzer, etc. Nos distingués confrères, MM. Miot et Baratoux, ont entrepris de combler cette lacune. Nous sommes heureux de les en féliciter, et si nous nous permettons de critiquer ici quelques points de leur œuvre, c'est qu'il nous tient au cœur de voir s'achever rapidement leur important travail. Qu'ils fassent bien et vite, nous nous déclarons satisfait.

J. CHAUVEL.

VARIÉTÉS

CONCOURS D'AGRÉGATION DE MÉDECINE. — L'épreuve des trois quarts d'heure s'est terminée vendredi soir. Les questions traitées à cette épreuve depuis le commencement du concours sont les suivantes :

« Anatomie pathologique et diagnostic des ulcérations de l'estomac. — Syphilis des amygdales. — Symptômes et diagnostic de la diphthérie laryngée. — De la mort dans la scarlatine. — De la mort dans la variole. — Accidents pleuro-pulmonaires du mal de Bright. — Paralysie du voile du palais. — Hémoptysies non tuberculeuses. — Les arthrites dans les maladies infectieuses. — Syphilis héréditaire des nouveau-nés. — Formes abortives de la fièvre typhoïde. — Causes de la mort dans l'anévrysme de la crosse de l'aorte. — Broncho-pneumonie rubéolique. — Diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début. »

CHIRURGIENS DES HÔPITAUX. — Par suite de la création d'un nouveau service de chirurgie à l'hôpital Tenon et du classement de l'hôpital Broussais, les mutations suivantes ont eu lieu dans le service chirurgical : M. Reclus passe de l'hôpital Tenon à l'hôpital Broussais; M. Felizet de l'hospice des Incurables (Ivry) à l'hôpital Tenon; M. Richelot de l'hospice de Bicêtre à l'hôpital Tenon ; M. Kirmisson du Bureau central à l'hospice d'Ivry ; M. Schwartz du Bureau central à l'hospice de Bicêtre.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'externat.* Ont été nommés: MM. Mouchet, Bouglé, Glantenay, Lévy, Kuss, Péron, Funck, Douënel, Junien-Lavillauroy, Le Marc'Hadour, Touvenaint (Léon), Guépin, Griner, Hatigne, Guibert, Roussel, Marmasse, Duchemin, Debayle, Sainton (Marie-Adrien), Gannelon, Gnitton, Barrié, Darin, Macé, Pochon, Raffray, Malapert, Berthelin, Thévenard, Du Bonays de Couesloнc, Dupasquier, Lebon, Pineau (Arsène), Thiercelin, Barbier, Josué, Grasset, Pécharman, Manson, Hervé, Gauthier, Viguès, Le Tanneur, Antheaume, Mlle Cherchevesky, Chrétien, Morin, Richerolle, Larger, Dubrisay, Veslin, Bardol, Leblond, Héchet, Parisot, Honneau, Meyer, Meurisse, Breton, Calbet, Auclair, Tariel, Le Seigneur, Barozzi, Clément, Bertillon, Lapointe, Cazin, Mourette, Raynal, de Brazza, Ducellier, Henoit, Huguenin, Tollemer, Dujon, Navarro, Lieffring, Chesnay, Dimey, Brandès, Comte, Castro, Nann, Michailowski, Legrand, Lucas, Lucron, Chapdelaine, Lacombe, Couvreur, Caryophyllis, Villeprand, Launay, Lajotte, Perruchet, Lafont, Archambaud, Arrizabalaga, Pascal, Legros, Isidor, Héan, Duhost, Martin (Louis), Vignaudon, Halonchery, Goupil, Artus (Maurice), Houdaille, Rescoussié, Main, Matton, Haury, Dessirier, Haillet, Flandre, Hobbs, Camescasse, Lagoudakis, Bernard, Abel, Thomas, Pégou, Théloan, Codet, Leclercq, Plichon, Collas, Regnault, Le Stunf, Solary, Galmard, Ouvry, Lorrain, Mirkovitch, Picot, Marchand, Paquy, Maurice, Rancurel, d'Hottman de Villiers, Arnaud, Choppin, Galpin, Coriton, Pineau (Henry-Eugène), Glover, Artault, Duma, Sorel, Houtroux, Paulidès, Poulain, Bergeret-Jeannet, Houchez, Levet, Cordillot, Duvivier, Colin, Siguier, Thiébault, Placet, Finck, de Bourgon, Ribell, Martin (Louis-François-Albert), Grémaud, Paulin, Duvacher, Moitier, Mlle Kolopothakès, Spindler, Ecart, Moussaud, de Amaral, Carpentier, Anscher, Bon, Petitbon, Trekaki, Roux, Gresset, Vibert, Duprat, Carré, Brisson, Renons, Leroy, Got, Danin, Crochet, Millon, Richard, Delaire, Beauvallet, Dauriac (Jules), Chauvel, Marchal, Larricq, Hamel, Mathieu, Léonard, Siron, Sainton (Roger), Vélimirovitch, Chereau, Chamozzi, Louvel, Arthus (Nicolas-Maurice), Aragon, Mirovitch, Péchaud, Danm, Faurichon, Bossu, Mergier, Larcena, Durand, Decourt, Martin (François), Frirotel, Clarac, Artières, Derchen, Jay, Faussillon, Dutournier (Adrien), Hougan, Mme Pilet, Hayeux, Mme Rechtsamer, Veillon, Athanassio, Crevecœur, Pinault, Danet, Bondesio, Modiano, Cheminade, Boutin, Venillot, de Ribier, Cantacuzène, Leterrier, Brunet, Emery, Stojanovitch, Mlle Zlotwoska, Perdrizet, Fourault, Poirier (Arsène), Goehbaum, Chanson, Levadoux, Bidault, Fairé, Le Guern, Dufour (René-Jules), Langlois, Surel, Rémy-Néris, Samalens, Mlle Halaban, Darras (Charles), Charlier, Stavaux, Bourgogne, Salmon, Georgevitch, Collinet, Silva, Mally, Hilhilis, Poirier (Maurice), Ménos, Fouquet, Larsonneur, Coursier, Rollin, Thomas (Charles-Jules-François), Ancelet, Frumusianu, Mallet (Henri), Bouquet (Henri), Bosnière, Réville, Guyot, Claudel, Houley, Calton, Zolotnisky, Tennant, Corny, Mennessier, Duret, Riche, Halusseau, Guérin.

HÔTEL-DIEU. — Des conférences cliniques auront lieu à l'Hôtel-Dieu, dans le laboratoire de M. Proust, les mercredi et vendredi de chaque semaine.

Maladies du système nerveux et maladies mentales, M. Gilbert Ballet; pharmacologie, M. Villejean; maladies du tube digestif, M. Mathieu; maladies du larynx, M. Luhet-Barbon.

La première conférence sur les affections du système nerveux aura lieu le mercredi 16 janvier à dix heures.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — Un décret de M. le Président de la République vient de nommer membres du Comité consultatif d'hygiène publique de France : MM. les docteurs Cornil, Bourneville, Napias, A.-J. Martin, Richard et Bertillon.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Par décret, en date du 9 janvier 1889, M. le docteur Merget, docteur ès sciences, est nommé professeur de physique médicale.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. le docteur Ducamp est nommé chef de clinique médicale (emploi nouveau).

M. Pansier est nommé aide de clinique ophthalmologique (emploi nouveau).

ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — Par arrêté ministériel, en date 12 janvier 1889, un concours s'ouvrira, le 15 juillet 1889, à l'École de médecine d'Alger, pour l'emploi de chef des travaux physiques et chimiques à ladite École.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Le cadre des professeurs des Facultés et Écoles supérieures de pharmacie a été arrêté ainsi qu'il suit, au 1er janvier 1889 :

Première classe: 11000 francs. — MM. Coze (de Nancy); Moitessier (de Montpellier); Feltz (de Nancy); Wannebroucq et Folet (de Lille).

Deuxième classe: 10000 francs. — MM. Hecht et Beaunis (de Nancy); Castan (de Montpellier); Poincarré (de Nancy); Paquet et Gaulard (de Lille).

Troisième classe: 8000 francs. — MM. Jaumes, Dubrueil, Bertin et Engel (de Montpellier); Lallement, Gross et Bernheim (de Nancy); Grasset et Grynfelt (de Montpellier) ; Chrétien et Charpentier (de Nancy); Lannegrâce (de Montpellier); Heydenreich (de Nancy); Chalot et Tédenat (de Montpellier); Weiss (de Nancy); Lotar, Lescœur, Arnould et Hallez (de Lille); Hamelin (de Montpellier) ; Castiaux (de Lille) ; Spillmann (de Nancy); Moniez, Herrmann, Tournaux, Leloir et Dubar (de Lille).

Quatrième classe: 6000 francs. — MM. Paulet (de Montpellier); Malosse (d'Alger) ; Garnier et Hergott (de Nancy) ; Carrieu, Kiener et Mairet (de Montpellier); Leroy, Baudry et Debierre (de Lille).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Blanc (Émile) est chargé des fonctions de chef de clinique obstétricale, en remplacement de M. Blanc (Edmond), démissionnaire.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — M. le docteur Gaboriaud est nommé chef de clinique médicale.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — M. Lespiau est nommé suppléant des chaires de physique et de chimie.

GAZETTE DE GYNÉCOLOGIE. — M. le docteur P. Ménière nous prie d'annoncer que son état de santé ne lui permet plus de diriger ce journal, non plus que sa clinique de la rue du Pont-de-Lodi, qui cessent d'exister à dater de ce jour.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Ont été promus :

Au grade de médecin en chef : M. Laugier, médecin principal.

Au grade de médecin principal : M. Burot, médecin de 1re classe.

Au grade de médecin de 1re classe : Les médecins de 2e classe : MM. Deblenne, Morain et Roussin.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (séance du vendredi 25 janvier 1889). — *Ordre du jour :* Discussion sur les rapports du goitre exophthalmique et de l'ataxie locomotrice. — M. Brissaud: Tuberculose cutanée. — M. Sevestre : L'hôpital des Enfants-Assistés en 1888. — M. Edgar Hirtz: Du pouls capillaire dans la plaque d'urticaire. — M. de Beurmann : Un cas de mort par tétanie dans le cours d'une dilatation de l'estomac. — M. Huchard : Sur un nouveau syndrome cardiaque: l'embryocardie.

MONUMENT DE DAVIEL. — Le comité de souscription pour l'érection d'un monument à la mémoire de Jacques Daviel a décidé, dans sa dernière réunion : 1° que le monument serait élevé à Bernay, chef-lieu de l'arrondissement dans lequel Daviel est né ; 2° que la souscription resterait ouverte.

Il a été exprimé l'espoir que les sommes souscrites conditionnellement en faveur de La Barre, lieu de naissance de Daviel, pourront, avec l'assentiment des souscripteurs, être consacrées à l'exécution, pour cette commune, d'un travail de sculpture, par l'artiste qui sera chargé du monument.

Une Commission a été nommée pour s'occuper de l'exécution de ce monument. Elle se compose de MM. les docteurs Panas, président du comité; Brun, trésorier ; Horteloup, secrétaire ; M. Puel, maire de Bernay.

Les souscriptions sont reçues : à Paris, chez M. le docteur Brun, trésorier, rue d'Aumale, 23, et au siège du comité, chez M. le docteur Horteloup, rue de la Victoire, 76.

SOUSCRIPTION DUCHENNE (DE BOULOGNE).

Deuxième liste.

MM. Regnard	10 fr.	»
Motet	20	»
Gaston	10	»
Charcot fils	20	»
Marchand	20	»
Barth	20	»
Chauffard	20	»
Teissier père	20	»
Letulle	20	»
Segond	20	»
Cazalis	10	»
Legroux	20	»
Polaillon	20	»
Galippe	10	»
Fernet	20	»
Du Castel	20	»
Millard	20	»
Hayem	20	»
Féré	20	»
Lailler	20	»
Monod	20	»
Jalaguier	20	»
Pinard	20	»
Nélaton	20	»
Brault	20	»
Dieulafoy	20	»
Luys	20	»
Hallopeau	20	»
Bouchereau	10	»
Josserand	20	»
Roques (de Lyon)	20	»
Total	570	»
Montant de la liste précédente	1090	»
TOTAL GÉNÉRAL	1660 fr.	»

MORTALITÉ A PARIS (1re semaine, du 30 décembre 1888 au 5 janvier 1889. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 5. — Variole, 3. — Rougeole, 43. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 3. — Diphthérie, croup, 40. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 168. — Autres tuberculoses, 14. — Tumeurs : cancéreuses, 47 ; autres, 7. — Méningite, 30. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 52. — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 7. — Maladies organiques du cœur, 70. — Bronchite aiguë, 23. — Bronchique chronique, 48. — Broncho-pneumonie, 32. — Pneumonie, 52. — Gastro-entérite : sein, 8; biberon, 38. — Autres diarrhées, 6. — Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 32. — Sénilité, 30. — Suicides, 13. — Autres morts violentes, 12. — Autres causes de mort, 161. — Causes inconnues, 14. — Total : 970.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traité pratique de la syphilis, par M. le docteur Langlebert. 1 vol. in-12 de 610 pages, cartonné diamant, tranche rouge. Paris, O. Doin. 7 fr.

De la suggestion et du somnambulisme dans leurs rapports avec la jurisprudence et la médecine légale, par M. J. Liégeois. 1 beau volume in-12 de 760 pages. Paris, O. Doin. 7 fr. 50

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

17011. — MOTTEROZ. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 23 janvier 1888.

Académie de médecine : **Le strophantus. — Avantages et inconvénients des alcaloïdes.**

Saurons-nous enfin, après la discussion académique, ce qu'il faut penser du strophantus et dans quelles conditions il convient de le prescrire ? On aurait pu en douter après avoir entendu la longue communication de M. G. Sée sur les maladies du cœur et les médicaments cardiaques. Presque tous les médecins sont, en effet, d'accord pour affirmer que la strophantine ne produit pas des effets identiques à ceux du strophantus. M. G. Sée affirme le contraire. Presque tous ceux qui ont suffisamment expérimenté l'extrait ou la teinture de strophantus ont reconnu, comme l'a bien dit M. C. Paul, que ces médicaments rendent de réels services comme diurétiques et comme toniques du cœur. M. G. Sée conteste ces conclusions. Il faut donc attendre encore pour conclure. D'ailleurs, dans son travail, M. G. Sée a paru surtout vouloir affirmer l'opportunité de la substitution des alcaloïdes aux préparations pharmaceutiques directement tirées des plantes. La quinine, dit-il, est supérieure au quinquina et le vin de quinquina ne sert dans les hôpitaux qu'à favoriser l'intempérance des infirmiers; la morphine vaut mieux que l'opium; la digitaline que la digitale, etc.

Nous l'avons déjà dit et nous tenons à le redire, car la question a une grande importance au point de vue pratique, nous ne partageons pas cette manière de voir. Sans doute la découverte des alcaloïdes a permis l'étude scientifique, expérimentale, d'un grand nombre de médicaments. Leur administration produit assez rapidement des effets thérapeutiques que ne donnent pas les extraits ou les teintures tirés directement des plantes. Il est non moins démontré que les préparations trop complexes, les *thériaques* si chères aux anciens médecins, sont souvent inutiles. Mais il n'en faudrait pas conclure à l'identité d'action d'un alcaloïde et d'une substance pharmaceutique extraite d'une plante. Non, la quinine n'est point identique au quinquina, l'émétine à l'ipéca, la digitaline à la digitale. Il serait très dangereux à notre avis de conseiller aux praticiens cette médecine des alcaloïdes dont une certaine école abuse singulièrement depuis des années et qui ne jugule pas plus les maladies qu'elle ne peut remplir toutes les indications thérapeutiques. Jamais, avec la digitaline, on n'obtiendra les effets diurétiques que donne l'infusion de digitale ; jamais les préparations de quinine ne remplaceront le vin de quinquina.

Il y a autre chose encore à faire remarquer à ce sujet : L'art de formuler, qui se perd de plus en plus chaque jour, parce que l'on abuse des granules et des spécialités, consiste précisément à choisir divers produits médicamenteux et à les associer de manière à mitiger l'action directe que ces produits peuvent exercer sur la muqueuse de l'estomac, à favoriser leur absorption, à stimuler les organes d'élimination pour éviter la saturation et l'accumulation médicamenteuses. Les adjuvants, les correctifs, les excipients, etc., ne sont pas indifférents en thérapeutique. Et l'association des médicaments est des plus utiles dans un grand nombre de circonstances.

Tout en reconnaissant donc avec M. G. Sée que l'introduction en thérapeutique de certains alcaloïdes a été un grand progrès, nous croyons encore à l'utilité des médicaments plus complexes au point de vue chimique, mais autrement efficaces au point de vue pratique, que la nature nous fournit. Et nous pensons, avec Foussagrives, qu'en compliquant ce qui est simple et en simplifiant ce qui est complexe on n'est jamais dans la mesure et qu'on reste à côté de la vérité.

Mais ce qu'il convient surtout de retenir de la communication de M. Sée, c'est l'étude qu'il a faite des diverses formes de maladies cardiaques, c'est cette affirmation si vraie qu'il en est qui se maintiennent longtemps sans aggravation apparente, sans troubles sérieux de l'organisme; c'est tout ce qu'il a dit au sujet de l'efficacité si précieuse, si constante, de l'iodure de potassium non seulement dans les affections scléreuses, mais encore dans bien des endocardiques; c'est enfin sa classification des médicaments cardiaques.

Quant au strophantus, personne n'a jamais prétendu qu'il pouvait remplacer soit la digitale, soit l'iodure de potassium ou même la caféine qui restent les plus utiles parmi les médicaments cardiaques. Mais n'est-ce point quelque chose que de pouvoir, alors que la digitaline est funeste, la digitale peu ou point tolérée après quelques jours d'administration, la caféine inefficace, ranimer l'activité du

cœur et entretenir une diurèse *suffisante* jusqu'à ce que quelques jours de repos permettent au malade de reprendre l'usage soit du lait additionné d'iodure, soit de l'infusion de digitale? Repétons-le: parmi les trop nombreux médicaments que l'on vante outre mesure, le strophantus mérite de garder une place. Faisons-la-lui modeste, mais reconnaissons avec MM. Bucquoy, Dujardin-Beaumetz et Constantin Paul que l'extrait de strophantus peut être très utile.

NEUROPATHOLOGIE

Les Migraines.

(Fin. — Voy. les numéros 2 et 3.)

Migraine ophthalmique associée. — De tous les phénomènes capables d'accompagner le syndrome dont nous venons d'esquisser les principaux traits, le plus fréquent est certainement le trouble plus ou moins profond qui atteint la fonction du langage.

Le degré le plus atténué du syndrome *aphasie* peut consister en une *simple amnésie*. Le malade ne trouve pas les mots, il lui arrive d'employer un mot pour un autre. L'amnésie porte sur certains faits, sur certaines dates. Nous retrouvons là l'esquisse de l'*intoxication du mot*. Un malade dit : « Je suis aphasique » (Féré); un autre dit : « Bradamante », et ne peut dire autre chose. Dans une leçon publiée dans la *Gazette des hôpitaux* (17 mai 1884), M. Charcot a rapporté l'histoire de deux aphasiques migraineux. L'un d'eux, un musicien, avait totalement désappris la musique; d'autres perdent l'usage d'une langue étrangère. Féré rapporte, dans son mémoire, plusieurs observations de cette nature. Parinaud cite un cocher qui était obligé de se faire répéter par le valet de pied l'adresse des gens chez qui il devait conduire ses maîtres.

Nous-même avons rapporté plusieurs cas semblables.

L'*articulation* des mots peut être seule atteinte; les malades bredouillent et le trouble augmente quand ils veulent insister pour bien parler.

Enfin, il faut se convaincre de ce fait, c'est que le trouble fonctionnel peut réaliser et réalise souvent l'aphasie complète; une des observations que nous avons présentées à la Société clinique en est un bel exemple.

Le malade perdu dans la rue ne put pendant tout le temps de la crise lire les noms des rues, reconnaître les quartiers les plus connus (cécité verbale), comprendre parfaitement ce qu'on lui disait (surdité verbale), parler à un cocher pour lui donner son adresse (aphasie proprement dite), écrire son nom sur un morceau de papier pour se faire ramener chez lui (agraphie). Un autre malade essaya d'écrire et s'aperçut non sans effroi qu'il enfilait des mots sans suite. Le mot ou la première partie du mot traduisait bien l'intention, mais la suite ne répondait pas.

Depuis les leçons de M. Charcot, la thèse de Bernard et la thèse de Ballet, on connaît trop bien l'aphasie pour que nous ayons besoin de décrire toutes les dégradations du type complet. Il nous suffit de les indiquer.

Dans le domaine des lésions organiques les symptômes les plus fréquemment rencontrés, avec l'aphasie, sont les phénomènes paralytiques et les troubles de la sensibilité générale qui se localisent le plus souvent au membre supérieur droit ou à tout le côté droit du corps. La migraine accompagnée ne déroge pas à cette règle.

Troubles du mouvement et de la sensibilité. — Au point de vue physiologique, il est donc fort intéressant d'étudier les troubles moteurs localisés qui peuvent accompagner la migraine. Étant données les connaissances que nous possédons aujourd'hui sur les localisations cérébrales, on peut diagnostiquer avec certitude les régions atteintes par le processus, quelle que soit sa nature. Plus grand encore est l'intérêt quand on établit un parallèle entre les affections organiques localisées et les résultats d'un simple trouble fonctionnel. Le plus souvent on constate un peu d'affaiblissement dans un membre, dans la face, dans les muscles ou un groupe musculaire ou dans toute une moitié du corps. Ces phénomènes peuvent survivre assez longtemps à l'attaque. Rarement il s'agit d'une paralysie complète, mais bien plutôt d'une parésie, d'une asthénie musculaire assez accusée.

Parfois, cependant, il reste des hémiplégies véritables ou bien des monoplégies.

Féré rapporte des faits d'hémiplégie.

Robiolis parle d'un malade atteint d'une blépharoptose gauche. Wilks en cite également un exemple. Saundby (*Lancet*, septembre 1882) signale un cas de paralysie du nerf moteur oculaire commun gauche avec dilatation pupillaire.

Bonnal de Nice rapporte un cas d'aphasie avec hémiplégie gauche (face et membre). Deux de nos malades eurent, l'un pendant huit jours et l'autre pendant plusieurs semaines, une hémiplégie droite.

Est-il nécessaire de citer d'autres faits? ceux-là nous semblent concluants.

A côté de ces troubles par défaut de la puissance musculaire, nous croyons devoir placer les troubles par exagération de fonction. On a cité des tremblements distribués comme l'était tout à l'heure la parésie, des palpitations musculaires, des réflexes exagérés, un de nos malades avait les réflexes exaltés dans toute la moitié droite du corps et presque de la trépidation spinale; enfin, viennent les secousses convulsives et les vraies convulsions.

Ici éclate la parenté de la migraine accompagnée et de l'épilepsie, tout au moins de l'épilepsie partielle; qu'on en juge : un de nos malades (qui a, du reste, une tante épileptique) se sent pris de malaise, puis les doigts de la main droite lui paraissent morts, lourds, froids. Cette sensation d'engourdissement monte vers le coude, gagne l'épaule et le cou; la langue que le malade sent à peine devient pâteuse, lourde, les mots sont difficilement articulés. Dans la moitié droite des lèvres démangeaisons, fourmillements, légères secousses, puis apparition de la douleur. Dans les fortes crises la jambe se prend également pendant deux ou trois heures, quelquefois plus longtemps, tout ce côté est de plomb.

Voilà une sorte d'aura qui ressemble fort à l'aura épileptique. Liveing, qui rapporte neuf cas semblables, remarque que, contrairement à ce qui se passe dans l'épilepsie, ces phénomènes sensitifs peuvent venir à n'importe quel moment de l'accès migraineux.

Ces engourdissements signalés par MM. Charcot, Féré, Liveing, et les autres peuvent durer et être remplacés par une anesthésie plus ou moins permanente.

Féré rapporte qu'un de ses malades avait des crampes très douloureuses dans la jambe droite.

Dans d'autres circonstances, il y a de véritables attaques

épileptiformes. Liveing, Féré, Parinaud en rapportent; chose remarquable, dit Féré, on peut voir la migraine se substituer à des accès d'épilepsie véritable, ce qui pourrait faire croire qu'elle n'est qu'une des formes larvées de cette dernière.

Une de ses observations nous montre une migraine ophthalmique qui s'atténue après l'apparition d'une épilepsie partielle.

Une autre observation de Féré nous montre le développement parallèle des attaques épileptiformes et de la migraine ophthalmique.

Chose curieuse, les accès revenaient périodiquement et de grand matin.

Un malade avait des crises convulsives, poussait un cri rauque, après une phase de vertige. Un malade migraineux dès l'enfance, dont nous avons publié l'observation, eut de la céphalée à gauche, des attaques épileptiformes dans le côté droit, de l'hémiplégie droite avec engourdissement et de l'aphasie, ainsi que des troubles oculaires.

Lasègue pense que, dans les cas de Liveing, il s'agissait d'hystéro-épilepsie et non d'épilepsie véritable.

Vertiges. — Les Anglais insistent beaucoup sur le *vertige* que peut accompagner, suivre, précéder ou remplacer la migraine simple ou la migraine ophthalmique. Liveing distingue dans ce vertige deux cas : tantôt c'est le vertigineux lui-même qui se sent emporté au milieu des objets qui demeurent immobiles, et alors il attribue le phénomène à un trouble du sens musculaire, tantôt ce sont les objets eux-mêmes qui tournent; l'appareil optique dans ce cas serait plus directement intéressé. Nous ne décririons ce vertige que d'après les auteurs qui l'ont observé, si, il y a quelques jours, nous n'avions été à même de voir un migraineux dont les accès de migraine venaient de se suspendre quelques mois auparavant et avaient été remplacés par des périodes où le vertige devenait le symptôme dominant. Les objets semblaient tourner autour du malade immobile. Ce migraineux avait en même temps un engourdissement du pied droit et une légère esquisse des phénomènes oculaires. Ce dernier devait, sous peine de voir se produire son vertige, éviter de changer subitement de position, de baisser brusquement la tête, etc. Le vulgaire appelle volontiers ce trouble « des coups de sang » (Trousseau).

Le plus souvent le vertige accompagne la migraine et fait partie intégrante du syndrome. Cette dissociation qui permet de voir le vertige seule manifestation de l'affection est assez rarement rencontrée.

La migraine ophthalmique s'accompagne fréquemment chez les malades très prédisposés de *troubles psychiques* des plus accusés et sont capables de donner le change. Tissot, Liveing citent des cas où il n'y a que des troubles intellectuels alternant avec des migraines oculaires.

Tissot parle d'un épileptique de l'enfance qui finit par avoir à la place de ses migraines de courtes périodes de grande irritabilité et d'incapacité mentale.

Les Anglais signalent également des *frayeurs* éprouvées par des migraineux, et ils rapprochent ces frayeurs de ce qu'éprouvent parfois les malades atteints d'angine de poitrine. Ils signalent également l'analogie de ces accidents avec ces terreurs nocturnes, cauchemars et somnambulisme spontanés observés chez des épileptiques

Un enfant migraineux était pris au lieu et place d'accès de migraine d'une crainte d'un précipice qu'il voyait à côté de lui en revenant de l'école (Liveing).

D'autres fois on voit un jeune homme pris d'une sorte d'absence pendant laquelle il récite ses leçons, etc.

On n'en finirait pas de rapporter tous ces cas-là. Qu'il suffise de savoir *qu'il peut* y avoir coexistence de troubles psychiques et de troubles oculaires.

Nous venons de voir la migraine ophthalmique simple ou associée aux symptômes psychiques moteurs ou sensitifs qui précèdent réunis dans un même accès. D'autres fois, ces divers phénomènes sont séparés les uns des autres par un intervalle plus ou moins considérable. Ce sont les *migraines dissociées* de M. Charcot.

Ces phénomènes ainsi dissociés peuvent se retrouver ensuite réunis pour constituer une migraine ophthalmique simple ou associée.

Féré rapporte le cas d'une malade qui, après avoir présenté séparément du scotome scintillant et de la céphalagie, eut des accès où se retrouvaient réunis les deux symptômes.

Nous avons nous-même rapporté le cas de ce malade qui eut de l'aphasie et après de l'hémiopie avec aphasie. Toutes les dissociations sont possibles.

Pour ce qui est des *transformations* subies par les migraines, on peut dire que ce sont celles que l'on rencontre habituellement dans le grand groupe des névroses, fait qui vient à l'appui de ce que l'on sait déjà de l'étroite parenté de ces différentes maladies.

Tissot, tout en repoussant l'idée des métastases humorales, admet un déplacement simple de l'activité nerveuse.

L'épilepsie paraît aux auteurs la névrose qui présente avec la migraine les connexions les plus étroites; en effet, tantôt on voit la migraine remplacer l'épilepsie et réciproquement, tantôt on constate la coexistence des deux affections.

Une femme ayant un frère et une sœur épileptiques, a des migraines jusqu'à l'âge de vingt-trois ans à l'occasion de ses époques. A vingt-trois ans, ces migraines sont remplacées par de véritables attaques d'épilepsie ayant elles-mêmes le caractère mensuel.

Parry dit : « Cette sorte de migraine n'est pas autre chose que le précurseur de l'épilepsie. J'ai vu des épilepsies accompagnant la migraine guérir puis reparaître avec elle. »

Marshall Hall fait une observation analogue, appuyée sur l'histoire clinique d'un jeune homme qui eut des crises d'épilepsie unilatérale avec blessure de la langue, hémiplégie augmentant à chaque attaque, en même temps que des crises de migraine.

Toutes les formes de la migraine accompagnée (amaurose) engourdissement, aphasie, etc.) montrent la même affinité pour les mêmes transformations.

Les relations de la migraine avec l'*épilepsie minor* sont beaucoup plus accusées que celle qu'affecte la migraine avec la grande épilepsie. En effet, les deux manifestations névrosiques sont l'une et l'autre caractérisées par des troubles sensoriels de nature plus ou moins vertigineuse. On peut encore signaler la parenté de la migraine avec une affection qui n'est peut-être que de l'épilepsie à un faible degré; nous voulons parler des lypothymies spéciales telles que les a décrites Prichard.

Leveing a cherché à démontrer les affinités de la migraine avec l'épilepsie, l'*hystérie*, la chorée, le tic douloureux de la face. Ces diverses névroses peuvent se transmettre en se transformant de l'ascendant au descendant. Elles peuvent même se transformer chez le même sujet qui, à certains moments de sa vie présente successivement l'épilepsie, l'asthme, la

manie se substituant à la chorée, l'angor pectoris faisant place à la folie.

Sans entrer dans les discussions que la question de la parenté étroite de l'épilepsie et de la migraine à forme grave a fait naître, nous dirons, avec M. Charcot, que la migraine ophthalmique fruste ou accompagnée, cette dernière surtout, n'est pas sans ressemblance avec l'épilepsie, qu'elle se rencontre parfois dans les familles où l'épilepsie existe, qu'enfin elle peut, assez rarement du reste, reconnaître pour cause cette grande névrose.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — Une étude complète de physiologie pathologique avec discussion des principales théories émises nous entraînerait trop loin. Nous dirons seulement, en nous appuyant sur la simple clinique, que presque toujours la face d'un migraineux est pâle au début de l'accès, que la pupille est le plus souvent dilatée (Latham); que les artères temporales sont dures (Dubois-Reymond), qu'en un mot, on trouve *au début de l'accès tout au moins* beaucoup de signes d'une crampe vasculaire. Nous oublions encore les sensations de froid et la chair de poule qui accompagnent si fréquemment l'accès. Il ne nous répugne donc en rien d'admettre la crampe vasculaire. L'examen du fond de l'œil, fait en pareil cas, n'infirme en rien cette supposition, car, souvent, on a constaté l'anémie intense de la papille. Donc, l'explication plausible des phénomènes décrits plus haut peut très bien se trouver dans une anémie cérébrale plus ou moins localisée. Il se produit un spasme et le spasme passé tout rentre dans l'ordre après l'orage causé par le retour plus ou moins brusque du sang dans le cerveau.

Ce trouble vaso-moteur n'est pas abandonné complètement au hasard. Comme beaucoup d'autres phénomènes, il obéit aux lois des localisations. Ce qui nous permet d'affirmer cette vérité, c'est que nous avons dans la série organique des faits qui réalisent pleinement tout ce que la théorie permettait de prévoir. Un malade au début de la paralysie générale, un syphilitique cérébral présentent souvent les accidents de la migraine accompagnée, en même temps que des symptômes convulsifs ou paralytiques, étrangement semblables à ceux que nous trouvons chez le migraineux sans lésion organique probable.

Bien mieux, il n'est pas absolument rare de voir le migraineux, après plusieurs accès, garder en permanence une monoplégie, une hémiplégie, une amaurose et différer peu de l'organique dont nous parlions il n'y a qu'un instant. Conclusion logique : la migraine accompagnée est le résultat d'un trouble vasculaire passager s'attaquant par suite de lois inconnues aux mêmes régions que certaines légions diathésiques connues. Et la preuve, c'est que par suite de la répétition des accès les lésions en question peuvent se produire et amener des phénomènes permanents.

M. Galezowski trouve un jour un malade en proie à une migraine ophthalmique intense; il examine le fond de l'œil et constate une anémie papillaire. L'accès passé, plus rien. Plusieurs fois le phénomène se répète, ce qui rassure tout le monde; mais un jour la cécité persiste plus longuement que d'ordinaire. M. Galezowski examine le fond de l'œil et trouve une thrombose de l'artère centrale de la rétine.

Le spasme, en se répétant, avait fini par amener une lésion durable et grave. Pourquoi n'en serait-il pas de même dans tous les cas où nous voyons des hémiplégies, des aphasies survivre aux accès de migraine accompagnée?

Vraisemblablement le phénomène commence par les yeux, le plus souvent du moins. Un sujet est disposé par son hérédité aux manifestations nerveuses les plus variées; il fatigue son appareil visuel outre mesure. Celui-ci répond sous forme de pesanteur de tête, douleur orbitaire, puis troubles visuels; tout peut se borner là, mais souvent aussi on voit survenir les symptômes que nous avons signalés; c'est que probablement le spasme fait tache d'huile et diffuse vers les centres voisins.

Je tiens à rappeler ici un fait que j'ai fréquemment observé et qui a trait à l'instabilité du champ visuel des hystériques. Ces malades, en s'éveillant, ont le champ visuel peu étendu, même quand la nuit a été calme et le sommeil réparateur. C'est, du moins, ce que nous avons constaté mainte fois chez un sculpteur sur bois nommé L...

Se mettait-il à travailler et à s'occuper de ciselures fines, il sentait venir un malaise étrange, une douleur de tête permanente : en même temps son champ se rétrécissait, devenait ponctiforme. Un pas de plus c'était l'amaurose complète et... l'attaque d'hystérie. L'attaque convulsive (hystérique ou épileptique), les attaques épileptiformes de certains migraineux, marquent-elles le terme extrême de l'anémie cérébrale?... c'est possible. Le rapprochement méritait tout au moins d'être fait... Quoi d'étonnant alors à ce que les efforts faits en vue d'augmenter la vision amènent le résultat contraire et provoquent même ces attaques si voisines par l'aspect et les suites des attaques épileptiques?

Il ne paraît pas nécessaire d'établir le diagnostic différentiel de ces migraines... elles ont des caractères propres qui les font facilement reconnaître. Cependant nous ne saurions trop répéter que les lésions organiques peuvent, à n'en pas douter, simuler absolument la migraine accompagnée; il sera donc nécessaire de se livrer à une analyse minutieuse de chaque symptôme en particulier avant de se risquer à porter un diagnostic et un pronostic de trouble purement fonctionnel.

On devra également se défier des céphalées diverses syphilitiques et neurasthéniques et ne pas porter à la légère un diagnostic de migraine

Pour ce qui est du pronostic, nous dirons, avec MM. Charcot et Féré, que ce trouble fonctionnel, cette crampe vasculaire, a une fatale tendance à se reproduire, qu'une gêne aussi grande apportée à la circulation sanguine ne peut que favoriser la formation de thrombus, partant l'anémie définitive et la nécrobiose obligée du territoire qui cesse d'être irrigué.

C'est contre cette terrible éventualité que M. Charcot a cherché à lutter en s'attaquant directement au spasme cause de tout le mal et en instituant sans tarder le traitement bromuré à doses croissantes usité dans l'épilepsie.

Paul BERBEZ.

CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES

Naphtol camphré et phénols camphrés.

Tous les médecins connaissent aujourd'hui les services que peut rendre à la thérapeutique des maladies infectieuses le naphtol β, dont le professeur Bouchard a précisé les indications. Mais le plus souvent on ne peut formuler le médicament que sous sa forme pulvérulente. Il est en effet très peu soluble dans l'eau. Or, voici que M. Désesquelles, interne en pharmacie dans le service de M. Bou-

chard, vient de montrer que, comme le phénol cristallisé, le naphtol se dissout dans le camphre. En triturant ensemble à sec jusqu'à transformation du tout en un liquide presque blanc ou couleur crème (quand le naphtol est pur), plus ou moins rougeâtre (quand le naphtol est impur), une partie de naphtol β avec deux parties de camphre en poudre, on obtient un médicament qui guérit facilement les excoriations, les plaies, les ulcérations, et qui même, ainsi que M. Bouchard l'a démontré aussi, arrive à déterger de leurs fausses membranes les ulcérations diphthéritiques. Ce mélange est insoluble dans l'eau et, au contraire, miscible en toute proportion dans les corps gras.

Continuant les expériences de son collègue, M. Audoucet, interne en pharmacie, a vu que le tymol, la résorcine, le salol, etc., pouvaient aussi, en proportions variées, se dissoudre dans le camphre et donner naissance soit à des pâtes molles, soit à des liquides sirupeux, qui trouveront sans doute leur place dans la thérapeutique.

REVUE DES COURS ET DES CLINIQUES

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LE PROFESSEUR CHARCOT.

Traitement du tabes par la suspension.

Messieurs, depuis trois mois nous expérimentons un nouveau traitement du tabes et, ce traitement, je dois le dire tout d'abord, paraît devoir faire merveilles.

Nous demeurons cependant sceptique non pas devant les résultats obtenus qui sont incontestables, mais nous nous demandons combien de temps durera l'amélioration..., l'avenir nous l'apprendra.

Vous savez tous, Messieurs, combien nous sommes désarmés devant le tabes, la richesse apparente de notre arsenal thérapeutique en trahit la pauvreté réelle. Quand on a tant de remèdes contre une maladie, c'est qu'aucun d'eux ne réunit tous les avantages qu'on est en droit de lui demander. De temps à autre cependant on se voit éclairé par une lueur quelconque... En 1867, quand je suis arrivé dans cet hospice, M. Vulpian et moi nous avons employé le nitrate d'argent préconisé par Wunderlich. Les résultats n'ont pas répondu à notre attente, sans être nuls cependant... Après tout on peut toujours, quand on n'a pas l'esprit prévenu, se demander si la nature n'est pas intervenue et si l'on n'a pas affaire à une de ces tendances naturelles vers la guérison qu'on rencontre assez fréquemment dans l'histoire du tabes.

Le tabes bénin en effet n'est pas rare et aujourd'hui où l'étude des formes frustes a été poussée fort loin, nous savons qu'il suffit d'une inégalité pupillaire, de quelques douleurs à type spécial, d'une abolition des réflexes ou de quelques troubles viscéraux pour faire le diagnostic. Nous sommes loin, comme vous le voyez, des idées de Duchenne, qui voyait dans l'ataxie une maladie à étapes progressives et à enchaînement régulier.

J'ai revu à Turin, lors de mes derniers voyages en Italie, un ataxique que j'avais soigné plusieurs années auparavant et qui paraissait guéri à cela près qu'il n'avait pas récupéré ses réflexes rotuliens. Le séjour à la Malou semblait avoir pris une grande part à cet heureux événement.

Vous savez quelles sont mes idées sur l'ataxie syphilitique ou réputée telle; vous ne vous attendez donc pas à me voir louer le traitement syphilitique. Ce traitement n'a jamais eu de succès, même dans le cas où il a été appliqué de *bonne heure*. Qu'on attaque le tabes quand on voudra, au moyen du mercure et de l'iodure de potassium, même à doses considérables, et le résultat sera toujours le même, c'est-à-dire toujours nul.

Rien n'est fatal comme l'amaurose tabétique, même quand elle se produit chez des syphilitiques, et si on me cite des observations de guérison ou d'amélioration, je vois que la plupart du temps il s'agit de cas douteux au point de vue du diagnostic.

Il y a quelques années, on a préconisé l'élongation des nerfs, M. Debove s'est fait le propagateur de cette méthode de traitement. Qui songe aujourd'hui à l'élongation?

Je vais vous parler maintenant du procédé dont vous voyez ici le dispositif et qui nous arrive de Russie par l'intermédiaire du docteur Raymond, agrégé de la Faculté, chargé d'une mission en Russie, qui a pu en constater les heureux effets dans le service du docteur Motchoukowsky, d'Odessa.

La manière dont le médecin russe a découvert ce mode de traitement est assez singulière. Il avait à redresser la taille d'un tabétique, atteint de scoliose. Pour ce faire, il suspendit son malade sous les bras (méthode de Serres) et lui appliqua un corset de plâtre. Au bout de quelques jours le tabétique vient faire remarquer à son médecin qu'il souffrait beaucoup moins de ses douleurs fulgurantes. Motchoukowsky crut d'abord que c'était au corset qu'il fallait attribuer ce résultat inattendu, mais bientôt il constata que la suspension était la vraie cause de l'atténuation des douleurs.

Dès lors il appliqua ce traitement à une foule de tabétiques et tous ou presque tous furent avantageusement modifiés.

L'appareil est des plus simples, il consiste essentiellement en une sorte de fléau de balance, suspendu par un crochet médian à une moufle qui peut l'élever. Aux deux extrémités du fléau transversal sont suspendues des courroies en forme d'anses dans lesquelles on passe les bras. A la partie médiane est attachée une double fronde appuyant en avant sous le menton, en arrière sous la nuque.

Au moyen d'une moufle on élève le patient à un pied ou deux du sol et on le laisse ainsi suspendu pendant une minute ou deux lors des premières séances, pendant deux ou trois minutes à la troisième ou quatrième fois. On répète l'expérience deux ou trois fois par semaine.

En octobre, nous avons commencé à appliquer ce traitement à nos tabétiques. L'idée nous en fut donnée par un élève du service, un jeune médecin russe des plus distingués, M. Onanoff, qui accompagna M. Raymond en Russie.

Les résultats furent surprenants.

J'ai du reste fait venir ici les malades qui viennent se faire « suspendre », deux ou trois fois par semaine et qui vont vous dire eux-mêmes quels bénéfices ils ont retirés de la suspension. Je vous fais remarquer qu'il ne s'agit pas ici d'ataxiques douteux, mais d'ataxiques vrais ayant tous ou presque tous les signes du tabes.

Un des malades de Motchoukowsky avait des douleurs fulgurantes, de l'incoordination motrice, du signe de Romberg, l'absence des réflexes rotuliens, de l'impuissance sexuelle, des troubles vésicaux; il a subi quatre-vingt-dix-sept suspensions.

L'incoordination a disparu; les douleurs ont disparu également.

Le signe de Romberg s'est amendé.

Enfin les fonctions sexuelles se sont rétablies à la grande satisfaction de l'intéressé.

Un deuxième malade était dans le même état et s'est fort amélioré; il souffrait surtout de crises gastriques sensibles, qui ont disparu. La miction et les fonctions sexuelles se sont aussi fort améliorées.

Un troisième ataxique était tellement emphysémateux qu'on ne put le suspendre. On l'a tiraillé sur un lit au moyen de tractions exercées sur les pieds (les épaules et la tête étant fixées).

Nos malades à nous ont été aussi heureux que les Russes. Quinze ont été soumis à la suspension et les résultats ont

été tels qu'on a pensé à appliquer ce traitement à d'autres qu'à des tabétiques.

Nous avons remarqué que la suspension avait pour résultat capital la restauration des fonctions sexuelles. Aussi comprenons-nous Motchoukowsky, qui a eu l'idée de traiter de cette façon les impuissances névropathiques.

Messieurs, permettez-moi une digression : il est, vous le savez, à Paris et ailleurs, des établissements où l'on s'efforce par les moyens les plus variés de rendre aux impuissants, aux vieillards surtout, une virilité plus ou moins factice, capable tout au moins d'assurer pour un temps la satisfaction de désirs... plus ou moins naturels. Nous nous sommes demandé si on n'avait pas eu connaissance des vertus aphrodisiaques de la suspension... et pour nous assurer de ce fait nous avons envoyé des émissaires chargés de nous renseigner. Le médecin doit tout savoir. Il peut comme le soleil entrer dans les bouges sans se souiller... Or nous avons appris que le procédé de la suspension était couramment employé...

Quoi qu'il en soit, nous avons fait déjà neuf cents suspensions et le résultat a dépassé notre attente.

Notre premier malade, âgé de cinquante ans, a vu disparaître ses douleurs fulgurantes et son incoordination s'est sensiblement modifiée. Il a récupéré sa puissance sexuelle. Les mictions sont plus faciles.

Il a commencé son traitement le 22 octobre et a été suspendu trente-trois fois. Le mieux s'est fait sentir dès la troisième séance. Il n'est donc pas discutable, et quoiqu'il soit vrai que les malades se suggestionnent facilement, nous pouvons dire hardiment que jamais traitement n'a en aussi peu de temps donné de résultats semblables.

Un deuxième malade, très incoordonné, a commencé le traitement en octobre également. Les douleurs ont cessé brusquement, sont revenues une fois, et depuis près de six semaines n'ont pas reparu.

L'incoordination s'est modifiée de telle façon que le malade *descend du tramway sans faire arrêter la voiture*. Il urine mieux et a des érections.

Un troisième malade, qui venait ici appuyé sur sa femme, vient maintenant de la rue de la Tombe-Issoire à la Salpêtrière à pied, seul et sans canne...

Un quatrième malade, d'abord amélioré, a eu une rechute, mais il s'agit d'un de ces malheureux chez qui l'hérédité nerveuse (aliéné, épileptique, hystérique) est à son summum. Nous ne nous attendions chez lui à rien de bien brillant.

Enfin, Messieurs, je vais vous montrer une jeune fille de quinze ans, atteinte de maladie de Friedreich, ce qu'on a appelé si faussement l'ataxie héréditaire. Je ne vous répéterai pas qu'il ne s'agit point ici du tabes ordinaire, mais bien d'une maladie à part dont je vous ai souvent décrit les caractères. Cette malade était soignée en ville par M. Blocq, qui a eu l'idée de la traiter par ce procédé. Or cette jeune fille a été très améliorée par la suspension. Aujourd'hui elle marche beaucoup mieux.

Je me contente aujourd'hui de vous signaler le fait. Un malade, atteint de myopathie primitive, affirme se trouver beaucoup mieux depuis qu'il a commencé son traitement. Il est probable que la suspension en élevant les racines rachidiennes amène des changements circulatoires dans la moelle, changements qui produisent des résultats jusqu'ici fort à l'avantage des malades qui se sont soumis au traitement. Peut-être que beaucoup d'affections nerveuses sont modifiables par la suspension. Nous continuerons nos expériences et je ne manquerai pas de vous en faire connaître les résultats.

P. Berbez.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — SERVICE DE M. LE PROFESSEUR TRÉLAT.

Extirpation d'un anévrysme artério-veineux.

M. le professeur Trélat vient d'extirper avec plein succès un anévrysme artério-veineux du creux poplité, à l'étude duquel il a consacré deux leçons cliniques. L'importance chirurgicale du fait est accrue d'une question d'actualité. La Société de chirurgie vient en effet de s'occuper du traitement des anévrysmes artériels, et les pièces du procès ont été exposées il y a peu de jours aux lecteurs de la *Gazette hebdomadaire* par M. Reclus. Elles se résument en ceci : les méthodes dites de douceur sont beaucoup moins bénignes et efficaces qu'on ne le croit, la ligature au-dessus du sac est le procédé de choix ; l'extirpation du sac est possible, mais on aurait tort de vouloir la généraliser.

M. Reclus a, de parti pris, laissé de côté tout ce qui a trait à l'anévrysme artério-veineux. Il s'était d'ailleurs occupé de cette question dans un article antérieur et il avait conclu que la double ligature au-dessus et au-dessous du sac est la méthode de choix ; que, lorsqu'elle est impossible ou insuffisante il faut ouvrir la poche et lier les collatérales ainsi mises au jour.

Voici maintenant l'observation de M. le professeur Trélat.

Il y a quelques semaines entrait à l'hôpital de la Charité un homme de vingt-trois ans qui, il y a neuf ans, s'était blessé à la cuisse avec un revolver. Il voulait tirer la baguette, fixée par la rouille. Le canon dirigé en bas, la main gauche appuyée contre la cuisse gauche tirait sur la baguette ; le genou était un peu fléchi : l'enfant se trouvait ainsi dans la position d'un homme qui débouche une bouteille. Le coup partit et la balle pénétra à la région antéro-interne de la cuisse, à 18 centimètres au-dessus du genou ; elle ressortit à la région postéro-externe du mollet : le trajet a 38 centimètres de long. L'hémorrhagie fut notable, mais s'arrêta par un pansement compressif.

Au bout de quinze jours, le malade s'aperçut que sa jambe était volumineuse, que les veines sous-cutanées y étaient saillantes. La douleur était nulle. Les mouvements revinrent peu à peu et depuis le patient ne s'est guère occupé de sa blessure : il est comptable et le volume de sa jambe le gêne peu. Il y a quatre ans, toutefois, un ulcère survint à la région interne du quart antérieur de la jambe : rebelle à divers traitements, il céda à un mois de séjour au lit. Puis il y a deux ans, nouveau séjour au lit, nécessité par une phlébite. Il y a cinq mois, enfin, l'ulcère récidiva, résista aux pansements ordinaires, et finalement le malade entra à l'hôpital. Il ne s'était présenté à la consultation que pour cet ulcère, entouré de taches pigmentaires et de veines volumineuses, le tout siégeant sur un membre assez infiltré. C'est alors qu'en l'examinant on découvrit l'anévrysme jusqu'alors méconnu.

Cet anévrysme se manifestait par des signes évidents. A deux travers de doigt au-dessous de la cicatrice existait en un point un thrill extrêmement accusé qui se propageait, en s'affaiblissant, jusque dans la veine iliaque et dans toutes les veines de la jambe, jusqu'à la région malléolaire. A l'auscultation, on entendait un souffle continu redoublé des plus nets, dont le maximum correspondait au maximum du thrill. Au-dessus de ce point, la fémorale très volumineuse était animée de battements intenses. Au-dessous, le creux poplité était distendu par une poche douée de pulsations et d'expansion. Plus bas encore on voyait l'expansion des veines superficielles, mais on ne sentait plus les battements de la pédieuse et de la tibiale postérieure. Tous les phénomènes cessaient par la compression de la fémorale au pli de l'aine.

Pendant les premiers jours, l'empâtement œdémateux,

accru par la déclivité du membre, empêcha d'apprécier nettement les limites et la consistance de la poche. Après un peu de repos, la région devint facile à explorer : il fut certain que la poche, souple et probablement mince, avait 12 centimètres de long sur 9 de large ; qu'elle ne dépassait pas, par en bas, l'interligne articulaire.

L'étude de la température du membre, faite par M. Delbet, a fourni un résultat intéressant. A plusieurs reprises, une hyperthermie de 3°1/2 a été constatée. Ce fait avait été noté en 1856 par Henry, mais depuis on a admis plutôt qu'il y a en général de l'hypothermie. En particulier, Bergmann et Bramann ont observé un malade chez lequel l'abaissement de température variait de 3 à 5 degrés.

Une première question se posait en présence de ce malade : fallait-il intervenir ? M. Trélat n'hésita pas à répondre par l'affirmative. La guérison spontanée de l'anévrysme variqueux est encore au moins douteuse. Mais on dit qu'il tend à rester stationnaire, à avoir une évolution bénigne. Cela est vrai parfois, mais il y a de nombreuses exceptions. Broca déjà en cite quelques-unes et M. Trélat a réuni une dizaine d'observations où l'accroissement, la rupture, l'inflammation, la suppuration ont surpris le chirurgien, souvent il est vrai après une longue période où le mal était resté stationnaire. Ces accidents sont à redouter pour tous les anévrysmes artério-veineux : c'est une poche énorme du pli du coude que Purmann extirpa. Mais c'est surtout pour les anévrysmes des membres inférieurs qu'il faut craindre cette évolution grave, car ici aux conditions circulatoires vicieuses créées par la phlébartérie s'ajoute l'appoint de la déclivité. L'intervention est donc indiquée dans les cas de ce genre, même s'il ne s'agissait point d'un homme encore jeune, désireux d'être débarrassé d'une infirmité. Et d'ailleurs, il était probable que le mal s'aggravait : le sujet n'avait-il pas, à un moment donné, porté pour ses varices un bas élastique bientôt devenu trop étroit ?

Les méthodes de douceur, aujourd'hui battues en brèche pour les anévrysmes artériels, sont plus souvent encore défectueuses pour les anévrysmes variqueux. Pourtant la méthode employée d'abord par Nélaton, puis régularisée par Vanzetti, a donné des succès. Elle consiste à faire d'abord de la compression directe sur la communication artério-veineuse, qu'on oblitère ainsi ; il reste alors un anévrysme artériel, justiciable de la compression indirecte à distance. Il y a quelques années, M. Trélat a obtenu de la sorte une guérison complète. Mais le résultat n'est favorable que si la lésion est récente. Et de plus la méthode était ici inapplicable, car il n'y avait sur toute la tumeur aucun point dont la compression fît cesser les battements dans la poche.

Il fallait donc avoir recours d'emblée à une opération sanglante. Il en est une qu'on peut repousser sans hésitation : c'est la ligature par la méthode d'Anel. Elle est bonne pour l'anévrysme artériel, mais elle donne des résultats déplorables quand on l'applique à l'anévrysme artério-veineux. C'était l'opinion de Scarpa, de Roux, et depuis elle s'est confirmée. Delbet attribue à cette opération 38,5 pour 100 de mortalité et 17 pour 100 de gangrènes primitives, le tout pour n'enregistrer que 17 pour 100 de guérisons.

La ligature de l'artère au-dessus du sac une fois éliminée, deux méthodes restent en présence : la double ligature de l'artère et de la veine au-dessus et au-dessous du sac et l'extirpation.

La double ligature, préconisée par Norris, par Malgaigne, par P. Reclus, donne 80 pour 100 de guérisons, et la gangrène y est tout à fait exceptionnelle. C'est donc une méthode des plus recommandables ; mais elle n'est pas toujours possible à exécuter et de plus il reste la crainte (théorique il est vrai) de la récidive par les collatérales s'abouchant dans le sac.

Lorsque, après avoir mis le sac à nu on n'arrive que mal à isoler les quatre bouts vasculaires, on a essayé de les chercher après incision du sac. Après les avoir reconnus et y avoir introduit une sonde, on a plus de facilité pour les lier. Aujourd'hui la bande d'Esmarch semble permettre d'agir ainsi sans trop de danger immédiat, et MM. Verneuil et Reclus ont publié à cet égard une observation remarquable. Mais, une fois la bande enlevée, les collatérales qui s'ouvraient dans le sac fournirent du sang en quantité inquiétante et il fallut les saisir assez péniblement, après avoir appliqué à nouveau la bande élastique. Il eût certainement été autrement aisé de les lier une à une, tout en disséquant la face postérieure du sac, si on avait voulu l'extirper. En outre, il va sans dire qu'il faut laisser à la suppuration le soin de détruire cette poche abandonnée dans la plaie, et l'opéré reste sous l'imminence des diverses complications des plaies qui suppurent. Au total, sur 13 cas on compte 8 guérisons et 5 morts ; morts toutes dues à des accidents septiques.

L'extirpation du sac expose moins à l'hémorrhagie immédiate. De plus, il en résulte une plaie apte à la réunion par première intention, aussi les complications septiques sont-elles rares. Enfin, et cet argument a bien son importance, la guérison est ainsi complète en quelques jours, au lieu qu'après l'incision il faut des semaines et des mois pour que la suppuration ait achevé son œuvre. Les chiffres sont les suivants : 12 cas ; 0 gangrène ; 11 guérisons ; 1 septicémie.

En résumé, M. Trélat est partisan de la ligature des quatre bouts, sans incision du sac. Si cette ligature est impossible, il se rallie à l'extirpation, et proscrit la méthode ancienne d'incision. C'est dans ces idées qu'il intervint sur le sujet de l'observation actuelle.

Après application de la bande d'Esmarch, une incision de 16 centimètres fut faite dans le creux poplité. Contre la face postérieure du sac, les nerfs sciatiques poplités furent isolés, puis réclinés et M. Trélat aborda franchement la dissection de la partie inférieure de la tumeur. Il arriva, peu au-dessus de l'anneau du soléaire, à isoler un vaisseau qui sortait de la poche : il ne put trouver le second canal vasculaire. Ce pédicule une fois lié, fallait-il en faire autant au niveau du canal de Hunter et laisser la poche en place ? Cet écartement considérable des ligatures est une mauvaise condition ; de plus M. Trélat ne croyait ne tenir en bas qu'un vaisseau. L'extirpation fut donc pratiquée. La face antérieure du sac fut disséqué de bas en haut, après section du pédicule inférieur ; plusieurs vaisseaux s'ouvrant dans la poche furent liés chemin faisant et enfin les deux vaisseaux supérieurs furent abordés, liés et sectionnés. La bande d'Esmarch une fois enlevée, il y eut un suintement sanguin notable des surfaces cruentées, mais sans jet sérieux. L'hémostase fut délicate, mais non très difficile. La plaie fut alors suturée et drainée. Aujourd'hui, onze jours après l'opération, le malade va aussi bien que possible. On n'a pas eu un seul instant la crainte de voir le membre se gangrener. D'ailleurs, avant toute intervention, on sentait battre autour du genou des artères volumineuses, preuves d'une circulation collatérale très développée.

L'examen anatomique de la poche a révélé quelques particularités intéressantes. Dans le pédicule inférieur on a trouvé deux vaisseaux. Mais l'artère est très petite et intimement accolée à la veine. A partir de là, elle remonte sur 65 millimètres de long, contre la paroi de l'anévrysme, à laquelle elle adhère, et c'est à deux doigts environ au-dessous de l'orifice artériel supérieur qu'on voit l'orifice inférieur. La poche est donc à peu près exclusivement formée par la veine qui s'y ouvre aux deux extrémités du diamètre longitudinal. Il est bien certain qu'il eût été impossible, même si la lésion eût été récente, de transformer par la compression cet anévrysme en un anévrysme

artériel. Il est certain aussi que la double ligature n'eût pu être faite qu'en plaçant les fils à l'anneau des adducteurs d'une part, à l'anneau du soléaire d'autre part.

Dans un cas de ce genre, M. Trélat pense donc que l'extirpation est la méthode de choix. Elle a nécessité une dissection soigneuse, mais n'a eu à surmonter aucune difficulté réellement grave. L'acte chirurgical a été tout a fait régulier et le succès thérapeutique a été rapide et complet.

A. Broca.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Du pronostic de la pleurésie hémorrhagique. Communication faite à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 28 décembre 1888, par M. Lereboullet.

Dans l'une de vos dernières séances (1), notre collègue M. Troisier a rappelé votre attention sur les conditions dans lesquelles naissent parfois les épanchements sanguinolents de la plèvre et montré que l'hémorrhagie pouvait dépendre de l'intensité du processus phlegmasique. Avec M. R. Moutard-Martin qui, l'un des premiers, a bien fait voir que les pleurésies hémorrhagiques non cancéreuses et non symptomatiques d'une maladie infectieuse grave étaient presque toujours curables, il vous a prouvé qu'une seule ponction remédiait souvent à des accidents très redoutables en apparence.

Les observations que cette communication m'a remises en mémoire, confirment ces conclusions trop souvent encore méconnues. Si je me permets de les résumer devant vous, c'est pour bien affirmer encore que le pronostic de la pleurésie hémorrhagique simple est relativement favorable.

Le premier fait, le plus récent, est presque identique à celui qui vous a été communiqué par M. Troisier. Le 30 mars dernier, j'étais appelé par mon savant collègue M. le médecin principal C. Reeb à voir, à Neuilly, dans la maison de santé dirigée par M. le docteur Defaut, un jeune homme de dix-neuf ans, atteint depuis le 14 février 1888 d'une affection thoracique des plus graves. Caractérisée dès son début par un mouvement fébrile très intense (la température dépassant 39 degrés le matin et 40 degrés le soir) par une oppression vive, avec toux sèche, sans point de côté initial, ni douleur thoracique appréciable, la maladie avait été énergiquement combattue par des révulsifs (vésicatoires) et des antipyrétiques variés. Lorsque, le 30 mars, je vis le jeune A..., il se trouvait dans l'état suivant : adynamie extrême; pâleur des téguments; amaigrissement prononcé; fièvre à type rémittent, le thermomètre s'élevant tous les soirs à 40 degrés et quelques dixièmes, atteignant 38°,5 ou 39 degrés le matin; dyspnée considérable; toux sèche, fréquente, avec expectoration légèrement sanguinolente; inappétence absolue. A l'examen physique on constatait à droite : en avant, depuis la région hépatique jusqu'au niveau de la troisième côte, une matité absolue, et depuis la troisième côte jusqu'à la clavicule un bruit skodique manifeste; en arrière, dans toute l'étendue du thorax, depuis la région sus-épineuse jusqu'à la base, une matité fémorale, avec diminution des vibrations thoraciques et dans toute cette région un souffle amphorique ayant son maximum d'intensité au niveau de l'angle de l'omoplate. Dans la région axillaire ce souffle s'entendait à peine. A la région antérieure du thorax, comme à la base du poumon, le silence respiratoire était absolu. Il n'existait ni égophonie, ni pectoriloquie, ni râles d'aucune espèce. Le cœur n'était pas dévié; le foie n'était point abaissé.

L'intensité du mouvement fébrile et sa persistance, la durée de la maladie, l'inefficacité de la médication qui avait eu pour objet de combattre les accidents d'inflammation pleuro-pulmonaire; enfin et surtout l'état d'adynamie profonde dans lequel se trouvait le jeune malade, pouvaient faire croire soit à une tuberculose miliaire, soit à une pleurésie purulente. Cependant l'épanchement, qui était évident, restait peu mobile; dans les mouvements que l'on faisait exécuter au malade, la matité de la région antérieure du thorax ne variait pas plus d'un travers de doigt; enfin l'absence de râles au sommet du poumon droit et l'intégrité absolue du poumon gauche et des autres organes (les urines n'étaient point albumineuses) me déterminèrent à proposer une thoracocentèse destinée à préciser le diagnostic et à soulager le malade du liquide, peu abondant, que l'on constatait. Cette opération fut faite, non sans difficultés, en raison de l'état nerveux exagéré et des appréhensions du sujet, le lendemain 31 mars. A l'aide du trocart n° 2 de l'appareil Potain, introduit dans le sixième espace intercostal, un peu en avant de la ligne axillaire, j'évacuai rapidement 950 grammes d'un liquide d'abord rosé, bientôt franchement sanguinolent et qui se prit rapidement en une masse gélatineuse. Le trocart fut retiré dès qu'apparurent les premières quintes de toux.

Aucune complication immédiate ne suivit cette ponction; comme il arrive d'ordinaire, la fièvre céda même rapidement; mais le lendemain 2 avril j'étais rappelé à Neuilly par une dépêche urgente. Atteint pendant la nuit de vomissements rapidement incoercibles, dans un état d'agitation et d'anxiété extrêmes, le malade paraissait très gravement menacé. Cependant l'examen du thorax avait déjà prouvé à MM. Reeb et Defaut que l'épanchement dont il restait encore une certaine quantité ne s'était pas abondamment reproduit, que l'auscultation révélait partout en avant, dans l'aisselle et depuis l'épine de l'omoplate jusqu'à la fosse sus-épineuse, de nombreux frottements pleuraux. Je constatai moi-même l'intégrité absolue de tous les autres organes et dus considérer les accidents observés comme exclusivement d'origine réflexe et dépendant tout à la fois de l'irritation provoquée par la thoracocentèse dans une plèvre facilement susceptible et de l'extraordinaire émotivité nerveuse du sujet. Le repos absolu, une alimentation exclusivement composée de lait glacé et de vin de Champagne; enfin, quelques antispasmodiques eurent, en effet, très rapidement raison de cette rechute et le 7 avril M. le docteur Reeb pouvait m'écrire : « Les accidents consécutifs à la thoracocentèse et qui m'avaient si fort inquiété se sont dissipés; les vomissements ne se sont plus reproduits; la fièvre est tombée et j'ai pu constater ce matin que l'épanchement avait à peu près disparu. Le sommeil absent durant tant de nuits est revenu profond et prolongé. Il semblerait que nous eussions assisté à une véritable crise si l'état général s'était amélioré d'une façon plus nette... » J'ai hâte d'ajouter que l'amélioration de l'état général ne tarda pas à s'affirmer aussi. Le malade a quitté Neuilly le 30 avril. Examiné depuis et à plusieurs reprises par divers médecins, il a été trouvé en parfait état. Aucun signe de pleurésie ancienne n'ayant pu être constaté, il a été admis à s'engager le 1er octobre dernier dans un régiment d'infanterie.

Son observation prouve donc une fois de plus la rapidité avec laquelle une seule ponction peut guérir les épanchements pleurétiques aigus, fébriles, dans lesquels la présence du sang est due à l'intensité du processus phlegmasique. Déjà, en 1870 (1), j'avais insisté sur cette utilité de la thoracocentèse dans les pleurésies inflammatoires

(1) Séance du 12 octobre (*Gaz. hebd.*, p. 680).

(1) Mémoire lu à la Société de médecine de Strasbourg (voy. aussi *Montpellier médical*, 1872).

lorque l'épanchement *riche en matière fibrinogène* restait stationnaire et surtout lorsque, quelle que soit d'ailleurs l'abondance de l'épanchement, la température fébrile se maintenait longtemps à un degré assez élevé. Presque toujours alors la fièvre et l'ensemble des accidents thoraciques disparaissent après la ponction. La présence dans le liquide évacué d'une proportion de sang plus ou moins notable confirme le diagnostic et n'aggrave en rien le pronostic de la maladie.

Une deuxième observation concerne un jeune homme de vingt-sept ans près duquel je fus appelé il y a vingt mois. Sans antécédents héréditaires, sans maladie antérieure grave, mais très névropathique et surmené depuis plusieurs semaines par des travaux intellectuels excessifs, M. A... avait été atteint, à la suite de plusieurs refroidissements, d'accès de fièvre irréguliers avec toux sèche, quinteuse, fréquente, oppression assez marquée à l'occasion du moindre effort, douleur vague étendue à toute la région thoracique du côté droit. Le 8 mars 1887, quand je le vis pour la première fois, je constatai l'existence d'un épanchement pleurétique, caractérisé par les signes physiques suivants. Du côté gauche : état normal à la percussion et à l'auscultation; aucune déviation du cœur; aucune altération cardio-vasculaire. A droite, au sommet, depuis la clavicule jusqu'au niveau de la quatrième côte : sonorité tympanique et, à partir de la quatrième côte, submatité, puis matité manifeste se confondant plus bas avec la matité hépatique; foie légèrement abaissé, dépassant de trois travers de doigt le rebord des côtes. Dans toute la région mate : diminution notable du murmure vésiculaire et expiration prolongée; au-dessus et jusqu'à la région sous-claviculaire : respiration puérile avec augmentation des vibrations et retentissement vocal exagéré sans râles, sans souffle, sans égophonie. En arrière : matité absolue, compacte, depuis la base jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate. Dans toute cette région : souffle expiratoire doux, prolongé, ayant son maximum d'intensité le long de la colonne vertébrale, à la hauteur de l'angle de l'omoplate, ne présentant en aucun point le caractère du souffle caverneux. Quelques frottements secs dans la région axillaire. Égophonie assez marquée aux limites supérieures de l'épanchement où l'on perçoit aussi quelques frottements-râles. Pas de pectoriloquie aphone.

En faisant asseoir le malade et en examinant attentivement le niveau supérieur de l'épanchement on ne retrouve qu'avec difficultés les caractères indiqués par Hirtz et Damoiseau. La matité reste à peu près horizontale dans la région postérieure; elle est complète dans l'aisselle et c'est à peine si, à la région antérieure, les mouvements imprimés au thorax dans les diverses attitudes du malade font varier la forme et l'étendue de cette matité.

Cet examen, répété attentivement les jours suivants, semble prouver qu'il n'existe qu'un épanchement pleurétique relativement peu abondant et bridé par de nombreuses néo-membranes. De plus, l'exploration la plus minutieuse du sommet droit démontre que le son obtenu à la percussion, les vibrations thoraciques et le bruit respiratoire restent constamment et simultanément exagérés. A aucun moment on ne perçoit à ce niveau aucun signe pouvant faire soupçonner l'existence d'une infiltration tuberculeuse. A gauche, à diverses reprises, des bouffées congestives avec submatité, diminution du murmure vésiculaire et râles sous-crépitants fins auraient pu faire penser à l'imminence d'une poussée de tuberculose aiguë si, au contraire, ces congestions pulmonaires, si peu profondes et si mobiles, observées du côté opposé à la pleurésie, ne se remarquaient fréquemment chez des sujets indemnes de toute prédisposition tuberculeuse.

Quoi qu'il en soit d'ailleurs, le traitement institué dès le 8 mars fut le suivant : enveloppement du côté droit dans toute sa moitié inférieure par une cuirasse épaisse d'emplâtre de Vigo. Régime lacté, chaque tasse de lait étant additionnée d'alcool et d'eau de Vichy; antipyrine et bromhydrate de quinine à doses assez élevées pour combattre le mouvement fébrile; lavements de bromure de potassium et de chloral pour obtenir un peu de sommeil.

Malgré ce traitement, l'état du malade alla s'empirant les jours suivants. Les antipyrétiques, administrés pour combattre la fièvre, n'arrivaient qu'à maintenir la température aux environs de 38 degrés le matin et de 39 degrés le soir. Deux fois même elle s'éleva à 40°,5 dans le courant de l'après-midi. L'inappétence était absolue, l'agitation et la faiblesse extrêmes. A diverses reprises, bien que l'abondance de l'épanchement n'eût pas augmenté, j'avais songé à une intervention chirurgicale. Elle avait été repoussée par le malade et par sa famille lorsqu'un incident nouveau vint la rendre nécessaire. Le 21 mars, après une série de quintes de toux plus énergiques que de coutume, le malade éprouva une douleur très vive au niveau du mamelon et fut pris d'une dyspnée et d'une anxiété telles qu'on me rappela d'urgence dans la soirée. Lorsque vers huit heures du soir, je pus revoir M. A..., je constatai que l'épanchement qui, le matin, n'occupait que le tiers environ de la plèvre droite, s'était accru en quelques heures de manière à la remplir en totalité. La matité s'étendait, en effet, en avant jusqu'à la clavicule et c'est à peine si, au niveau de l'articulation sterno-claviculaire, on retrouvait encore le bruit skodique. La région sternale était elle-même absolument mate et la pointe du cœur dévié battait à deux travers de doigt en dehors et quatre travers de doigt au-dessous du mamelon. Il fallait admettre ou bien une nouvelle et très rapide poussée de l'épanchement (j'en ai cité autrefois plusieurs exemples analogues in *Pleurésie et thoracocentèse*, Montpellier, 1872), ou bien une rupture de quelques néo-membranes très vascularisées ayant déterminé une hémorrhagie pleurale. La thoracocentèse s'imposait d'ailleurs pour remédier à la dyspnée extrême du malade. Je la pratiquai à neuf heures du soir, le malade restant couché sur le dos (le décubitus sur le côté gauche était impossible), le bras droit relevé. La ponction fut faite dans le sixième espace intercostal au niveau de la ligne axillaire avec le trocart n° 2 de l'appareil Potain et avec les précautions antiseptiques nécessaires. Cette ponction donna issue à 1 litre environ d'un liquide trouble, louche, très fortement coloré par le sang, laissant déposer rapidement au fond de la bouteille où il était recueilli une couche assez épaisse de pus, formant au bout d'une demi-heure un caillot rougeâtre assez cohérent. De fréquents et violents accès de toux m'obligèrent à interrompre l'opération sans retirer plus de 1100 grammes environ de liquide sanguinolent.

La nuit fut très bonne. Pour la première fois, depuis vingt jours, le malade reposa paisiblement et put même se coucher sur le côté gauche.

Le lendemain j'enlevai, pour le renouveler, l'emplâtre de Vigo et pus constater que l'épanchement ne s'était pas immédiatement reproduit et que, dans toute l'étendue du côté droit en avant, on percevait le bruit respiratoire, mêlé de frottements secs, tandis qu'en arrière le souffle expiratoire et l'absence du murmure vésiculaire persistaient jusqu'à l'angle de l'omoplate.

Deux jours plus tard cependant la fièvre qui, le lendemain de la ponction, était tombée à 36°,8 le matin, 38 degrés à trois heures et 37°,9 à neuf heures du soir, remontait à 40 degrés. Une douleur très vive, qui se faisait sentir au mollet gauche, marquait le début d'une phlébite profonde qui dura plusieurs jours et céda à la compression ouatée. Mais l'état général ne s'améliora pas et le 3 avril M. Dieulafoy fut, sur ma demande, appelé en consultation. Notre

collègue examina M. A... avec la plus minutieuse attention. Il constata l'existence d'un épanchement peu abondant, mais qui paraissait en voie de reproduction. Discutant ensuite, avec l'autorité et l'expérience que vous lui connaissez, le diagnostic de la maladie, M. Dieulafoy écarta l'idée d'un hématome de la plèvre aussi bien que celle d'un cancer et affirma l'existence d'une tuberculose pleurale, celle-ci se trouvant caractérisée par l'intensité et la persistance du mouvement fébrile, qui rappelait celui de la fièvre hectique, par la nature du liquide louche, fortement sanguinolent et déjà même purulent, qui avait été extrait par la ponction; enfin par la persistance et même la reproduction du liquide après la thoracocentèse.

Tout devait donc faire redouter une reproduction de plus en plus abondante d'un liquide rapidement purulent et la nécessité de ponctions successives, peut-être même de lavages antiseptiques de la plèvre.

Cependant ces craintes ne se réalisèrent pas. Sous l'influence d'un traitement essentiellement reconstituant et ioduré joint à une révulsion permanente et énergique exercée à la surface du thorax du côté droit, tous les accidents constatés s'atténuèrent progressivement et finirent par céder. La fièvre tomba dès le 20 avril; l'épanchement diminua et disparut peu à peu. Les forces et l'appétit se relevèrent en même temps. Le 27 avril le malade entrait en convalescence. Je l'ai revu depuis à diverses reprises. Il reste guéri, du moins en apparence. Je n'oserais affirmer cependant qu'il ne puisse un jour devenir phthisique. Je n'ignore pas que la pleurésie dont il a été atteint est de celles où mes amis Landouzy, Kelsch et Vaillard trouveraient sans doute des bacilles tuberculeux. Ce que je tiens à faire remarquer, c'est que depuis vingt mois la santé de M. A... est restée, qu'elle est encore aujourd'hui excellente, que l'on ne peut donc confondre la pleurésie hémorrhagique dont il a été atteint avec ces pleurésies manifestement tuberculeuses dont l'épanchement se reproduit *toujours*, ou ne cède que pour laisser évoluer à sa place une phthisie granuleuse aiguë. Si, comme l'a fait remarquer notre collègue R. Moutard-Martin, la pleurésie hémorrhagique ne s'observe guère que dans la tuberculose miliaire aiguë, la pleurésie dont a été atteint M. A... n'a pas été une pleurésie tuberculeuse. D'ailleurs et comme conclusion elle a guéri après une seule ponction.

Le fait qu'il me reste à vous communiquer diffère des deux précédents. Si je crois devoir le rapprocher de ceux-ci, c'est pour pouvoir faire ressortir une fois de plus l'utilité des révulsions locales dans les cas où la thoracocentèse est inefficace. Voici très résumée cette dernière observation :

Le 12 septembre 1882, je voyais en consultation avec M. le docteur Le Baron un homme de trente-trois ans, primitivement vigoureux, sans antécédents héréditaires et qui, depuis plusieurs semaines, se plaignait de toux, d'oppression, de débilité progressive. Dès les premiers jours du mois d'août, M. le docteur Le Baron avait constaté l'existence d'une pleurésie chronique d'emblée dont l'évolution avait été lente et insidieuse. Le 12 septembre, au moment où je vis M. B..., il était pâle, amaigri, atteint d'une toux incessante avec dyspnée extrême et expectoration muco-purulente épaisse, parfois sanguinolente. L'examen physique révélait l'existence d'un épanchement excessivement mobile, se déplaçant aisément quand on faisait varier la position du malade, épanchement qui remontait en arrière jusqu'au niveau de l'angle de l'omoplate, et qui formait autour du thorax une ligne à peu près horizontale dans la station assise. Au niveau de l'épanchement on n'entendait ni murmure vésiculaire, ni souffle, ni râle. Au-dessus la respiration était puérile et au sommet du poumon on percevait, surtout en arrière dans la fosse sus-épineuse, de nombreux râles sous-crépitants fins. Il s'agissait bien évidemment d'une pleurésie ancienne, ayant évolué lentement, sourdement, n'ayant donné naissance à aucune fausse membrane pouvant limiter l'épanchement.

L'état cachectique du sujet, non moins que les signes physiques perçus au sommet du poumon, pouvaient faire penser à une pleurésie tuberculeuse. L'indication paraissait être d'évacuer le plus vite possible le liquide collecté dans la plèvre, sauf à pratiquer l'empyème si, comme nous le pensions M. le docteur Le Baron et moi, l'épanchement était purulent. La thoracocentèse fut donc pratiquée le 13 septembre. Faite dans le sixième espace intercostal, la ponction donna issue à environ un demi-litre de sang presque pur qui s'écoula assez bien au début, mais qui, se coagulant rapidement dans la canule du trocart, s'arrêta spontanément au bout de quelques minutes et nécessita à plusieurs reprises une intervention destinée à déboucher celle-ci. L'opération fut interrompue après plusieurs tentatives faites dans ce sens. Le malade parut soulagé pendant quelques jours; mais l'épanchement s'étant reproduit, une deuxième thoracocentèse fut pratiquée le 19 septembre. Cette fois encore ce fut un liquide très fortement teinté de rouge qui s'écoula d'abord, puis, se coagulant dans la canule du trocart, détermina l'aplatissement du tube de l'appareil et l'impossibilité de continuer l'opération. Le 19 septembre, je ne parvins à extraire que 300 grammes de liquide.

Je conseillai dès lors l'application de deux cautères à la base du thorax et un traitement essentiellement reconstituant dont l'extrait de quinquina et l'alcool furent la base. M. le docteur Le Baron voulut bien accepter cette médication, qui donna les meilleurs résultats. Dix jours après l'application de ces deux cautères, toute trace de liquide avait disparu et le malade entrait en convalesnce. Le 30 novembre 1882, il pouvait être considéré comme définitivement guéri. Je l'ai revu à diverses reprises depuis six ans. La guérison s'est maintenue et l'exploration la plus attentive ne saurait retrouver les traces de la maladie dont il a été atteint.

Dans ce dernier cas l'origine de l'hémorrhagie et les conditions qui lui ont donné naissance restent difficiles à préciser. L'extrême mobilité du liquide prouvait que celui-ci n'était pas, comme chez d'autres malades, bridé par des fausses membranes épaisses et résistantes. D'autre part il semble bien démontré que la maladie n'était due ni à la tuberculose, ni à un cancer de la plèvre. Il s'agissait donc très probablement d'une pachy-pleurite dans laquelle des néo-membranes fibrineuses très vasculaires mais non susceptibles de s'organiser avaient donné naissance à une hémorrhagie relativement abondante. La seule conclusion que je prétende tirer de cette observation est relative à l'influence du traitement. Ici encore la thoracocentèse, aidée d'une révulsion énergique, a très rapidement remédié à des accidents qui, sans cette intervention, eussent été sans doute rapidement mortels.

Ainsi donc, si l'on élimine les cas dans lesquels l'épanchement sanguinolent de la plèvre est dû à une maladie infectieuse grave comme les fièvres rémittentes bilieuses, les ictères typhoïdes, le scorbut, etc., et dépend dès lors d'un état de dénutrition profonde de l'organisme (1); si l'on songe que le cancer de la plèvre est relativement rare et se reconnaît d'ailleurs assez facilement; si l'on admet, comme l'a démontré R. Moutard-Martin, que la phthisie chronique ne donne presque jamais naissance qu'à des pleurésies sèches ou séro-fibrineuses, il faudra conclure que, dans l'immense majorité des cas, la nature hémorrhagique d'un épanchement pleural n'aggrave en rien le pronostic de la maladie. Et si l'on objectait que, dans tous les cas, l'examen histologique de la plèvre y démontre l'existence de bacilles spécifiques, on pourrait répondre que la clinique a toujours

(1) Voyez à ce sujet l'intéressant travail de mon ami M. le docteur Sorel: Observations de pleurésies hémorrhagiques (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, 1885, p. 1).

distingué, et qu'elle doit persister à séparer les pleurésies tuberculeuses *vraies* de ces pleurésies *histologiquement* tuberculeuses qui guérissent après une seule ponction sans que le sujet qui en a été atteint devienne jamais un phthisique.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE »

Observations sur la préparation du chloroforme destiné à l'anesthésie.

Dans une note publiée en 1883 dans le *Journal de pharmacie et de chimie*, M. Regnauld classait la question du chloroforme parmi les types chroniques et périodiques. Cette classification est légitimée par la note que M. Marty vient de faire paraitre dans les *Archives de médecine et de pharmacie militaires* d'octobre 1888, et par cet article rédigé depuis près d'une année et dont diverses circonstances ont retardé la publication.

Un chirurgien des hôpitaux de Paris me confia, il y a quelque temps, un échantillon de chloroforme pour être essayé. Le flacon bleu foncé qui le contenait était bouché à l'émeri et cacheté, sa contenance était environ de 60 centimètres cubes :

1° Quelques grammes furent versés sur une feuille de papier Berzelius pliée en quatre. Au début de l'évaporation, l'odeur était piquante et forte; lorsqu'elle touchait à son terme, on percevait une odeur nauséeuse de vieux fromage qui persistait sur le papier lorsqu'il était sec.

2° Le papier de tournesol était fortement rougi; on obtenait un précipité blanc volumineux par le nitrate d'argent; lorsqu'on approchait un agitateur imprégné d'ammoniaque on obtenait des fumées abondantes de chlorhydrate d'ammoniaque. Le chloroforme suspect contenait donc de l'acide chlorhydrique et des dérivés chlorés provenant d'une décomposition partielle ou d'une purification mal faite.

3° L'essai à l'hydrate de potasse pour la recherche de l'aldéhyde donna une épreuve négative.

4° L'acide sulfurique pur ne se colora pas sensiblement ; les matières organiques avaient été éliminées.

5° Le chloroforme prenait avec la fuchsine une coloration brun marron due à l'action des dérivés chlorés sur la matière colorante.

Ce chloroforme soumis à ces quelques essais était donc impropre à l'anesthésie et pouvait amener des désordres graves ; c'est pourquoi j'ai cru devoir signaler ces quelque réactions indiquées par M. Regnauld et admises par le Codex. J'en profiterai pour faire quelques remarques sur les caractères de pureté et sur la purification admise par la pharmacopée française.

Il ne faudrait pas en effet prendre à la lettre certaines réactions que donne le Codex. Je ne citerai comme exemple que la réaction suivante : *Le chloroforme doit rester absolument transparent et incolore au contact d'un cristal de fuchsine.*

Pourquoi le Codex de 1884 s'exprime-t-il ainsi lorsque M. Regnauld, en avril 1882, dans le *Journal de pharmacie et de chimie*, écrivait ce qui suit : « Le chloroforme pur distillé sur du sodium se colore faiblement lorsqu'on l'agite avec les sels de rosaniline et semble les dissoudre, la filtration dissipe cette illusion et montre que la coloration temporaire du liquide ne dépend pas de la solubilité des sels, mais de leur suspension à un état de division extrême dans le chloroforme essayé. »

Si l'on voulait indiquer ce réactif, il fallait, croyons-nous, signaler les causes d'erreur auxquelles on s'exposait en l'employant et le Codex en le citant comme criterium aurait dû montrer qu'il n'était valable qu'après filtrations répétées. Supposons, en effet, que le chirurgien, confiant dans cette réaction facile, soit porteur d'un cristal de fuchsine, et qu'avant d'employer le chloroforme, il fasse la réaction avec le sel de rosaniline. Il est évident qu'il rejetterait un produit qui pourrait être très bon pour l'anesthésie.

Si cette réaction est infidèle, par contre celles que fait précéder le Codex sont d'une exactitude irréprochable; certains chlorofomes n'y répondent pas et l'acide sulfurique pur accuse *souvent* des matières organiques. J'ai cru d'abord que cette coloration pouvait être due à l'alcool qu'on ajoute généralement au chloroforme pour le conserver; mais, après avoir additionné un choroforme dépourvu de matières organiques de 30 pour 1000 d'alcool absolu je n'ai obtenu, qu'une coloration à peine sensible par l'acide sulfurique monohydraté. Or comme beaucoup de chloroformes noircissent fortement l'acide au bout de trois ou quatre jours, il faut attribuer cette réaction à une purification mal faite. On peut cependant obtenir un chloroforme pur en rectifiant celui du commerce et surtout en modifiant certains points du Codex.

On prend cinq flacons de verre jaune bouché à l'émeri et de contenance de 1500 centimètres cubes par exemple, et un autre de 2500 centimètres cubes. Dans ce dernier on verse 1500 grammes de chloroforme avec son volume d'eau distillée, on agite souvent dans la journée et après quelques jours de contact on change l'eau au moyen d'un appareil à déplacement. On fait trois lavages semblables.

Le chloroforme est alors changé de flacon; on l'additionne d'*un tiers* de son volume d'acide sulfurique monohydraté; on agite souvent et énergiquement dans la journée de façon à permettre le contact le plus immédiat entre les molécules de chloroforme et d'acide sulfurique.

Au bout de huit jours l'acide est enlevé, le chloroforme est versé dans le flacon de deuxième rectification avec une nouvelle quantité d'acide sulfurique; si ce dernier se colore encore, on recommence un troisième traitement dans un troisième flacon et avec une nouvelle quantité d'acide sulfurique. Le chloroforme est alors placé avec 3 pour 100 d'une lessive de soude ainsi préparée :

Soude à l'alcool....... 1 partie.
Eau distillée.......... 1 partie.

On laisse en contact en agitant de temps en temps. Lorsqu'il est nécessaire de se procurer du chloroforme pur, en termine l'opération rapidement et de la façon suivante : On brasse fortement et à plusieurs reprises avec 5 pour 100 d'huile d'œillette. Le savon qui se forme peut être séparé en grande partie de la façon suivante : on place la liqueur chloroformique dans l'appareil à déplacement et après un instant de repos on laisse s'écouler. Le chloroforme part et une grande partie du savon adhère aux parois de l'appareil. On distille alors au bain-marie en ayant soin d'employer une cornue et un ballon en verre jaune. Le produit distillé est mis en contact avec 5 pour 100 de chlorure de calcium fondu et concassé. On filtre, on distille au bain-marie entre 60°,6 et 61 degrés en ayant soin de mettre de côté le premier et le dernier dixième. Ces deux dixièmes sont réunis et jetés sur l'acide sulfurique pour une opération subséquente. Il est préférable d'employer un ballon et une cornue pour chaque distillation.

Le produit obtenu placé en tubes jaunes et scellé, d'une contenance de 50 grammes, donne les plus grandes garanties pour l'anesthésie. Il répond à toutes les réactions du Codex et se conserve parfaitement sans avoir recours à l'alcool éthylique, surtout lorsqu'on a soin de le tenir à la température presque constante de la cave et à l'abri de la lumière.

En résumé, j'ai cru qu'il était bon de faire ressortir :

1° L'impureté de certains chloroformes dont les plus communes sont décelées par l'acide sulfurique (matières organiques) et d'autres par le nitrate d'argent (acide chlorhydrique et composés chlorés);

2° La simplicité et la facilité pour tout pharmacien de se procurer un chloroforme chimiquement pur en échelonnant la purification dans des flacons spéciaux;

3° Sa parfaite conservation en le plaçant en tubes scellés, jaunes, remplis le plus possible, en le maintenant à l'abri de l'air, de la lumière, des matières organiques et à une température sensiblement constante.

Dumouthiers.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 14 JANVIER 1889.

Recherches sur le diabète expérimental, par MM. G. Sée et Gley. — Les auteurs rappellent d'abord les expériences qu'ils avaient faites en 1888 et communiquées à la

Société de biologie. Ces expériences (*Gazette hebdomadaire*, 1888, p. 109) montraient que l'excitation du bout central du nerf pneumogastrique détermine de l'azoturie et que l'administration de la phloridzine provoque le diabète.

Restait à savoir si cette glycosurie ne s'accompagne pas d'autres troubles. Or l'animal que l'on soumet à l'action de la phloridzine devient très vorace et, s'il n'est pas suralimenté, il maigrit rapidement. Cette glycosurie s'accompagne donc, dans une certaine mesure, de polyphagie.

Abstraction faite de la présence du glucose, la composition générale des urines ne varie guère, du moins au point de vue de la teneur en urée et en azote total; pourtant le rapport entre ce dernier (dosé par le procédé légèrement modifié de Kjeldahl) et l'urée nous a paru s'abaisser un peu.

Etudiant ensuite l'influence du traitement, MM. G. Sée et Gley sont arrivés aux conclusions suivantes :

Les deux modes de traitement par le *bicarbonate de soude* et par l'*arsenic* se sont montrés inefficaces. L'administration du *bromure de potassium* a amené, au contraire, une légère diminution du glucose.

Une atténuation plus marquée de cette glycosurie a été obtenue au moyen de l'*antipyrine*.

Etant donnée l'action générale de l'antipyrine qui diminue l'excitabilité du système nerveux, ne peut-on se demander, à propos de ces recherches, si le diabète ne tiendrait pas plutôt à une exagération qu'à un ralentissement de la nutrition ?

Mode de diffusion des courants voltaïques dans l'organisme humain. Résistance des tissus, par M. le docteur *Danion*. — L'auteur, après une série d'expériences variées, est arrivé aux conclusions suivantes: 1° En dehors de la peau et des os, les divers tissus ou matières constitutives de l'organisme, ont *pratiquement* la même conductibilité électrique. Celle des os, la seule qui intéresse la diffusion des courants, est sensiblement inférieure des deux cinquièmes à celle des autres tissus *hypodermiques*.

2° L'étude expérimentale de la diffusion des courants voltaïques faite dans des masses liquides homogènes montre :

a. Que toutes choses égales d'ailleurs, les intensités diffuses *intrapolaires* ou *extrapolaires* ont la même valeur;

b. Que les intensités diffusées sur une circonférence de 35 centimètres de diamètre, lorsque le courant principal est amené par les extrémités d'un des diamètres, sont pratiquement presque égales à celles du centre, la différence n'étant que du seizième environ;

c. Que l'intensité des courants *extrapolaires* devient supérieure à celle des courants *intrapolaires* lorsque les électrodes se rapprochent de plus en plus sur cette circonférence;

d. Qu'au fur et à mesure que les électrodes sont rapprochées l'une de l'autre, le champ de la diffusion se restreint de manière à rendre cette diffusion négligeable.

3° L'étude de la diffusion faite en substituant les unes aux autres des électrodes de dimensions variées montre, contrairement aux notions professées universellement, que le choix et la combinaison d'électrodes de diverses dimensions ne modifie qu'insensiblement les effets de l'électrisation hypodermique même peu profonde et qu'il y a par suite avantage pour plusieurs raisons, à se servir dans la pratique de larges électrodes, lorsqu'on ne vise pas d'effets superficiels.

4° *Les expériences faites sur les animaux et sur l'homme confirment les expériences pratiquées sur des masses liquides homogènes, tout en montrant l'extrême diffusion des courants voltaïques, et les déductions auxquelles donnent lieu ces expériences sont applicables à l'électrisation de l'organisme.*

5° Les os qui seuls intéressent la diffusion des courants, sont une cause d'augmentation de résistance d'autant plus grande, qu'ils sont plus superficiels. Cette augmentation se produit surtout lorsqu'ils sont placés transversalement, mais leur présence ne modifie pas sensiblement le mode de diffusion. Cependant, le cerveau, et principalement la moelle épinière, sont protégés, dans une assez notable proportion, par leur enveloppe osseuse contre la diffusion des courants, et c'est une circonstance qui doit être prise en considération dans les applications de l'électricité au traitement des affections de la moelle épinière.

Sur la virulence des parasites du choléra, par M. Hueppe. — En réponse aux travaux récemment publiés par MM. Gamaleïa et Lœwenthal, l'auteur rappelle que dans le Congrès de médecine interne tenu le 10 avril 1888 à Wiesbaden, et auquel M. Lœwenthal était présent, il a montré le premier les variations de virulence du bacille cholérique dans les cultures, et que, après avoir cherché contre lui des moyens thérapeutiques à *indication causale*, il avait déjà donné la première place, au double point de vue physiologique et pharmacologique, au tribromophénol, au salicylate de bismuth et au *salol*. Sahli avait déjà d'ailleurs préconisé le *salol*.

Depuis, dans un article antérieur aux communications de MM. Gamaleïa et Lœwenthal, et qui a paru dans le *Centralblatt für Bakteriologie* (t. V, p. 80), l'auteur a montré qu'une simple culture de bacilles cholériques peu ou point virulents dans un milieu convenable où ils mènent une vie anaérobie, par exemple dans l'albumine d'un œuf, donne au liquide de culture des qualités toxiques qu'il ne prend pas, ou ne prend qu'au bout d'un temps très long dans les cultures sur milieux ordinaires, à vie aérobie. C'est ainsi qu'une culture de quarante-huit heures dans l'albumine d'un œuf devient assez toxique pour tuer deux cochons d'Inde sur trois et rendre le dernier très malade, alors que quatre semaines de culture aérobie dans du bouillon ne donnent qu'un liquide à peine virulent.

M. Hueppe attribue ces résultats à ce que, dans la culture anaérobie, les ptomaïnes et produits basiques résultant de la dislocation de la matière albuminoïde ne sont pas ultérieurement détruits, tandis qu'ils sont oxydés dans la vie aérobie. C'est une analogie avec la production des acides gras volatils dans la fermentation des hydrates de carbone.

Quoi qu'il en soit de cette idée, on peut se demander si ce ne serait pas dans le mode particulier de vie anaérobie que MM. Gamaleïa et Lœwenthal imposent à leur microbe, l'un dans le corps du pigeon, l'autre dans la pâte gardée en profondeur dans une éprouvette, que gît le secret des variations de virulence observées.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 22 JANVIER 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MAURICE PERRIN.

MM. les docteurs *Garrigou* (de Toulouse) et *Guermonprez* (de Lille) se portent candidats au titre de correspondant national.

M. le docteur *Nodet* (de Chambon-Fougerolles, Loire) envoie un *Rapport* manuscrit sur *les vaccinations* qu'il a pratiquées en 1888.

M. le docteur *G. André* adresse un *Rapport* manuscrit sur *les épidémies* à Toulouse en 1888.

M. le docteur *Penant* envoie un *Rapport* manuscrit sur une *épidémie de variole* en 1888 à Vervins (Aisne).

M. le docteur *Callias* adresse une brochure sur l'*importance de l'hygiène dans la tuberculose*.

M. *Dujardin-Beaumetz* présente: 1° au nom de M. le docteur *Bidard* (de Domfront, Orne), une brochure sur l'*importance extrême des revaccinations fréquentes;* 2° de la part de M. le docteur *Moncorvo* (de Rio-de-Janeiro), une brochure sur *la valeur des injections de caféine dans la thérapeutique infantile*.

Il offre, en outre, les mémoires qu'il vient de publier sur les *hôpitaux et l'enseignement médical en Russie.*

M. *Bourgoin* dépose un mémoire manuscrit de MM. *Chastaing* et *Barillot* sur *les falsifications du lait dans Paris.*

M. *Léon Colin* présente la 2e édition des *Nouveaux éléments d'hygiène* de M. le professeur *J. Arnould* et la thèse inaugurale de M. le docteur *Émile Arnould* sur *la fièvre typhoïde dans la première région du corps d'armée; étiologie ancienne et étiologie nouvelle.*

M. *Cornil* offre son *Rapport*, fait au Sénat, sur *l'utilisation agricole des eaux d'égout de Paris et l'assainissement de la Seine.*

M. *Gueneau de Mussy* présente deux brochures de M. le docteur *Lécuyer* (de Beaurieux, Aisne) sur *l'assistance médicale dans les campagnes* et sur *l'étiologie et la transmission de la fièvre typhoïde.*

Commission. — La Commission d'examen des candidatures au titre d'associé national ou étranger est composée de MM. *Roger, Hérard, Larrey, Léon Le Fort, Leblanc, Goubaux, Caventou* et *Gariel.*

Eaux minérales. — M. *A. Robin* donne lecture d'un rapport favorable pour les eaux concentrées de Châtel-Guyon et défavorable pour la source, dite source du Volcan, à Aizac (Ardèche). — Les conclusions de ces rapports sont adoptées par l'Académie.

Épidémies. — M. *A. Ollivier* lit des fragments du Rapport général dans lequel il analyse les communications envoyées à l'Académie sur un certain nombre d'épidémies observées en France pendant l'année 1887. Ces diverses communications lui permettent de témoigner du zèle que déploie le corps médical sur les divers points du territoire et des succès qu'il obtient lorsque les populations et l'administration se prêtent à l'exécution de ses conseils. A ce propos, M. Ollivier passe en revue un grand nombre de faits qui montrent, d'une part, les progrès que les doctrines de l'hygiène ont faits depuis quelques années et, d'autre part, la nécessité de l'organisation de nos services sanitaires et de la réforme de la législation à ce point de vue.

Strophantus. — La discussion sur l'emploi du strophantus dans les maladies du cœur est reprise par M. Germain Sée, qui achève sa communication commencée à la dernière séance. Pour lui, les principes essentiels, à savoir les alcaloïdes et les glycosides, ont une supériorité incontestable, au point de vue thérapeutique, sur les plantes, la quinine sur le quinquina, la morphine sur l'opium, l'atropine sur les belladonées, la digitaline sur toutes les préparations de digitale, la strophantine sur le strophantus, l'oléandrine, espèce de digitaléine, et la néréine, sorte de digitaline, sur le laurier-rose. La plante n'est jamais alors qu'un mélange informe et dangereusement variable, tandis que l'alcaloïde constitue un principe essentiel fixe et chimiquement défini. D'ailleurs, avant d'apprécier la valeur curative des médicaments employés dans les maladies du cœur, il importe de savoir que beaucoup de ces affections peuvent se passer pendant de longues années « sinon du médecin, du moins des drogues ». Tels sont l'insuffisance aortique chez les jeunes gens, le rétrécissement mitral chez les jeunes filles chlorotiques et chez les femmes, si bien qu'il y a lieu de se montrer très réservé dans l'appréciation des effets constatés.

Après avoir rappelé la série clinique qu'il a établie pour les affections cardiaques, M. Germain Sée propose une nouvelle classification des médicaments applicables à ces maladies, qu'il divise en trois groupes: 1° médicaments respiratoires ou antidyspnéiques: iodure de potassium, atropine, pyridine et érythrophléine; 2° médicaments toni-cardiaques: spartéine, strophantine, digitale et digitaline, convallaria maïalis, convallamarine et sels de potasse; 3° médicaments diurétiques proprement dits: lait, adonis vernalis, caféine, calomel et strophantus; à ces médicaments véritablement cardiaques, il faut ajouter: 1° les excitants vasculaires, dont certains principes de l'ergot de seigle représentent le type le plus net; 2° les dépresseurs vaso-moteurs, qui sont représentés à des titres divers par le chloral et le nitrate d'amyle; 3° les sédatifs terminent la série; c'est le bromure de potassium qui finit, après avoir calmé le système nerveux général plutôt que le cœur, par déterminer une véritable prostration du cœur; 4° c'est l'antipyrine qui supprime toutes les douleurs directes, toutes les cardialgies, sans produire la moindre altération du sang, sans déterminer la moindre modification du cœur, ni de la pression sanguine.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait aussi remarquer quels inconvénients présente l'application de la statistique à la thérapeutique, alors qu'il s'agit d'affections telles que les maladies du cœur, où l'âge du malade et la période de la maladie ont des conséquences si prédominantes. En ce qui concerne l'emploi des alcaloïdes, il croit que dans la classe des diurétiques du cœur, les plantes dont ils sont tirés, fournissent de meilleurs résultats. L'oléandrine est un produit impur qui n'a pas encore été assez étudié pour qu'on puisse se faire une opinion exacte sur ses effets. Il reconnaît d'ailleurs que pour la strophantine, ce médicament nécessite de nouvelles études, depuis que M. Arnaud l'obtient sous la forme d'un alcaloïde cristallisé nettement défini.

M. *Germain Sée* partage l'opinion de M. Dujardin-Beaumetz, pour ce qui est de la statistique des médications appliquées aux affections cardiaques. Il persiste, par contre, à penser que les alcaloïdes et les glycosides produisent des effets supérieurs à ceux que produisent les plantes dont ils sont extraits.

Depuis un an M. *Constantin Paul* emploie le strophantus, d'abord en teinture au dixième, puis sous forme de pilules renfermant un milligramme d'extrait de strophantus ou des pilules contenant un dixième de milligramme de strophantine, les unes et les autres à la dose moyenne de deux ou trois pilules par jour. L'extrait de strophantus lui paraît être beaucoup plus actif et d'un effet plus régulier. Il conclut de sa pratique que le strophantus est un diurétique; moins puissant que la digitale, mais plus rapide, il exerce une certaine action tonique sur le cœur et n'en a presque pas sur la fréquence du pouls; c'est donc un médicament peut-être plus rénal que cardiaque. C'est dans les maladies valvulaires des orifices auriculo-ventriculaires, lorsqu'elles sont arrivées à la période de l'hydropisies, qu'il rend le plus de services.

Transport des blessés. — M. le docteur *P. Bouloumié* présente divers modèles d'aménagements, improvisés, de wagons à marchandises pour le transport des blessés, à l'aide de matériaux qu'on peut toujours avoir à sa disposition.

— L'Académie se forme en comité secret, afin d'entendre la lecture d'un rapport de M. *Charpentier* sur les candidats à la place déclarée vacante dans la section d'accouchements. La liste de présentation est établie ainsi qu'il suit: 1° M. Budin, 2° M. Pinard, 3° *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Doléris, Porak, Ribemont-Dessaignes et Verrier.

— L'ordre du jour de la séance du 29 janvier est établi comme il suit: I. Election d'un membre titulaire dans la section d'accouchements. — II. Suite de la discussion sur le strophantus; inscrits: MM. Bucquoy, Laborde. — III. Communication de M. Cornil, sur des expériences relatives au traitement du choléra. — IV. Communication de M. Lancereaux sur les poêles mobiles. — V. Lectures de MM. Charles Henry, sur la dynamogénie et l'inhibition; R. Blache, sur l'exécution de la loi Roussel dans le département de la Seine; Terrillon, sur la néphrorraphie; Lavaux, sur l'électrolyse linéaire appliquée au traitement des rétrécissements de l'urèthre.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 16 JANVIER 1889. — PRÉSIDENCE DE M. LE DENTU.

Présentation de pièce d'anévrysme poplité : M. Trélat. — Salpingites : M. Routier. — Hystéropexie : M. Terrier (Discussion : MM. Routier, Després, Lucas-Championnière). — Valeur de l'opération d'Alexander dans les rétroflexions utérines adhérentes : M. Trélat (Discussion : MM. Terrier, Després). — Luxation tarso-metatarsienne : M. Nimier. — Recherche des projectiles dans l'oreille : M. Tachard, Rapporteur : M. Chauvel (Discussion : MM. Périer, Schwartz, Terrier, Després). — Présentation de malades : MM. Monod, Chaput.

M. *Le Dentu* adresse ses remerciements aux membres de la Société pour sa nomination au siège de la présisidence.

— M. *Verneuil* dépose une note de M. Bauton (de Nice) sur le pronostic et le traitement des plaies de l'abdomen par coup de feu.

— M. *Lucas-Championnière* offre de la part de l'auteur des *Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales de l'enfance* de M. Piéchaud et en son nom un opuscule sur une statistique de 120 cas de cure radicale de hernies opérées par M. Championnière.

— M. *Routier* dépose une observation de M. Leroy (de Villiers-le-Bel) sur un cas de hernie congénitale étranglée.

— M. *Trélat* fait une simple présentation de pièce résultant de l'extirpation d'un anévrysme poplité volumineux enlevé récemment. Il sera fait une communication ultérieure.

— M. *Routier* demande à clore la discussion qu'il a ouverte sur les salpingites. Il a été séduit par la simplicité de la théorie pathogénique de la propagation par les muqueuses et il cite à son appui un cas de trompe friable, altérée au niveau de la corne utérine et rompue pendant les manœuvres d'extirpation. Il emploie volontiers le chloroforme pour assurer le diagnostic que peuvent fournir la palpation et le toucher profond faits avec le plus grand soin, et considère l'ablation des annexes vraiment malades comme une opération toujours difficile et très grave.

— M. *Terrier* fait le récit de ses opérations d'hystéropexie. Chez la première malade une tumeur très douloureuse sur le côté gauche de l'utérus en rétroversion fit penser à une salpingite. La laparotomie, faite le 13 mars 1888 à l'hôpital Bichat, fit voir un ovaire tombé dans le cul-de-sac de Douglas et en rétroversion extrêmement accusée ; sa paroi antérieure fut fixée à celle de l'abdomen et les douleurs disparurent presque entièrement. Par la fatigue la malade éprouve encore quelques douleurs lombaires.

Chez une autre malade une rétroversion très manifeste était la cause de crises douloureuses extrêmement violentes, survenant à la suite du moindre examen ; l'utérus était très mou et de chaque côté existait de l'empâtement. La laparotomie pratiquée le 23 octobre permit d'extraire quoique très difficilement l'utérus de l'excavation dans laquelle il était tombé. Les annexes furent enlevées et l'utérus fixé par quatre points de suture. Les douleurs disparurent complètement.

Enfin la dernière opération, encore trop récente pour qu'on en puisse tirer des conclusions, a été faite sur une jeune femme que des accidents névralgiques intenses et une rétroversion très marquée retenaient au lit depuis six mois. M. Terrier conclut que c'est une opération sans danger et qui prendra rang dans la chirurgie.

M. *Routier*, dans un cas semblable à ceux de M. Terrier, a pris pour une salpingite un utérus en rétroflexion absolue. Par la laparotomie il constata que l'organe se relevait brusquement comme un ressort pendant que la tumeur sentie au fond du vagin disparaissait. Après ablation d'un ovaire kystique le pédicule fut fixé à la paroi abdominale et les douleurs prirent fin.

M. *Després* demande ce que devient la vessie dans ces opérations de fixation de l'utérus à la paroi abdominale. Il admet bien qu'elle se dilate sur les côtés, mais sa réplétion doit être fort gênée par les adhérences. Entreprendre la laparotomie pour une simple rétroflexion utérine c'est faire de la chirurgie bien hasardée. M. Després n'a jamais vu de malades ayant d'aussi grandes douleurs. Le pessaire ne faisant qu'augmenter le mal, il se contente de faire soutenir le périnée par une ceinture.

M. *Lucas-Championnière* a fait deux fois l'hystéropexie et a été émerveillé de la facilité avec laquelle se fixait l'utérus. Chaque fois il y a eu absence totale de réaction du côté de la vessie. Il compte que cette opération prendra le pas sur celle d'Alexander.

— M. *Trélat* a traité cinq cas de rétroflexion adhérente de l'utérus par la réduction, la mobilisation de l'organe et finalement par l'opération d'Alexander. Le plus souvent l'utérus n'a pas tenu et est revenu à sa position première. Si l'opération d'Alexander est excellente pour les rétroflexions mobiles, sans adhérences, bonne pour celles qui se laissent facilement ramener en position, M. Trélat y renonce pour les rétroflexions adhérentes, même quand on les a mobilisées. Ou ces dernières sont indolentes, et alors il n'y a rien à faire, ou elles sont douloureuses et il n'y a plus qu'une seule ressource actuelle, l'hystéropexie. Ces deux opérations ne sont pas rivales, mais valables selon les cas particuliers.

M. *Terrier* pense que les variétés anatomiques des ligaments ronds chez les diverses femmes font que les résultats doivent être très dissemblables. Le premier effet de la dilatation de l'utérus est un ramollissement considérable du tissu utérin qui rend très difficile sa mobilisation et fait que l'action sur les adhérences est très restreinte. Il préfère aussi l'hystéropexie. Quant à la vessie, après cette opération, elle se loge où elle peut, mais n'en fonctionne pas moins admirablement bien.

M. *Després* rappelle que les fils appliqués sur l'utérus finissent toujours par couper le tissu de l'organe et en conclut que s'il n'y a pas de troubles vésicaux c'est que l'utérus n'est pas resté fixé.

— M. *Chauvel* lit un rapport sur une observation de luxation tarso-métatarsienne due à M. *Nimier* et une autre sur la recherche des projectiles dans l'oreille communiquée par M. *Tachard*.

M. *Périer* a pu récemment extraire une balle de l'oreille à l'aide d'un tire-fond, sans hémorrhagie ni aucune espèce d'accidents ; après aggravation momentanée des douleurs, l'amélioration rapide a permis au malade de quitter l'hôpital.

M. *Schwartz* à la demande des malades a laissé, dans deux cas, les projectiles dans l'oreille. Les patients ont guéri tous deux sans accidents, de quinze jours à trois semaines après.

M. *Terrier* pense comme M. Schwartz qu'il ne faut pas intervenir à tout prix, mais il peut y avoir des complications très tardives dues à des foyers qu'ont infectés les microbes du conduit auditif externe.

M. *Périer* a obtenu chez son malade l'asepsie complète avec un peu de salol sous une couche imperméable de collodion.

M. *Chauvel* ne croit pas non plus que la thèse exclusive de M. Berger, à savoir l'intervention dans tous les cas, doit être adoptée.

M. *Després* a déjà cité les cas de deux malades qui

ont eu, après l'accident, de la paralysie faciale. Ils ont guéri et il y a cinq ans que la balle est dans le rocher.

— M. *Monod* présente un premier malade atteint primitivement d'un épithélioma de l'angle de l'œil et auquel il a enlevé les paupières et le contenu de la cavité orbitaire, et un second sur lequel il a fait une grande greffe épidermique de Thiersch pour ulcère variqueux.

— M. *Chaput* fait voir un malade traité pour une fracture de rotule par la griffe de M. Duplay. Il y a un cal osseux, pas d'écartement des fragments, et au quatrième mois la flexion de la jambe dépasse l'angle droit.

Société de biologie.

SÉANCE DU 12 JANVIER 1889. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Le microbe de l'endocardite: MM. Gilbert et Lion. — Microbes de l'estomac pendant la digestion: MM. Capitan et Morau. — Action des glucosides sur la nutrition générale: M. Quinquaud. — Effets des excitations chez des sujets anesthésiques: M. A. Binet. — Lésions de l'oreille dépendant de troubles divers: M. Brown-Séquard.

M. *Gilbert* rappelle qu'il a décrit avec M. *Lion* un micro-organisme trouvé dans plusieurs cas d'endocardite. Or, les produits solubles de ce microbe injectés dans une veine, chez le lapin, déterminent des lésions mitrales et l'animal meurt après avoir présenté des accidents paralytiques, semblables aux accidents du même genre, si fréquents dans les maladies infectieuses humaines.

— M. *Capitan* a recherché avec M. *Morau* les micro-organismes qui existent dans l'estomac au moment de la digestion. Ces recherches, faites sur une trentaine d'individus, ont montré la présence dans l'estomac, dans ces conditions, de trois, et seulement trois, espèces de micro-organismes, deux sortes de levure et un bacille, tous trois cultivant différemment dans les différents milieux dans lesquels on les ensemence. Il ne paraît d'ailleurs pas y avoir de rapports entre la présence ou l'absence de l'un ou l'autre de ces micro-organismes et la présence ou l'absence de l'acide chlorhydrique.

— M. *Quinquaud*, en étudiant l'action des glucosides en général sur l'économie, a constaté qu'il en est parmi eux qui se dédoublent et donnent une petite quantité de glucose dans l'organisme, comme *in vitro;* en même temps les échanges chimiques interstitiels diminuent. Mais à côté de ces corps, il en est un autre, déjà étudié par von Mering, qui détermine une glycosurie abondante : c'est la phloridzine. C'est en dédoublant les matières albuminoïdes que la phloridzine agit ainsi, comme l'a admis von Mering. De plus, l'absorption d'oxygène diminue, ainsi que l'élimination d'acide carbonique. Mais, s'il y a glycosurie, il n'y a pas hyperglycémie, contrairement à la loi générale posée par Cl. Bernard.

M. *Gley* observe qu'il a entrepris depuis plus d'un an des recherches sur le même sujet avec M. *G. Sée*, recherches qu'il a d'ailleurs déjà signalées au mois de février dernier à la Société et que les résultats concordent d'une manière générale avec ceux des expériences de M. Quinquaud.

— M. *Babinski* présente une note de M. *A. Binet* sur les effets des excitations sensitives chez les sujets anesthésiques. Ces excitations, quoique non senties, donnent en effet lieu à des réactions musculaires qu'on peut enregistrer avec un myographe.

— M. *Brown-Séquard* rappelle les lésions de l'oreille que l'on observe à la suite de la section des canaux semi-circulaires. Mais il a observé les mêmes lésions après des excitations diverses, excitations du nerf auditif ou même simplement des régions périphériques correspondantes.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique chirurgicale, professées à l'hôpital Saint-Louis pendant les années 1883 et 1884, par M. le docteur Péan, membre de l'Académie de médecine. — Paris, Félix Alcan, 1888.

Ce volume, gros de quatorze cents pages, est le sixième de la série. Il commence par douze leçons cliniques, dont les quatre premières sont consacrées à l'étude des cicatrices et de leurs maladies. Viennent ensuite : l'éléphantiasis des membres inférieurs; les exostoses du bassin; les ruptures musculaires; le traitement par suppuration des tumeurs de l'abdomen et du bassin; la gastrotomie appliquée aux tumeurs lipomateuses et tuberculeuses du mésentère; les indications de la castration utérine et de la castration ovarienne.

La deuxième partie est la réunion des observations recueillies dans le service de M. Péan, du 1er janvier 1883 au 1er janvier 1886; elles sont classées par systèmes et par régions.

Le livre se termine par la statistique des opérations de gastrotomie, pratiquées par l'auteur, du 1er janvier au 31 décembre 1886.

A tout cela est annexée une table analytique des matières.

A. B.

VARIÉTÉS

Hôpitaux de Paris. — Un concours, pour la nomination à trois places de médecin au Bureau central, s'ouvrira le mercredi 27 février 1889, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria.

Les incriptions sont reçues de midi à trois heures, du lundi 28 janvier au 11 février 1889.

Internes des hôpitaux. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination des candidats dont les noms suivent :

Internes titulaires : MM. Arrou, Cestan, Rénon, Tersou, Vercoustre, Pineau, Chavane, Triboulet, Papillon, Nageotte, Rochon-Duvignaud, Gauthier (Jean), Leblond, Goupil, Maurel, Bataille, Cartier, Berdal, Faure-Miller, Sainton, Calbet, Ettlinger, Souplet, Willemin, Appert, Benoit, Bergé, Mlle Wilbousehewitch, Bardol, Soupault, Claisse, Mendel, Leredde, Jacob, Ehrhardt (Pierre), Lamy, Nicolle, Debayle, Breton, Vialet, Basset, Matton, Blaise, Gastou, Renault, Gilis.

Internes provisoires : MM. Lovy, Camescasse, Delaunay, de la Nièce, Bureau, Bernheim, Dufournier, Legrand, Thiercelin, Gauthier (Charles), Barrié, Bonneau, Raneurel, Sabouraud, Baudron, Cautru, Vassal, Pompidor, Glover, Dudefoy, Baillet, Guitton, Dupasquier, Béchet, Sorel, Perruchet, Degueret, Souligoux, Michel, Morax, Bouel, Brésard, Piole, Dubrisay, Huguenin, Marx, Veslin, Malapert, Caryaphyllis, Trékaki, Dominguez, Martin-Durr, Saguet, Binaud, Aubert, Auscher, Potier, Laurent-Préfontaine, Ehrhardt (Christian), Mignot.

Concours pour l'admission aux emplois de médecin et de chirurgien suppléant a l'infirmerie de Saint-Lazare. — Deux concours sont ouverts, l'un pour l'emploi de chirurgien suppléant et l'autre pour celui de médecin suppléant à l'infirmerie spéciale de la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare.

Le premier de ces concours s'ouvrira, dans ledit établissement, le lundi 4 mars 1889, à midi, et se continuera les jours pairs suivants. Il donnera lieu à la nomination de trois candidats. — Le second s'ouvrira au même lieu, le mardi 5 mars, à midi, et se continuera les jours impairs suivants. Il ne donnera lieu qu'à la nomination d'un seul candidat.

Conditions du concours — MM. les docteurs qui désireront prendre part au concours se feront inscrire au ministère de l'intérieur — (direction de l'administration pénitentiaire, cabinet du conseiller d'Etat, directeur) — rue Cambacérès, n° 11, de dix heures à quatre heures, et y déposeront leurs pièces et titres.

Le registre d'inscription sera ouvert le lundi 28 janvier, à dix

heures, et sera clos définitivement le samedi 23 février, à quatre heures.

Les candidats qui seront admis à concourir recevront avant le 28 février avis de la décision les concernant.

Tout candidat devra justifier de la qualité de Français et du titre de docteur d'une des Facultés de médecine de l'Etat. Il devra être âgé de vingt-cinq ans au moins. Il devra joindre à sa demande l'extrait de son acte de naissance, ses diplômes, l'indication des titres scientifiques et hospitaliers, ses états de service, s'il y a lieu, et tous autres documents qu'il jugerait utile de présenter.

Aussitôt après clôture de la liste d'admission, il sera procédé à la constitution du jury, et cinq jours plus tard il sera donné communication de la liste des membres aux candidats admis qui en feront la demande (11, rue Cambacérès).

Tous liens de parenté ou d'alliance entre quelqu'un des concurrents et quelque membre du jury devraient être signalés à l'administration en vue de la modification de ce jury.

Le concours consistera, d'une part, en trois épreuves d'admissibilité et trois épreuves définitives, pour l'emploi de chirurgien suppléant; d'autre part, en trois épreuves d'admissibilité et deux épreuves définitives pour l'emploi de médecin suppléant, ainsi qu'il appert du tableau ci-dessous :

Concours pour l'emploi de chirurgien suppléant. — 1° Epreuve des titres scientifiques et hospitaliers.

2° Epreuve théorique orale sur un sujet de pathologie externe, de gynécologie ou d'obstétrique (leçon de vingt minutes après vingt minutes de préparation).

3° Epreuve de clinique spéciale (leçon de dix minutes après dix minutes de préparation).

Les trois dernières épreuves, auxquelles il ne sera admis que neuf candidats, sont :

1° Une composition écrite sur un sujet concernant les affections vénériennes (trois heures sont données pour cette composition).

2° Une épreuve orale de diagnostic sur deux malades atteints d'affections chirurgicales (exposé de vingt minutes après examen de vingt minutes au lit des malades).

3° Epreuve de médecine opératoire sur un cadavre.

Pour les épreuves orales, la note maxima sera de 20 points; elle sera de 30 points pour l'épreuve écrite et pour l'épreuve de médecine opératoire.

Concours pour l'emploi de médecin suppléant. — 1° Epreuve des titres scientifiques et hospitaliers.

2° Epreuve théorique orale sur un sujet de pathologie interne de gynécologie ou d'obstétrique (leçon de vingt minutes après vingt minutes de préparation).

3° Epreuve de clinique spéciale (leçon de dix minutes après dix minutes de préparation).

Les deux épreuves définitives, auxquelles il ne sera admis que trois candidats, sont :

1° Une composition écrite sur un sujet concernant les affections vénériennes (trois heures sont données pour cette composition).

2° Une épreuve orale de diagnostic sur deux malades (exposé de vingt minutes après examen de vingt minutes au lit des malades).

Pour les épreuves orales, la note maxima sera de 20 points; elle sera de 30 points pour l'épreuve écrite.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par application du titre VII de la décision ministérielle du 18 avril 1888, et de l'article 15 du décret du 22 novembre 1887, les élèves du service de santé militaire, reçus docteurs en médecine, dont les noms suivent, sont nommés à l'emploi de médecins stagiaire à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires :

MM. Millard, Janot, Arnould, Trouillet, Benoît, dit Beker, Legrain, Michaud, Beigneux, Rouchaud, Thérault, Faivre, Huguet, Castaing, Coste, Sturel, Claude, Gontier, De Viville, Destrez, Berger, Vigerie, Ribière, Sire, Rossignol, Gilliard, Puech, Donnadieu, De Langenhagen, Dormand, Lenoir, Lanusse-Trousse, Ollier de Vergèze, Séguret, Blanc, De Guénin, Couturier, Nielot, De Schuttelaëre, Claoué, François, Laine, Arnavielhe, Barrier, Loustalot, Mignon, Laborderie, Tournier, Viguier, Chéreau, Verdierre, Guirlet.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Un scrupule des plus respectables avait déterminé M. le professeur Pitres à adresser au ministre de l'instruction publique sa démission de doyen de la Faculté de Bordeaux. Appelée à nommer un nouveau doyen, la Faculté vient, à l'unanimité, de réélire M. Pitres, donnant ainsi à son chef un nouveau témoignage de la sympathie et de l'estime de tous ses collègues.

— M. Merget, docteur en médecine, docteur ès sciences, est nommé professeur de physique médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous venons de recevoir le premier numéro de la *Revue d'hygiène thérapeutique*, publiée par le docteur Descourtis et destinée à vulgariser les connaissances relatives à l'hydrothérapie, l'électrothérapie, la gymnastique, etc.

SUR LES EAUX MINÉRALES ET LES MALADIES CHRONIQUES. — Le docteur Max Durand-Fardel commencera ce cours le samedi 2 février à cinq heures du soir dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique et le continuera les mardi et samedi de chaque semaine à la même heure. Ce cours sera fait en douze leçons.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE. — La Société d'hydrologie médicale de Paris a été reconnue comme établissement d'utilité publique par décret du 29 juin 1888.

Composition du bureau pour 1889 :

Président, M. Danjoy; vice-présidents, MM. Philbert et Sénac-Lagrange; secrétaire général, M. Leudet; secrétaires annuels, MM. Bottey et Schlemmer; trésorier, M. Royer; archiviste, M. Cazaux.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. le docteur Le Thière (de Paris); de M. le docteur Cras, médecin en chef de la marine, l'un des professeurs le plus distingués de l'Ecole de Brest, l'un des collaborateurs les plus actifs des *Archives de médecine navale*, et de M. le docteur Bodélio (de Lorient).

SOUSCRIPTION DUCHENNE (DE BOULOGNE).

Troisième liste.

	Société de médecine de Paris.....	200 fr.	»
MM. les Drs	Keller..........	100	»
	Grasset (de Montpellier)..........	50	»
	Reliquet..........	50	»
	Blum..........	20	»
	Adolphe Bloch..........	20	»
	Baréty (de Nice)..........	25	»
	Labrie..........	20	»
	E. Neumann..........	20	»
	Gouguenheim..........	10	»
	Hanot..........	20	»
	Machelard..........	10	»
	Huret (de Veretz)..........	10	»
	Christian..........	10	»
	Total..........	565	»
	Montant des listes précédentes.	1660	»
	TOTAL GÉNÉRAL..	2225 fr.	»

MORTALITÉ A PARIS (2e semaine, du 6 au 12 janvi 1889. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 1 — Variole, 2. — Rougeole, 53. — Scarlatine, 3. — Coque luche, 6. — Diphthérie, croup, 41. — Choléra, 0. — Phthisi pulmonaire, 165. — Autres tuberculoses, 26. — Tumeurs cancéreuses, 40; autres, 8. — Méningite, 30. — Conges tion et hémorrhagies cérébrales, 68. — Paralysie, 11. — Ramollissement cérébral, 8. — Maladies organiques du cœur, 6 — Bronchite aiguë, 37. — Bronchique chronique, 53. — Bronch pneumonie, 52. — Pneumonie, 7[illegible]. — Gastro-entérite : sein, 8 biberon, 34. — Autres diarrhées, 4. — Fièvre et péritonite pue pérales, 3. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité co génitale, 26. — Sénilité, 45. — Suicides, 21. — Autres mor violentes, 3. — Autres causes de mort, 200. — Caus inconnues, 13. — Total : 1114.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

18065. — MOTTEROZ. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 30 janvier 1889.

Académie de médecine : **Le Strophantus. — Élection.** — *Société médicale des hôpitaux :* **L'isolement et la désinfection à l'hôpital des Enfants-Assistés.**

La discussion sur le strophantus est close et l'on peut considérer comme définitives les conclusions que nous avions indiquées dès le début. Dans sa réponse à M. G. Sée, M. Bucquoy a, en effet, maintenu et précisé ce que lui avaient montré les observations cliniques si nombreuses qu'il a recueillies lui-même depuis plusieurs années. M. Bucquoy affirme que le strophantus est diurétique ; que la diurèse peut être obtenue très rapidement et sans trouble grave ou permanent du côté des reins, par conséquent sans néphrite vraie ; qu'elle peut, dans certains cas, être maintenue pendant assez longtemps au grand bénéfice du malade. MM. Dujardin-Beaumetz et C. Paul confirment cette opinion. M. G. Sée, qui n'a étudié que la strophantine, conteste l'effet diurétique de ce médicament. Cela ne prouve-t-il pas, comme l'a fait remarquer M. Bucquoy, que la strophantine ne vaut pas le strophantus? M. Bucquoy a, de plus, constaté maintes fois que le strophantus relève l'activité du cœur et par conséquent le pouls. Cette action est peut-être un peu moins fréquente que l'effet diurétique, mais elle reste évidente dans bien des cas. Enfin, consécutivement à la diminution de l'œdème et à l'augmentation de l'énergie du cœur, la dyspnée s'atténue progressivement chez les malades atteints de lésions mitrales. Le strophantus bien préparé est donc un bon médicament cardiaque. Il ne saurait, nous l'avons déjà dit, remplacer la digitale ou l'iodure de potassium ; mais il a ses indications spéciales et celles-ci ont été bien posées par MM. Bucquoy, Dujardin-Beaumetz et C. Paul. Il a aussi ses inconvénients, car il ne réussit pas toujours ; il ne détermine pas toujours une diurèse *persistante*, enfin il provoque parfois de la diarrhée et des troubles gastriques. N'est-ce point le cas de beaucoup d'autres médicaments et le rôle du médecin n'est-il pas précisément de bien savoir reconnaître les indications et les contre-indications des médicaments qu'il emploie non seulement d'après les symptômes observés, mais encore et surtout en raison de l'idiosyncrasie de quelques malades?

Une deuxième discussion, greffée sur la première, a été continuée hier par un discours de M. Laborde, qui a maintenu, comme M. G. Sée, l'utilité de l'administration exclusive des alcaloïdes extraits des plantes. Le principe immédiat, a-t-il dit, est toujours *un*, identique à lui-même, invariable dans sa constitution propre, comme dans son action fondamentale, physiologique et médicamenteuse ; la

FEUILLETON

Questions professionnelles.

Faudra-t-il désormais qu'avant de pratiquer une opération quelconque, le chirurgien demande à son client de lui affirmer, sur une belle feuille de papier timbré, qu'en cas d'insuccès — malheureusement possible — il n'exercera contre lui aucune poursuite judiciaire? On serait vraiment tenté de le croire en lisant le compte rendu du procès qui vient d'être intenté à M. le docteur Poncet, ancien médecin en chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. Le fait est assez intéressant et par lui-même et par les conséquences qu'il pourrait entraîner pour mériter d'être signalé et commenté. Il s'agissait d'un militaire retraité, M. G..., qui, blessé à la jambe gauche, pendant la guerre d'Italie, avait été retraité et pourvu d'un emploi à la Caisse des dépôts et consignations. En 1871, M. G... avait repris volontairement du service et à la bataille de Buzenval il avait reçu à la jambe droite des blessures ayant nécessité l'amputation du membre. Pendant dix-huit années il avait pu, bien qu'amputé d'une jambe et atteint d'une arthrite du genou de l'autre côté, continuer son service d'employé. Mais peu à peu une aggravation de son état et particulièrement une ankylose angulaire du genou survenue à la suite d'abcès multiples décidèrent le malade à se soumettre à un traitement chirurgical destiné à redresser le membre ankylosé. Comme il était ancien militaire, il sollicita et obtint son admission à l'hôpital du Val-de-Grâce.

Le médecin en chef, M. Poncet, lui proposa l'application de l'appareil de Robin (de Lyon), après avoir, il importe de le dire, demandé l'avis de plusieurs de ses collègues et l'assistance d'un fabricant d'instruments aussi habile qu'expérimenté et consciencieux. Malheureusement, comme

matière totale qui le contient est complexe, variable tant dans sa composition que dans ses effets.

Nous reconnaissons volontiers que les préparations tirées des plantes peuvent renfermer divers alcaloïdes; mais c'est précisément parce que la matière extraite d'une plante est variable dans sa composition que ses effets diffèrent de l'action exercée par un seul alcaloïde. Comme l'ont dit successivement MM. C. Paul, Trasbot et Gariel, l'analyse chimique n'a pas isolé, elle n'isolera jamais *tous* les principes actifs que renferme une plante. Celle-ci contient non seulement des substances cristallisables, mais encore des substances solubles. Et s'il devenait possible de les isoler tous, il resterait encore difficile de les combiner et de les associer pour produire l'effet thérapeutique obtenu en se servant de la plante elle-même.

Concluons donc avec tous les médecins qui savent prescrire et manier ce produit — à l'exception toutefois de M. G. Sée — que la digitale est un excellent médicament et qu'elle donne des effets tout différents de ceux que produit la digitaline; que l'extrait ou la teinture d'aconit doivent être préférés à l'aconitine; que, chez les enfants, il serait très dangereux de substituer l'émétine à l'ipéca; en un mot que le médecin praticien doit savoir *formuler*, c'est-à-dire prescrire, en les combinant et en les associant, les divers médicaments dont une longue expérience a démontré l'efficacité.

— Notre très distingué confrère le docteur Budin a été élu au premier tour de scrutin et par 67 voix, membre de l'Académie dans la section d'accouchements.

— Les progrès incessants de l'hygiène hospitalière nous permettent d'espérer que, dans un prochain avenir, les conditions dans lesquelles se produisent les *cas intérieurs* seront bien précisées et que l'on arrivera dès lors à restreindre la mortalité due aux maladies contagieuses. La communication si intéressante que vient de faire à ce sujet M. le docteur Sevestre (voy. p. 74) est, en effet, pleine d'espérances. A l'hôpital des Enfants-Assistés la mortalité diminue progressivement grâce à l'isolement des rubéoliques et des enfants atteints de diphthérie, grâce surtout à la désinfection rigoureuse, par l'étuve, de tous les linges qui transmettent et propagent la maladie.

On lira, dans le *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, les considérations développées par M. Sevestre au sujet des allures cliniques et des dangers de la diphthérie hospitalière. La léthalité constante, pour ainsi dire fatale, de la trachéotomie démontre bien que l'affection est particulièrement maligne et, comme l'a fait remarquer M. Cadet de Gassicourt, cette malignité ne dépend ni des opérateurs, ni des soins consécutifs à l'opération. Elle paraît tenir aux conditions dans lesquelles naît et se propage la maladie. Or M. Sevestre, en installant une étuve à la désinfection par la vapeur sous pression, en surveillant avec la plus minutieuse sollicitude la désinfection des linges et des vêtements qui apportaient et transmettaient le contage, est arrivé à faire disparaître momentanément la diphthérie d'un service où toujours elle régnait en souveraine. L'importance d'un semblable résultat se passe de commentaires. Il fait ressortir avec plus d'évidence que jamais la nécessité d'installer dans tous les hôpitaux des étuves à désinfection et des salles d'isolement. Aussi doit-on insister, après M. Ollivier, pour obtenir de l'administration hospitalière une réforme complète du système qui reste en vigueur à l'hôpital des Enfants-Malades, où l'isolement est une chose purement fictive, où il n'existe pas de moyen de désinfection des linges et vêtements, où les consultations externes se font encore dans des conditions déplorables.

Nous voudrions aussi que l'on se décidât enfin à établir dans les hôpitaux d'enfants, aussi bien que dans les hôpitaux d'adultes, et en particulier à la maison municipale de santé, des pavillons d'isolement avec salles payantes où l'on puisse faire admettre les étrangers voire même certains habitants de Paris qui ne peuvent recevoir à domicile les soins nécessaires. Nous avons déjà il y a neuf ans (*Bulletins de la Soc. de méd. publ.*, 1880, p. 174) insisté sur la nécessité d'une création de ce genre. M. le docteur Bourneville a proposé le 1er mai 1880, et le conseil municipal avait alors accepté, l'agrandissement de la maison municipale de santé et la création d'un pavillon d'isolement pour les varioleux. Nous attendons encore la réalisation de ces vœux.

CLINIQUE CHIRURGICALE

De la nécrose phosphorée.

Quelques années après l'invention des allumettes chimiques au phosphore blanc, on vit que certains ouvriers employés à cette fabrication étaient atteints d'une nécrose spéciale des mâchoires. Les premières observations datent de 1839, et elles furent suivies des travaux de Lorinser (de

---

il arrive parfois en pareil cas, le résultat obtenu ne répondit point à l'attente du chirurgien; la jambe resta dans une position vicieuse et, la maladie générale qui avait provoqué les accidents continuant à évoluer, elle s'atrophia peu à peu. Que fit dès lors M. G...? Il s'adressa aux tribunaux pour réclamer au chirurgien qui l'avait opéré 50 000 francs de dommages-intérêts, demandant à établir au moyen d'une expertise et d'une enquête le bien fondé de ses allégations.

Hâtons-nous d'ajouter que le tribunal de la Seine, devant lequel la cause a été plaidée, a répondu à cette requête par un jugement très nettement motivé, dont voici les considérants :

Attendu, en principe, que si les Tribunaux ont le droit incontestable d'examiner, dans les affaires qui leur sont soumises, si un médecin a commis une faute et une imprudence, ou s'il s'est écarté des règles de sa profession, il ne leur appartient pas de trancher la question d'ordre scientifique d'appréciation et de pratique médicale;

Qu'ils ne sauraient davantage se prononcer sur l'opportunité d'une opération, sur la méthode préférable et sur le meilleur traitement à suivre;

Que les questions purement techniques échappent à leur compétence, et qu'ils doivent se borner à rechercher s'il y a eu, de la part de l'homme de l'art, imprudence, négligence, défauts de soins ou maladresse manifeste;

Que le Tribunal doit donc examiner si dans la cause actuelle, une faute de cette nature est imputable au défendeur;

Attendu que cette faute résulterait tout d'abord, suivant le demandeur, de ce que l'opération était inopportune et même contre-indiquée, à raison de l'état général démontré, et surtout de l'état local de la jambe;

Mais, attendu, d'une part, qu'il résulte des écritures du demandeur lui-même que c'est sur le conseil d'autres médecins et dans l'intention de subir cette opération qu'il s'est fait admettre au Val-de-Grâce;

Que, d'autre part, c'est à la suite d'une période d'examen de

Vienne), Heyfelder, Strohl (de Strasbourg) en 1845; de Roussel et Gendrin en 1846; de Bibra et Geist en 1847. En 1857, la thèse d'agrégation de M. Trélat résume d'une manière remarquable l'état de la question.

A cette époque le « mal chimique » frappait environ un ouvrier sur douze. Les nombreux travaux qui ont été publiés depuis établissent bien que sa fréquence a diminué et les relevés faits l'an dernier par M. P. Dubois abaissent la proportion à un malade sur deux cents ouvriers. La simple amélioration des procédés actuels de fabrication suffirait-elle donc pour faire disparaître sous peu la nécrose phosphorée? La question a été posée il y a quelques semaines à l'Académie par M. Magitot et, à l'unanimité, la savante Compagnie l'a résolue par la négative: ce n'est pas de perfectionnement qu'il faut parler ici; l'avenir est dans la substitution complète du phosphore rouge au phosphore blanc.

La discussion de cette prophylaxie ressortit à l'hygiéniste et elle a été exposée à nos lecteurs au moment même de la communication de M. Magitot. Mais il reste à côté de cela des faits de pathogénie et de clinique dont la connaissance importe au chirurgien. L'occasion est peut-être favorable pour en dire quelques mots.

I

Les conditions d'âge, de sexe, paraissent sans action et si les statistiques allemandes accusent une prédominance marquée des femmes et des enfants, les statistiques françaises, au contraire, montrent que l'homme surtout est sujet à la nécrose phosphorée. Cette contradiction apparente tient tout simplement à des différences dans la composition du personnel des usines.

Parmi les causes prédisposantes, on n'accorde guère attention qu'à l'état de la bouche et du système dentaire.

Déjà Bibra et Geist, Tomes, ont admis l'influence nocive de la carie dentaire. M. Magitot va plus loin: pour avoir une action réelle, la carie doit être pénétrante. Les vapeurs phosphorées, dissoutes dans la salive, pénètrent par cette voie jusqu'au contact du tissu osseux, qu'elles baignent et mortifient de proche en proche.

A cette théorie exclusive, les objections n'ont pas manqué: M. Trélat, Haltenhoff, et tout récemment Mears, P. Dubois, ont vu des sujets dont la mâchoire nécrosée ne portait aucune dent cariée. Pour Strohl, c'est la gencive qui est l'intermédiaire obligé entre l'os et la salive toxique; la sertissure des dents s'altère, se décolle, avec d'autant plus de facilité, ajoute M. Trélat, que cette muqueuse est dépourvue de glandes et n'est douée que d'une faible vitalité. De là la prédisposition efficace créée par les gingivites diverses, et Mears incrimine d'une façon spéciale les amas de tartre dentaire.

En somme, tous les auteurs précédents font de la nécrose phosphorée une affection essentiellement locale: le poison ne pourrait pénétrer que par une porte d'entrée buccale, variable d'ailleurs. La carie dentaire pénétrante semble être la plus fréquente. Weinlechner a vu des ouvriers longtemps indemnes ne commencer à être malades qu'à partir du moment où leur système dentaire se délabra. Dans leurs expériences, déjà anciennes, Bibra et Geist n'ont pu provoquer la nécrose sur des lapins soumis aux inhalations phosphorées qu'après leur avoir arraché des dents ou brisé la mâchoire.

Mais, dès 1845, Lorinser faisait connaître une observation où l'os malaire s'était mortifié le premier. Or cet os n'a rien à voir avec la constitution du rebord alvéolaire; nulle part, même, il ne touche à la muqueuse buccale. Aussi Lorinser a-t-il soutenu qu'il s'agit d'une intoxication générale, exerçant une action élective sur les maxillaires. Cette opinion a été reprise en 1862 par Adam, en 1872 par Wegner (qu'on cite souvent sous le nom de Degner). Wegner avait vu amputer la cuisse d'un ouvrier en allumettes chimiques et avait constaté que le périoste épaissi se décollait avec une facilité anormale de l'os un peu enflammé. Il institua des expériences et confirma cette observation. Il réussit même à provoquer des nécroses sur des animaux auxquels il faisait ingérer du phosphore sous forme pilulaire. En 1886, Hutchinson donna ses soins à un homme atteint dans ces conditions.

En présence de ces faits, la possibilité d'une intoxication générale à déterminations osseuses est difficile à nier, mais l'hypothèse d'une action élective sur les maxillaires ne satisfait en rien l'esprit et la fréquence avec laquelle la cavité buccale est en jeu ne saurait guère se comprendre que si on invoque, pour la plupart des cas, une altération locale causée par la salive. Mais peut-être doit-on souvent associer les deux théories. Mears signale, sous l'influence de l'intoxication phosphorée, des lésions dégénératives des parois artérielles: l'action locale s'exercerait sur un tissu ainsi rendu moins résistant. Cette manière de voir expliquerait assez bien comment il faut, en moyenne, trois ou

---

près d'un mois, et après avoir appelé en outre deux confrères à visiter le malade, que Poncet s'est décidé à pratiquer l'opération;

Qu'il n'y a donc eu de sa part, ni hâte, ni légèreté et que ces circonstances suffisent à faire écarter sur ce point l'allégation d'imprudence;

Qu'il appartenait au médecin seul d'apprécier s'il était préférable de tenter l'opération ou de s'abstenir...;

Attendu que G... articule en second lieu que Poncet aurait encore commis une faute lourde en se servant pour l'opération d'un instrument nouveau dont il ignorait le mécanisme et dont il avait laissé le maniement au fabricant Mathieu qui était sans qualité pour faire une opération chirurgicale;

Mais attendu que cette allégation n'est appuyée d'aucun élément de preuve;

Que l'appareil dont il s'agit était inventé et employé depuis 1882 et qu'il n'était pas inconnu de Poncet puisqu'il a eu précisément la pensée de l'employer dans cette circonstance;

Que le Tribunal qui ne peut apprécier le degré d'habileté ou de pratique d'un chirurgien peut encore moins se prononcer sur l'emploi de tel ou tel instrument;

Qu'en tout cas la présence du fabricant lui-même, assistant le chirurgien en qualité d'aide, loin de pouvoir être retenue comme un élément de faute à la charge de Poncet, était au contraire une circonstance favorable pour le succès de l'opération;

Attendu que G... reproche en troisième lieu à Poncet d'avoir refusé malgré ses sollicitations les plus pressantes de vérifier et de relâcher l'appareil destiné à obtenir le redressement de la jambe et la réduction de la fracture;

Mais, attendu que cette articulation tendrait en réalité à imputer à faute à un médecin de n'avoir pas cédé aux sollicitations d'un malade;

Qu'il résulte de ce qui précède qu'elle n'est pas pertinente;

Par ces motifs G... est débouté de sa demande et condamné aux frais.

Ce jugement ne peut qu'être loué. Il appartient aux tribunaux d'étudier attentivement toutes les causes qui leur sont soumises et par conséquent d'examiner si un médecin ou un chirurgien a commis une faute lourde dans

quatre ans de séjour à l'usine avant que l'ostéo-périostite se manifeste.

II

On a voulu assigner à la nécrose phosphorée des caractères anatomiques spéciaux. On n'a pas tardé à reconnaître qu'il n'en existe pas.

C'est simplement une ostéo-périostite nécrosique à marche très lente, à envahissement progressif de proche en proche, et la lenteur du processus rend compte d'ostéophytes assez abondants; dont les uns, grisâtres, poreux, adhèrent au séquestre; dont les autres, adhérents au périoste, ont une face profonde éburnée et une face libre poreuse.

Les séquestres sont d'une étendue variable. C'est presque toujours vers la bouche qu'ils tendent à s'éliminer. Mais cette élimination est très lente, précisément parce que l'ostéite nécrosique envahit de proche en proche et par conséquent n'arrive que tard à la séquestration, si même elle y arrive.

Cette marche envahissante a trop souvent des conséquences mortelles. Du maxillaire supérieur, la lésion s'étend à l'os malaire, au palatin, à l'orbite, à l'ethmoïde: de là des méningo-encéphalites, des phlébites des sinus, des nécroses de toute la base du crâne. Le maxillaire inférieur est mieux situé sous ce rapport; mais à un moment donné l'arthrite purulente temporo-maxillaire n'est pas rare et la nécrose gagne de là le temporal.

Les lésions viscérales seraient importantes pour démontrer la réalité d'une intoxication générale. Haltenhoff, Leudet, ont vu de la dégénérescence amyloïde du foie et des reins; Bucquoy, Jagu, notent de la stéatose viscérale. Mais la malade de Bucquoy est morte de variole. Quelle est donc la part de cette pyrexie dans les lésions viscérales, et, pour les autres cas, quelle est la part de la septicémie chronique? C'est une question à étudier encore, quoique Wegner, dans ses expériences, ait souvent constaté des altérations hépatiques.

III

L'évolution clinique de la maladie doit se diviser en trois périodes: ostéo-périostite; nécrose; séquestration.

L'ostéo-périostite a un début insidieux. Des odontalgies s'accentuent peu à peu en même temps que les gencives deviennent tuméfiées, fongueuses et saignantes. Puis les douleurs prennent un caractère névralgique, s'irradient vers l'oreille, la face, l'épaule même, et les malades se font arracher, l'une après l'autre, des dents souvent à peu près saines. Il va sans dire qu'ils créent ainsi des portes d'entrée nouvelles à l'agent toxique. A cette période, des poussées de gonflement, de véritables fluxions se voient à la face externe du maxillaire atteint.

Parfois tout se borne là et la maladie rétrocède sans aboutir à la nécrose. Mais cette forme bénigne est rare. A l'ordinaire, ce n'est qu'une rémission et, au bout d'un temps variable, l'affection reprend son cours.

La nécrose une fois établie, les douleurs s'amendent. Puis, après chute des dents et ulcération des gencives, l'os grisâtre apparaît à nu dans la bouche, tandis que la tuméfaction sous-cutanée envahit soit la face, soit le cou, suivant que la lésion occupe le maxillaire supérieur ou le maxillaire inférieur. Des bosselures fluctuantes s'ouvrent successivement, laissant des fistules par lesquelles le stylet arrive au contact de l'os dénudé.

Alors l'haleine est fétide, l'alimentation difficile, la phonation pénible. Ces phénomènes fonctionnels persistent pendant la période de séquestration. Nous ne reviendrons pas sur l'époque tardive où survient cette séquestration: parfois même, l'ostéite ne se limitant pas, il ne se forme pas de séquestre mobile.

C'est dans ce dernier cas surtout que la mort par propagation à la base du crâne est à craindre. Ou bien la cachexie s'installe, due à la suppuration prolongée et, ajoute Ch. Lailler, à la perte de la salive: le sujet meurt ainsi dans le marasme. Ailleurs il est emporté brusquement par des hémorrhagies, un érysipèle, etc.

La mortalité était autrefois considérable. La statistique de Trélat donnait en 1857 les chiffres suivants: la mort survenait dans la moitié des cas lorsque les deux mâchoires étaient atteintes; dans un tiers pour le maxillaire supérieur seul; dans un quart pour le maxillaire inférieur; soit en moyenne dans un tiers des cas. Grâce à l'hygiène et à la chirurgie le danger est devenu moindre, si bien qu'en 1866 Billroth voit la mortalité tomber à 15 pour 100; et d'après P. Dubois en 1887 elle ne serait plus que d'environ 10 pour 100.

Mais les survivants sont bien souvent défigurés, hideux, avec une face ici gonflée, là affaissée, ailleurs cicatricielle. Heureux encore lorsque l'os régénéré ne subit pas à son tour les atteintes du mal.

Nous ne parlerons pas davantage de cette régénération;

---

l'exercice de sa profession. Le tribunal aurait donc pu, comme le demandait d'ailleurs le ministère public, ordonner une enquête ou une expertise. Il ne l'a point fait, préférant tenir compte à M. le docteur Poncet de sa haute notoriété scientifique et de la position éminente qu'il avait si dignement occupée dans la médecine militaire. Mais, après avoir reconnu que les juges du tribunal de la Seine ont fait preuve d'équité et de bienveillance, nous devons nous demander ce qui serait advenu s'ils avaient obéi aux suggestions du parquet, s'ils avaient ordonné l'enquête.

Dans le cas particulier qui nous occupe, il s'agissait d'un fonctionnaire public, d'un officier de l'armée. C'est le ministre de la guerre, chef hiérarchique de M. docteur Poncet, qui devait prendre en main la cause de son subordonné. Ce sont les avocats et les avoués du ministère qui ont été chargés de sa défense. Le professeur du Val-de-Grâce a pu être ennuyé de cette pénible affaire; il n'a eu à en supporter ni les inconvénients moraux ni les charges matérielles qui auraient été imposés à des médecins civils.

Supposons en effet qu'un autre chirurgien ait eu à soigner M. G... et ait cru devoir agir comme M. Poncet. Pense-t-on qu'il lui eût été indifférent de répondre à diverses reprises aux interrogatoires auxquels il aurait été soumis, de se rendre maintes fois au cabinet du juge d'instruction ou bien aux audiences du tribunal? Croit-on que les frais qu'entraîne un procès alors même qu'on le gagne ne soient pas très onéreux pour un chirurgien? Et si une enquête est ordonnée; si durant plusieurs mois la réputation d'un médecin ou d'un chirurgien est à la merci de commentaires malveillants ou d'insinuations calomnieuses, celui-ci ne serait-il pas en droit de chercher, par une demande reconventionnelle de dommages-intérêts, à obtenir une légitime satisfaction?

Mais, il faut le reconnaître, le public en général et les magistrats en particulier n'admettent pas aisément une semblable procédure. Aussi, le plus souvent, le médecin

ce serait verser dans l'étude générale de la nécrose des mâchoires.

IV

Le diagnostic est presque toujours évident : le malade l'a fait avant de consulter le chirurgien. L'évolution, le commémoratif professionnel empêchent toute erreur. Tout au plus faut-il se tenir en garde contre les cas, assez rares il est vrai, où la première poussée d'ostéite éclate quelques mois après que l'ouvrier a quitté l'atelier.

Le point délicat est de savoir si la nécrose est limitée, et la mobilité du séquestre est pour cela le fait capital, mais non pathognomonique : elle manque dans une nécrose terminée où le séquestre est enclavé dans l'os nouveau; elle peut exister alors qu'au delà du séquestre l'ostéite continue sa marche.

Pour déceler l'envahissement de la base du crâne on tiendra compte, au maxillaire inférieur, de l'otalgie avec otorrhée ; au maxillaire supérieur, des céphalalgies frontales, du chémosis et de l'exophthalmie, indices d'une ostéite orbitaire.

Dans ce dernier cas, sans doute, le traitement chirurgical ne saurait guère être actif. Mais, lorsque la maladie n'a encore lésé que les mâchoires, on peut obtenir des résultats assez satisfaisants.

Au début, Haltenhoff a eu quelques succès par l'iodure de potassium à l'intérieur ; Mears, par l'exposition aux vapeurs de térébenthine. Mais le traitement chirurgical est presque toujours nécessaire.

L'extraction des séquestres est une indication thérapeutique indiscutée et indiscutable. Mais est-ce la seule ? Oui, pour Lorinzer, Lailler, Trélat, Rose, pour la plupart des chirurgiens anglais. Intervenir avant la séquestration, c'est risquer d'enlever plus que ne détruirait le mal; ou au contraire d'enlever trop peu, et l'ostéite continue alors son cours.

Billroth, Langenbeck, Pitha, Richet, ne sont pas de cet avis : la résection hâtive et large tarit, d'après eux, la suppuration ; met jusqu'à un certain point à l'abri de la propagation aux os du crâne ; assure une régénération plus régulière.

Cela serait fort bien si l'on connaissait les limites de l'ostéite. Mais il n'en est rien, et les récidives sont fréquentes, à moins que l'on n'inflige aux patients des délabrements vraiment inutiles. Peut-être faut-il donc se rallier à la temporisation, d'autant plus que les opérations tardives peuvent, pour la plupart, être faites par la bouche; que jusque-là les lavages buccaux suffisent en général à rendre supportables les inconvénients d'une suppuration modérée.

Mais on sera prêt à intervenir plus tôt s'il y a une indication spéciale. Ainsi, Alph. Guérin a dû opérer pour parer à une déperdition grave de salive. Maisonneuve, Verneuil, ont fait la résection avant la période de séquestration pour couper court à une suppuration qui épuisait les malades.

A. Broca.

CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES

Sur l'huile grise, nouveau procédé de préparation.

On n'a peut-être point oublié que c'est dans la *Gazette hebdomadaire* que, pour la première fois, fut recommandé l'usage en pharmacie de la vaseline liquide. Les articles que j'ai écrits à ce sujet n'ont pas tardé à faire adopter la pétrobaseline, comme je l'appelais alors, ou vaseline liquide, comme véhicule d'un grand nombre d'injections médicamenteuses.

Parmi les injections mercurielles, celles que nous avons eu le plus souvent à exécuter étaient composées de vaseline liquide et d'un dixième de calomel. Depuis quelque temps elles tendent à être remplacées par celles d'huile grise qui, apparemment, n'occasionne aucun abcès.

Mais la préparation de ce mélange mercuriel a offert jusqu'à ce jour de grandes difficultés, et il nous a paru intéressant de chercher à la simplifier.

MM. Lang et Trost, qui les premiers ont proposé l'huile grise, l'ont préparée avec du mercure éteint dans la lanoline au moyen du chloroforme, et de l'huile d'olives. Le mélange ainsi fait a la couleur de l'onguent gris, est demi-fluide, et contient 30 pour 100 de mercure.

M. le docteur Balzer, n'ayant été satisfait ni de l'emploi de ce médicament ni de sa préparation, a prié son interne M. Beausse de chercher un procédé plus avantageux.

Le moyen que M. Beausse a trouvé ne nous a pas paru un progrès réel. On a pu s'en rendre compte par ce simple aveu, qu'il exige cinq heures consécutives de travail.

Nous n'avons pas été plus heureux avec le procédé de

---

lui-même recule-t-il devant les ennuis que lui occasionnerait un nouveau procès. Et, lorsqu'une difficulté survient vis-à-vis d'un client récalcitrant, il préfère passer outre plutôt que de s'exposer à voir son nom et ses actes livrés à une discussion publique. Que de faits l'on pourrait citer à l'appui de cette manière d'agir? En voici de tous récents. Il y a peu de temps une de mes clientes se trouvait atteinte d'une tumeur cancéreuse qui donnait naissance aux accidents les plus douloureux et les plus graves. Un chirurgien des plus éminents est consulté. Il conseille l'amputation de la partie malade. L'opération est pratiquée avec la conscience et l'habileté les moins contestables. Mais la malade succombe au bout de quelques jours à une septicémie aiguë. Arrive l'heure du règlement des honoraires. Sur la demande de mon savant maître j'écris au mari de la défunte pour lui fixer le chiffre des honoraires dus pour cette opération. Je reçois une lettre injurieuse — non pour moi, on me couvre de fleurs ! — mais pour le chirurgien qui a mal opéré, qui a assassiné une pauvre et sainte femme, etc., etc. On le menace d'un procès. On déclare qu'on ne reculera devant aucun scandale pour obtenir des tribunaux la flétrissure d'un acte aussi blâmable qu'une opération *in extremis*, etc. Que pouvait-on répondre ? Assigner ce débiteur récalcitrant, entamer un procès long, onéreux et pénible? Il me paraît évident que le nom seul du chirurgien eût suffi à éclairer les juges. Mais il nous a semblé préférable à tous deux de ne point répondre à de pareilles injures et nous avons fait le le sacrifice de nos honoraires plutôt que d'entamer un procès.

Une histoire plus édifiante encore m'a été contée par un médecin de campagne. Par l'une des nuits les plus rigoureuses du dernier hiver, le docteur X... était brusquement réveillé. Un paysan qu'il ne connaissait pas le conjure de se rendre à 10 kilomètres de son domicile pour y voir une enfant qui, disait-il, souffrait cruellement de la gorge. En vain le médecin allègue-t-il le temps affreux, son extrême

Neisser (de Breslau), qui éteint le mercure dans de la vaseline liquide au moyen de la teinture éthérée de benjoin.

Ce tour de main trouvé par M. Lebœuf pour faciliter l'extinction du mercure dans la graisse, ne réussit pas si facilement pour la vaseline liquide.

Forcé de préparer de l'huile grise sur la demande d'un médecin, je me suis mis, à mon tour, à l'œuvre et voici le procédé auquel je me suis arrêté.

On triture dans un mortier très propre et stérilisé par un flambage à l'alcool, 2gr,50 de vaseline blanche solide, et 1 gramme d'onguent mercuriel bien fait. Quand le mercure est éteint, ce qui demande au plus vingt minutes, on ajoute 7 grammes de vaseline solide et 20 grammes de vaseline liquide. On obtient ainsi un mélange intime très très facile à employer et qui contient 40 pour 100 de mercure. On injecte deux dixièmes de la seringue ou 0,08c de mercure chaque fois. Ces injections sont répétées chaque semaine pendant deux mois environ. Une provision de 5 grammes suffira largement au traitement.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Pleurésies métapneumoniques (pneumo-pleurésies de Woillez). Communication faite à la Société des hôpitaux dans la séance du 18 janvier 1889, par M. Troisier, agrégé, médecin de la Pitié.

Woillez a désigné sous le nom de *pneumo-pleurésie* la pleurésie qui apparaît dans la pneumonie après la défervescence ou pendant la période de résolution. La dénomination de *pleurésie métapneumonique* (1), usitée en Allemagne, exprime bien la succession des deux actes morbides; je la préfère au mot créé par Woillez, qui peut prêter à quelque confusion.

Ces pleurésies, d'origine pneumonique, forment certainement un groupe spécial, intéressant à étudier. Je les recherche depuis longtemps; je me suis surtout demandé quelle en est l'évolution et quelle est la nature du liquide exsudé.

Woillez prétend que la pneumo-pleurésie est insidieuse et grave, presque toujours purulente. « Ici, dit-il, la pleurésie se développe à la suite de la pneumonie, d'abord comme maladie latente, puis comme pleurésie grave avec épanchement rebelle. » Et plus loin: « La gravité exceptionnelle de la pleurésie, dans les conditions que je viens de rappeler, n'a pas encore été signalée. Elle mérite l'attention du praticien, dont le pronostic doit être extrêmement réservé, lorsqu'il s'agit d'une pleurésie succédant à une pneumonie, puisque cette pleurésie est habituellement purulente et le plus souvent mortelle. » Il est vrai que Woillez fait la restriction suivante: « Je ne veux pas dire que cette purulence soit constante en pareille circonstance. Elle est la règle générale avec de rares exceptions. »

Les faits que j'ai observés me permettent de dire que les exceptions dont parle Woillez ne sont pas aussi rares qu'il le pensait. Je crois que la pleurésie métapneumonique est assez souvent séro-fibrineuse et qu'elle peut se terminer par la guérison après une durée relativement courte.

Voici ces observations:

Obs. I. — Une femme, âgée de vingt et un ans, d'une bonne santé habituelle, entre à l'hôpital Tenon le 13 mars 1885 pour une pneumonie qui avait débuté brusquement le 11 mars au soir. Cette pneumonie siège dans la moitié inférieure du poumon droit; elle est caractérisée par les signes habituels de la pneumonie fibrineuse: râle crépitant, souffle tubaire, bronchophonie, submatité, point de côté. Quelques crachats visqueux, d'une coloration sucre d'orge.

La fièvre est élevée: temp. rect., soir, 40°,3.

Le 14, la lésion s'est étendue du côté de l'aisselle. Agitation. Épistaxis. Temp. rect., matin, 40°,5; trois heures, soir, 40°,9; six heures, soir, 40°,4. P., 146.

Le 15, temp. rect., matin, 40°,5; soir, 39°,4. Même état local.

Le 16, la douleur de côté a disparu. Nouvelle épistaxis. Les râles commencent à prendre les caractères des râles de retour; le souffle tubaire est toujours très marqué. Temp., rect., matin, 39°,5; soir, 39°,2.

Le 17, le souffle est moins intense; les râles de retour sont mélangés de râles ronflants et sibilants. Temp., matin, 39°,3; soir, 39 degrés.

Le 18 (huitième jour de la pneumonie), la température du matin est à 38 degrés. Le souffle a disparu. Outre les râles, on entend un *frottement pleural* très net dans l'aisselle et en arrière, au niveau de l'épine de l'omoplate. Dans la journée, la malade éprouve une violente douleur à la base du poumon droit. Temp. rect., matin, 38 degrés; soir, 38°,2.

Le 19, la douleur persiste avec la même intensité. La respiration est accélérée et irrégulière. Frottement. Temp. rect., matin, 38°,2; soir, 39°,3.

Le 20, je constate tous les signes d'un épanchement pleural: matité dans la moitié inférieure du côté droit, souffle doux, égophonie. Il n'y a plus ni râles, ni frottement. Temp., matin, 38°,4; soir, 38°,9.

Le 21, mêmes signes locaux. Temp. rect., matin, 38°,1; soir, 39 degrés.

(1) De μετά, après. Je me suis souvent servi du terme *post-pneumonique*, que M. H. Barth emploie également dans son récent article Pneumonie du *Dict. encycl. des sc. méd.* (1888, p. 295), mais ce mot n'est pas régulièrement formé.

---

fatigue, les difficultés qu'il éprouve à faire atteler à cette heure tardive. Le paysan insiste. Il est venu à pied, dit-il, n'ayant pas de quoi; c'est une œuvre de charité, ajoute-t-il; aucun médecin ne consentirait à venir dans ce bourg lointain où seul le docteur X... va donner parfois quelques consultations gratuites. Ému de pitié, le médecin se rend aux sollicitations du malheureux qui l'implore et, après deux heures d'une route des plus pénibles, il arrive devant une masure. Le paysan le prie d'attendre un instant et, lorsqu'il lui est permis de pénétrer, le médecin se trouve en face d'une femme à peine réveillée qui paraît ne rien comprendre à ses questions, et lui répond en grommelant, et d'une enfant de trois ans qui dort d'un sommeil paisible. Le paysan se confond en remerciements et en protestations de respect. Il déclare que son enfant va certainement beaucoup mieux, mais qu'elle était bien malade lorsqu'il est parti. Il fait force simagrées pour montrer comment elle respirait, comment elle toussait. Impatienté, le médecin, qui, après examen, reconnaît que l'enfant est fort bien portante remonte dans sa carriole et rentre chez lui.

Quelques jours plus tard, à sa consultation, le docteur X... voit arriver un paysan habitant le petit bourg où s'était passée cette scène. « Ah ben! dit celui-ci en entrant dans le cabinet du docteur, vous avez été joliment joué l'autre nuit par le... — Et comment cela? — Voilà, j'vas vous dire. Le... était allé à la ville. Il s'était dit comme ça: Le temps est mauvais, je parie que je ne rentrerai pas à pied. Tope là que je lui avais dit... Et il a gagné son pari. » — Et comme le médecin le regardait un peu ahuri. « Eh ben quoi, ajouta le paysan avec un gros rire, il s'est allé vous chercher et c'est vous qui l'avez véhiculé sans frais, car ben sûr ce n'est pas lui qui vous donnera cent sous pour cette visite. »

Que pouvait, que devait faire un médecin joué de la sorte? Croit-on que s'il avait poursuivi, devant le juge de paix de son canton, le misérable qui n'avait respecté ni sa fatigue

Le 22, l'épanchement n'augmente pas; il n'y a ni dilatation appréciable du thorax, ni abaissement du foie. Temp. rect., matin, 39°,5; soir, 39°,7.

Le 23, pas de modification dans l'état local, mais la fièvre commence à diminuer. Temp. rect., matin, 38°,3; soir, 38 degrés.

Le 24 (sixième jour de la pleurésie), temp. rect., matin, 37°,4; soir, 37°,3.

Le 25, la limite du souffle est notablement abaissée. Temp. rect., matin, 37°,5; soir, 38°,5.

Le 26, on entend d'une façon très nette des frottements pleuraux dans l'aisselle sur la limite du souffle. Temp. rect., matin, 37°,7; soir, 37°,7.

Le 27, l'épanchement diminue de plus en plus. Temp. rect., matin, 37°,6; soir, 38°,3.

Le 28, le souffle est moins net, il ne se produit plus qu'à l'expiration; il est limité à la base. Egophonie. Temp. rect., 37°,3 et 37°,5.

Le 1er avril (quatorzième jour de la pleurésie), tous les signes d'épanchement ont disparu. Le murmure vésiculaire reste seulement un peu affaibli dans le tiers inférieur du poumon.

Bientôt la malade peut se lever et le 16 avril elle sort de l'hôpital complètement guérie.

Cette observation n'est-elle pas aussi probante que possible? Une jeune femme est atteinte en pleine santé d'une pneumonie franche du lobe inférieur droit. La défervescence se fait au commencement du huitième jour; en même temps le souffle tubaire disparaît et l'on entend pour la première fois du frottement. La fièvre se rallume et en deux jours il se produit, en regard du lobe hépatisé, un épanchement peu abondant, qui reste limité à la moitié inférieure du côté droit. La résorption commence à se faire sept ou huit jours après le début de la pleurésie et elle est complète vers le quinzième jour.

N'est-il pas légitime d'admettre qu'il s'agissait là d'une pleurésie séro-fibrineuse? Tout l'indique: la rapidité de l'évolution, la bénignité des phénomènes généraux, le peu d'élévation de l'état fébrile, la terminaison favorable.

Dans le cas suivant, je me suis assuré par une ponction exploratrice faite avec la seringue de Pravaz, que le liquide épanché était séro-fibrineux.

Obs. II. — Il s'agissait d'un homme de vingt-sept ans, robuste, entré le 28 novembre 1886 à l'hôpital Sainte-Antoine pour une pneumonie du lobe inférieur gauche datant de deux jours. Elle était caractérisée par un souffle tubaire nettement circonscrit s'entendant au-dessous de l'épine de l'omoplate. Crachats visqueux et briquetés. Violent point de côté. La fièvre était vive. Temp. rect., matin, 39°,5; soir, 40°,8. P., 100.

Le 29, au matin, le malade avait une dyspnée excessive et il était dans la prostration. La température rectale était de 40°,3. La pneumonie gauche ne s'était pas étendue, mais le poumon droit était également atteint; il y avait à droite au-dessous de l'épine de l'omoplate un souffle tubaire très intense, que l'on ne pouvait confondre avec un souffle de propagation.

Le 30, l'état est le même. Même prostration. Dyspnée considérable (72 respirations à la minute). Albuminurie. Temp. rect., matin, 39°,7; soir, 40°,8. P., 100.

Le 1er décembre, râles de retour à gauche, dans toute l'étendue du souffle dont l'intensité a beaucoup diminué. A droite, le souffle tubaire est toujours très prononcé et il s'entend au niveau de la fosse sus-épineuse. Temp. rect., matin, 39°,6; soir, 40°,6.

Le 2 (cinquième jour), la température est tombée à 38°,3 le matin. La dyspnée est moins forte (42 respirations à la minute). A gauche, persistance des râles de retour; le souffle tubaire n'existe plus et il est remplacé par une respiration affaiblie. A droite, apparition de râles de retour.

Le 3, temp. rect., matin, 38°,4, le mieux continue; soir, 39°,5.

Le 4, temp. rect., matin, 38 degrés. A droite, dans les régions sus et sous-épineuses, râles de retour et respiration soufflante. A gauche, on n'entend plus de râles, la respiration est redevenue soufflante au niveau du tiers inférieur du poumon; ce n'est plus un souffle tubaire, mais un souffle doux, caractéristique d'un épanchement. Egophonie, matité. La ponction avec la seringue de Pravaz donne un liquide citrin et transparent.

Cet épanchement pleural resta circonscrit à la base du poumon gauche; sa limite supérieure atteignit à peine la pointe de l'omoplate. Vers le 14 décembre, c'est-à-dire douze ou treize jours après son apparition, il commença à décroître.

Le 17, le souffle et l'égophonie n'existaient plus qu'au milieu de la gouttière costo-vertébrale, et quelques jours plus tard, la résorption de l'épanchement était achevée. La fièvre, qui ne fut jamais très élevée (37°,5 à 38 degrés le matin, 38°,5 le soir), tomba complètement et le malade sortit de l'hôpital après une convalescence de courte durée.

Ici encore la pleurésie se produisit au moment de la défervescence, l'épanchement fut peu abondant, séro-fibrineux, et il disparut spontanément au bout d'une quinzaine de jours. Et cependant la pneumonie avait pris un certain caractère de gravité.

Obs. III. — Un homme âgé de trente-six ans, de constitution moyenne, entre à l'Hôtel-Dieu annexe, le 11 décembre 1880, pour une pneumonie ayant débuté le 9. La lésion siège à gauche; il y a du souffle tubaire et des râles crépitants à la base du poumon, de la matité avec conservation des vibrations thoraciques. Crachats visqueux et rouillés. La pneumonie resta limitée à cette région. La fièvre ne fut jamais excessive. La température rectale, qui était à 39°,6 le 15 décembre, tomba le 16 (septième jour), à 37°,7 et le 17 à 37 degrés. Le souffle diminuait d'étendue et d'intensité.

Le 21, on trouve de la matité avec diminution des vibrations thoraciques, un souffle doux et de l'égophonie, dans le tiers inférieur du côté gauche en arrière et à la base de l'aisselle. Il s'est produit un épanchement. En même temps la fièvre reprend, mais elle ne s'élève pas beaucoup; pendant une dizaine de jours la température rectale se maintient à 37 degrés le matin et 38°,5 à 39 degrés le soir. L'expectoration est purement muqueuse et très rare.

---

ni son dévouement professionnel, il n'aurait pas été en butte aux railleries de toute la contrée? Et n'en faut-il pas conclure qu'il reste quelque chose à faire pour se défendre contre l'exploitation des uns et l'injustice des autres?

Ce quelque chose, je l'entrevois bien; mais arrivera-t-on aisément au but à atteindre? En province, à la campagne surtout, les syndicats médicaux pourraient prendre à leur charge les poursuites judiciaires et toutes les revendications de ce genre. A Paris et dans les grandes villes, ce serait à l'Association générale des médecins de France ou aux conseils des sociétés locales qu'incomberait la tâche de défendre les intérêts professionnels de ses membres. Mais il faudrait, pour aboutir, multiplier les procès, étudier chacun d'eux, n'arriver devant les tribunaux qu'avec la certitude morale d'une condamnation pour les clients malhonnêtes. Il faudrait laisser de côté les questions de personnes et ne jamais traiter que les questions de principes. Il faudrait enfin que tous les médecins pussent et voulussent bien s'entendre pour que toutes ces questions si délicates et si complexes fussent toujours réglées d'un commun accord entre celui qui se prétend lésé et les Sociétés ou syndicats appelés à prendre sa défense. La chose est-elle possible? Au moins pourrait-elle être tentée.

Association générale des médecins de France. — La séance annuelle de la Société centrale aura lieu le dimanche 3 février prochain, à deux heures et demie, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

Ordre du jour. — Allocution du président, M. le professeur Lannelongue; rapport du secrétaire; compte rendu du trésorier; ratification des admissions faites dans l'année; élection du vice-président et de douze membres de la commission administrative en remplacement des membres sortants.

Nécrologie. — On annonce la mort de M. le docteur Emery (de Pont-de-Cé).

L'épanchement ne prit point d'extension. Le 5 janvier, c'est-à-dire une vingtaine de jours après le début de la pleurésie, on pouvait constater le retour du murmure vésiculaire, même à la base; l'épanchement était résorbé. Le malade quitta l'hôpital, peu de temps après, complètement guéri.

Je me garderai bien de dire que la pleurésie métapneumonique est toujours aussi bénigne; je tiens seulement à prouver qu'elle l'est plus souvent que ne le croyait Woillez. Notre collègue Netter, qui poursuit depuis quelque temps sur la nature de ces pleurésies des recherches dont il a déjà communiqué en partie le résultat à la Société anatomique (*Bull.*, 1887, p. 547), avance que, même purulentes, ces pleurésies se terminent souvent par la guérison.

J'ai observé un cas de ce genre.

Obs. IV. — Un homme âgé de vingt-quatre ans, vigoureux, entra à la Pitié le 10 mars 1888 avec les signes d'une pneumonie du lobe inférieur droit (souffle tubaire; râles crépitants). La défervescence se fit le 14 mars. Temp. rect., 37 degrés matin et soir.

Cinq jours plus tard, violent point de côté à droite. A partir de ce moment il y eut un état fébrile continu (38 degrés le matin, 39 degrés à 39°,5 le soir), le malade s'affaiblit peu à peu et tomba dans le marasme, avec sueurs abondantes, œdème des membres inférieurs. Une pleurésie s'était développée; d'abord interlobaire, elle se révéla ensuite par une matité absolue avec douleur excessive à la percussion en avant jusque sous la clavicule, en arrière dans les fosses sus et sous-épineuses et au sommet de l'aisselle. Les vibrations thoraciques étaient diminuées et le murmure vésiculaire affaibli ou aboli dans ces diverses régions. L'épanchement paraissait donc occuper la moitié supérieure du côté droit. Pour confirmer le diagnostic de pleurésie purulente, je fis une ponction explorative au niveau du quatrième espace, sur la ligne axillaire, et séance tenante je pratiquai la thoracentèse avec le trocart n° 2 de l'appareil Potain. On évacua ainsi trois quarts de litre d'un liquide purulent, non fétide. Le surlendemain, 20 avril, le malade fut pris subitement d'une vomique et en l'espace d'une heure il rendit un litre de pus.

Le lendemain, 21 avril, nouvelle vomique (un demi-litre de pus).

Le 22, troisième vomique (même quantité). L'expectoration resta purulente pendant cinq ou six jours encore, mais bientôt il se produisit une amélioration rapide, les forces se relevèrent, l'appétit revint et le malade put quitter l'hôpital en très bon état, le 5 mai, c'est-à-dire dix-sept jours après la première vomique. Les signes d'épanchement avaient disparu.

La pleurésie qui succède à une pneumonie ou qui lui survit est donc soit séro-fibrineuse, soit purulente (1).

Pour ma part, je considère la première comme relativement fréquente.

Quelle est la pathogénie de ces pleurésies? Sont-elles dues exclusivement à l'extension, par voie lymphatique ou autre, du processus phlegmasique? Ne faut-il pas plutôt les considérer comme une manifestation infectieuse, au même titre que la péricardite et que la méningite qui peuvent également apparaître pendant ou après une pneumonie? Les recherches bactériologiques de M. Netter sont assez conformes à cette manière de voir, du moins en ce qui concerne les pleurésies métapneumoniques purulentes. « En pareil cas, dit-il (Netter, *loc. cit.*), j'ai trouvé dans le liquide pleurétique le microbe pathogène de la pneumonie, le pneumocoque, à l'exclusion de tout autre micro-organisme. Il est juste de rappeler que Friedlander, Talamon, etc., et surtout A. Fraenkel ont signalé ce dernier point. »

Il en était ainsi dans le fait de pleurésie purulente que j'ai rapporté plus haut (obs. IV) et que M. Netter a bien voulu étudier avec moi.

Mais comment interpréter la pleurésie séro-fibrineuse? Est-ce également une manifestation infectieuse? Pourquoi les pleurésies consécutives à la pneumonie sont-elles tantôt purement fibrineuses, et tantôt purulentes? Je ne puis, je l'avoue, répondre à ces questions. Dans un cas de pleuro-pneumonie avec épanchement séro-fibrineux persistant (on peut, à ce point de vue, assimiler la pneumo-pleurésie à la pleuro-pneumonie), le liquide, examiné par M. Netter, ne contenait pas de pneumocoques et l'inoculation à une souris est restée négative. En est-il toujours de même? Nous ne tarderons pas, je l'espère, à être renseignés à cet égard. Ce que je me contente d'affirmer, c'est la fréquence des pleurésies métapneumoniques séro-fibrineuses.

Le diagnostic de ces pleurésies est en général facile; il faut seulement se rappeler que dans certains cas la condensation du poumon persiste longtemps après la défervescence. Ces épanchements sont souvent méconnus parce qu'on ne les recherche pas; aussi, comme le dit Woillez, ne faut-il jamais négliger de suivre et d'examiner soigneusement les convalescents de pneumonie.

(1) C'est également l'opinion de M. le professeur G. Sée (*Des maladies spécifiques non tuberculeuses du poumon*, 1885, p. 225).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

Sur les hématozoaires observés par M. Laveran dans le sang des paludiques, par M. *Bouchard*. — « Une note récente de M. Laveran me conduit à signaler l'importance d'une découverte qui remonte à dix années et qui, contestée pendant longtemps, me paraît aujourd'hui inattaquable. L'importance de cette découverte ne résulte pas seulement de l'influence désastreuse exercée par la fièvre intermittente à toutes les époques de l'histoire de l'humanité. Si M. Laveran a démontré, le premier, que cette maladie est parasitaire, il a, en faisant cette découverte, donné le premier exemple, chez l'homme, d'un parasitisme animal où l'agent pathogène semble être placé sur l'échelon le plus inférieur de la vie animale. Si la plupart des maladies infectieuses de l'homme et des animaux relèvent du microbisme végétal, la plus importante des maladies infectieuses de l'homme dépend du microbisme animal. J'ajoute que le parasite observé par M. Laveran en Algérie a été retrouvé en France, en Corse, en Italie, en Russie, à Madagascar, au Tonkin, en Amérique, et qu'il est le même que l'organisme signalé plus récemment par MM. Marchiafava et Celli dans le sang des paludiques. » (*Séance du* 21 *janvier*).

Recherches sur la pathogénie du diabète, par MM. *G. Arthaud* et *L. Butte*. — Voici la conclusion des recherches de ces auteurs : il est possible, par irritation centrifuge du nerf vague, de reproduire chez les animaux les diverses variétés du diabète clinique, tantôt insipide, tantôt azoturique, tantôt glycosurique, suivant des prédispositions individuelles absolument comme chez l'homme.

Au point de vue clinique, MM. G. Arthaud et L. Butte ont pu vérifier, sur presque tous les points, l'analogie de cette maladie expérimentale avec le diabète spontané, pour lequel la théorie névropathique paraît devoir être adoptée.

(*Séance du* 28 *janvier*).

Académie de médecine.

SÉANCE DU 22 JANVIER 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MAURICE PERRIN.

L'Académie reçoit, de MM. les docteurs *Cazin*, *Yvert* et *Deligny*, des mémoires pour les concours du Prix en 1889.

M. *Brouardel* présente un *Traité d'hygiène publique et de police sanitaire*, en langue roumaine, par M. le docteur *Félix* (de Bucharest) et un mémoire de MM. les docteurs *d'Espine* et *Marignac* (de Genève) sur *le traitement de la diphthérie par l'acide salicylique*.

M. *Bucquoy* dépose deux mémoires de M. le docteur *Huchard* sur *l'antipyrine*

dans la polyurie et le diabète sucré et sur *la tension artérielle dans les maladies et ses indications thérapeutiques*

M. *Dujardin-Beaumetz* présente l'ouvrage de MM. les docteurs *Barette, Legendre* et *Lepage* sur *l'emploi des antiseptiques en médecine, chirurgie et obstétrique.*

M. *Ernest Besnier* présente divers mémoires et thèses de MM. les docteurs *Leloir, Baude, Wagnier* et *Loustalot* (de Lille) sur des *affections cutanées.*

M. *Ball* dépose un travail de M. le docteur *Libermann* sur *l'étiologie et le traitement de la phthisie pulmonaire et laryngée.*

M. *Guyon* présente, au nom de M. le docteur *Piéchaud, des Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales de l'enfance.*

M. *Dujardin-Beaumetz* présente, de la part de M. le docteur *Belin*, un *cœloscope*, appareil destiné à éclairer, à l'aide de l'électricité, les cavités naturelles et artificielles.

ÉLECTION. — Par 67 voix sur 78 votants, M. *Budin* est élu membre titulaire dans la section d'accouchements. M. Pinard, porté en seconde ligne, obtient 10 voix. Plus 1 bulletin blanc.

RÉACTIONS PSYCHO-PHYSIOLOGIQUES. — M. *Henry* a imaginé des instruments à l'aide desquels il se fait fort de diagnostiquer mathématiquement le caractère normal des réactions mentales et des graphiques physiologiques. — (Le mémoire qu'il présente à l'appui est renvoyé à l'examen de MM. *Javal* et *Gariel.*)

STROPHANTUS. — M. *Bucquoy* réfute les objections présentées dans les deux dernières séances par M. Germain Sée contre l'emploi du strophantus dans les maladies du cœur. Il maintient que, dans la pratique, sinon pour l'expérimentation physiologique, les plantes sont souvent plus actives, plus efficaces et moins dangereuses à manier que les principes essentiels, alcaloïdes et glycosides, qu'on en retire. Il en est ainsi pour la digitale et la digitaline; de même aussi, pour le strophantus et la strophantine, qui d'ailleurs ne satisfont pas aux mêmes conditions, comme l'a reconnu M. Germain Sée.

En ce qui concerne l'action du strophantus dans les maladies du cœur, il n'est pas douteux que ce médicament ait ses indications et ses contre-indications, encore incomplètement connues. D'ailleurs tout le monde est d'accord pour admettre que les affections cardiaques sont loin d'avoir les conséquences immédiates qu'on leur suppose et ce ne sont pas celles qui donnent les signes les plus accentués, les plus bruyants, qui sont accompagnées des symptômes les plus graves; ce sont des maladies à longue échéance, dont les conséquences pourront être indéfiniment reculées si la lésion reste compensée. Les deux lésions d'orifice sur la bénignité desquelles on peut le plus compter, sont le rétrécissement mitral et l'insuffisance aortique, à la condition, pour cette dernière, qu'elle soit simple et dégagée de toute lésion aortique concomitante. Mais, si certaines lésions cardiaques restent ainsi plus ou moins latentes pendant un temps indéterminé, celui qui en est atteint n'est pas pour cela indemne de tout désordre, de tout symptôme qui, sans compromettre l'existence, nécessite une intervention médicale; tels sont la dyspnée d'effort, les palpitations, les oppressions, les menaces d'asystolie, etc. C'est alors que le strophantus produit des résultats remarquables, ainsi qu'en témoignent, quoi qu'on en ait dit, les observations de Fraser, celles de plusieurs auteurs et enfin les faits rapportés par M. Bucquoy (Chemin faisant, celui-ci déclare que l'honneur d'avoir le premier bien étudié le rétrécissement mitral, honneur qu'on attribue à M. le docteur Duroziez, revient en réalité à M. Fauvel en 1843 et à M. Hérard en 1854). Dans trois cas d'angine de poitrine notamment, il a obtenu d'excellents effets de l'emploi de ce médicament; M. G. Sée les récuse en tant qu'angines de poitrine vraies, car il n'y aurait pas, d'après lui, d'angine de poitrine sans sclérose ou artérite coronaire, et le strophantus, pas plus que tout autre médication, ne pourrait guérir une pareille affection. Cependant les malades qui en étaient atteints, présentaient bien les symptômes classiques de l'angine de poitrine; les deux premières répondent à la cardiacalgie de M. G. Sée et la dernière est un type de l'angine vraie chez un cardiaco-aortique.

M. *Germain Sée* préfère l'emploi d'alcaloïdes définis, tels que la digitaline et la strophantine, à la plante elle-même dont les préparations ne sont jamais identiques à elles-mêmes; avec les premiers l'effet est constant. La strophantine, il est vrai, ne fait pas uriner comme le strophantus, mais, pour y parvenir, celui-ci détermine une véritable néphrite. D'autre part, dans les cas d'asystolie, c'est bien plutôt la régularisation du pouls qu'il convient de rechercher, et le strophantus n'y parvient pas complètement. De même il agit peu sur la dyspnée. Ne vaut-il pas mieux employer deux ou trois autres médicaments différents dont chacun a une action directe sur le symptôme qu'on veut combattre? On sait d'ailleurs que Fraser et les médecins allemands ont publié des observations qui plaident contre l'emploi du strophantus. Quant aux prétendues angines de poitrine dont a parlé M. Bucquoy, M. Germain Sée maintient qu'il n'y a pas d'angine vraie sans artério-sclérose coronaire.

Comme M. Bucquoy, M. *Hérard* estime qu'il n'obtient pas avec la digitaline des effets aussi marqués qu'avec la digitale surtout au point de vue de la diurèse. Il a employé trois fois le strophantus et en a obtenu des effets diurétiques marqués.

Pour M. *Laborde* ces débats ne sauraient rester limités à un simple sujet de thérapeutique appliquée; car ils soulèvent une véritable question de principe en thérapeutique expérimentale, c'est-à-dire en thérapeutique rationnelle et scientifique, basée sur l'expérimentation physiologique et clinique. Ce principe sur lequel il insiste particulièrement peut être résumé dans la proposition suivante : 1° dans toute préparation médicamenteuse tirée du règne végétal, il existe une ou plusieurs substances actives, par lesquelles s'exerce son action physiologique et thérapeutique; 2° lorsque cette substance active (en supposant pour l'instant qu'il n'y en ait qu'une) a été isolée, déterminée et formulée chimiquement, auquel cas elle constitue le principe immédiat, c'est à celui-ci qu'il est rationnel de s'adresser, en vue de l'usage thérapeutique, après l'avoir soumis d'abord au contrôle expérimental et ensuite, et solidairement, au contrôle clinique; 3° en effet, tandis que le principe immédiat est toujours *un*, identique à lui-même, invariable dans sa constitution propre, comme dans son action fondamentale physiologique et médicamenteuse, la matière totale qui le contient et qui peut d'ailleurs en renfermer plusieurs entre lesquels il peut y avoir lieu de choisir; cette matière est entièrement complexe et variable, tant dans sa composition que dans ses effets, qui ne sont et ne peuvent être qu'une résultante d'actions multiples, diverses, non définies, et inconnues en elles-mêmes.

En un mot, dans un cas, c'est la détermination chimique et expérimentale, et par conséquent la connaissance scientifique acquise de l'instrument thérapeutique; dans l'autre, l'acceptation préalable et l'application préjudicielle de l'inconnu, avec les aléa et les dangers dans le domaine toxicologique; d'un côté la science et le progrès, de l'autre l'empirisme aveugle et la routine. C'est, comme l'a dit J.-B. Dumas, la *formule substituée à la recette.*

M. *Constantin Paul* fait observer que la plante ne renferme pas, en général, qu'un seul principe actif et que tant qu'on ne les aura pas tous isolés pour les associer dans une formule il faut bien s'en tenir à la plante elle-même sous peine de ne pas obtenir les mêmes effets. A côté de ces principes cristallisés et chimiquement purs, ajoute M. *Trasbot*, il en est d'autres qui ne sont pas cristallisables et qui ont cependant une action réelle; jusqu'à ce que la chimie soit parvenue à extraire tous les principes actifs des

plantes, l'usage de celles-ci devra être conservé en thérapeutique. Ce n'est pas une raison, réplique M. *Laborde*, pour se priver des principes cristallisés, dont les effets ont été déterminés expérimentalement par l'expérimentation physiologique et par la clinique.

— L'ordre du jour de la séance du 5 février est fixé ainsi qu'il suit: 1° Communication de M. Cornil sur la thérapeutique du choléra; 2° Reprise de la discussion sur le tétanos; inscrits: MM. Nocard et Trasbot; 3° Communication de M. Lancereaux sur les poêles mobiles; 4° Communication de M. Lagneau sur la mortalité dans l'armée en campagne; 5° Lectures de M. le docteur Blache, sur l'exécution de la loi Roussel dans la Seine; de M. le docteur Terrillon, sur la néphrorrhaphie; de M. le docteur Lavaux, sur les résultats éloignés de l'électrolyse linéaire appliquée au traitement des rétrécissements de l'urèthre.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 25 JANVIER 1889. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

Tuberculose papillomato-crustacée: M. Brissaud. — Ectopie cardiaque: M. H. Huchard. — L'hospice des Enfants-Assistés en 1888: M. Sevestre (Discussion: MM. Richard, Ollivier, Cadet de Gassicourt). — Injections sous-cutanées d'huile grise benzoïnée: M. Ed. Hirtz (Discussion: MM. Balzer, Guyot, Du Castel). — Du pouls capillaire dans les plaques d'urticaire: M. Ed. Hirtz (Discussion: MM. Du Castel, de Beurmann). — Donations à la Société.

M. *Ed. Brissaud* donne lecture d'une note complémentaire relative à un malade qu'il a présenté à la Société dans la séance du 6 juillet 1887. Il considérait la lésion papillomateuse et croûteuse de l'avant-bras, chez ce malade tuberculeux, comme étant de nature tuberculeuse, et, malgré la constatation de bacilles à ce niveau, certains membres de la Société, se fondant sur l'aspect général de la lésion, opinaient pour une lésion syphilitique. Mais l'existence d'une croûte recouvrant les lésions de tuberculose verruqueuse a été signalée par Riehl et Paltauf, et M. Brissaud l'a observée chez deux autres malades, également tuberculeux et non syphilitiques. Le premier de ces trois malades a succombé à la tuberculose pulmonaire sans avoir retiré aucun bénéfice du traitement antisyphilitique institué comme contre-épreuve. L'examen histologique de la lésion cutanée a montré une infiltration tuberculeuse de la couche superficielle du derme, limitée presque exclusivement à la région papillaire, dont les papilles sont hypertrophiées, et, par places, au contraire, ont disparu et sont comme fauchées. Au-dessous de ces points, on trouve l'infiltration de cellules épithélioïdes et quelques cellules géantes. En outre, accumulation considérable des éléments de la couche cornée. Les ganglions étaient indemnes. Les faits analogues doivent être classés dans le groupe des tuberculoses verruqueuses, d'où ne saurait les faire exclure l'adjonction d'un travail épidermique, caractérisé par une formation de croûtes. Cette forme spéciale pourrait être exactement dénommée tuberculose papillomato-crustacée.

— M. *Sevestre* communique les résultats obtenus en 1888 à l'hospice des Enfants-Assistés par suite des mesures d'hygiène et d'antisepsie prophylactique. Il pose, en terminant, les conclusions suivantes: 1° la propagation de la rougeole à l'hospice des Enfants-Assistés ne pourra être enrayée que par l'établissement d'un lazaret convenablement installé et dans lequel les enfants seront gardés en observation pendant une période de temps suffisante; 2° la mortalité par la rougeole, à l'hospice des Enfants-Assistés, est dès maintenant diminuée dans une proportion très notable; 3° la diphthérie devient une maladie rare à l'hospice. C'est grâce à la création de pavillons d'isolement, et d'un rudiment de lazaret contre la contagion venant du dehors, à la reconstruction du service des bains et au fonctionnement régulier d'une étuve à désinfection que ces bons résultats ont pu être obtenus.

M. *Richard* demande si la literie a été désinfectée.

M. *Sevestre* l'a fait désinfecter à l'étuve dans le plus bref délai qui a été possible. Il a vu, ces jours derniers, des cas intérieurs de diphthérie dans les salles de chirurgie qui n'avaient pas été désinfectées.

M. *Ollivier* souhaite et réclame en vain depuis longtemps des modifications analogues à l'hôpital des Enfants-Malades; il exhorte ses collègues à appuyer ses réclamations.

M. *Sevestre* insiste sur la nécessité de l'étuve sans laquelle les autres mesures de prophylaxie restent inefficaces.

M. *Ollivier* rappelle qu'une cause puissante de dissémination des maladies contagieuses c'est le long séjour des petits malades à la consultation au milieu des autres enfants. Ceux-ci sont contaminés et vont répandre la maladie ainsi contractée dans le quartier qu'ils habitent. Il faudrait nommer des internes, ou des médecins de consultation, pris parmi les médecins du Bureau central ou les candidats admissibles aux précédents concours, et qui seraient chargés de répartir les enfants, au fur et à mesure de leur arrivée à la consultation, sur les services d'isolement, les salles d'attente, etc., suivant la nature de leur maladie.

M. *Richard* pense qu'il serait indispensable de posséder des salles de rechange permettant de procéder, à certains moments, à une désinfection complète des locaux précédemment occupés. C'est ce qui a lieu a l'étranger.

M. *Sevestre* est de cet avis, d'ailleurs il dispose de salles pouvant remplir ce but, soit pour les diphthéritiques, soit pour les autres maladies contagieuses.

M. *Cadet de Gassicourt*, tout en regrettant que l'installation de l'hôpital Trousseau ne soit pas plus irréprochable, constate cependant qu'elle est supérieure à celle de l'hôpital des Enfants-Malades. La destruction ou la désinfection des linges a déjà donné de bons résultats: les cas intérieurs sont plus rares. Il existe une salle d'attente spéciale à la consultation pour les diphthéritiques; mais il faudrait une salle de surveillance pour les cas douteux, et des salles d'isolement pour la rougeole et la scarlatine. L'administration s'en occupe, paraît-il, activement. Quant aux salles de rechange, elles sont évidemment indispensables. Nous sommes encore loin de l'installation remarquable des hôpitaux étrangers et en particulier des hôpitaux russes. — Un fait à signaler, c'est la plus grande proportion de succès après la trachéotomie à l'hôpital Trousseau; la raison en échappe d'ailleurs entièrement, puisque les conditions d'opération et de traitement sont évidemment les mêmes.

M. *Ollivier* pense que le plus grand nombre d'insuccès à l'hôpital des Enfants-Malades tient sans doute à ce que les enfants atteints de croup sont apportés trop tardivement à l'hôpital; on opère le plus souvent sur des demi-cadavres.

M. *Cadet de Gassicourt* ne croit pas que ce soit la véritable cause de cette différence, car la plupart des enfants amenés à l'hôpital Trousseau pour être trachéotomisés sont également de véritables moribonds.

— M. *H. Huchard* présente un homme de cinquante ans, très emphysémateux, atteint d'une ectopie cardiaque épigastrique, non congénitale, d'un diagnostic fort difficile et pouvant laisser place à la discussion.

— M. *Edg. Hirtz*, sur cent trente-neuf injections sous-cutanées d'huile grise benzoïnée de Neisser pratiquées à

l'hôpital de Loureine, a observé quinze fois la formation d'infiltrats dus sans doute à l'ancienneté de la préparation et à la brièveté de l'aiguille ne permettant pas d'atteindre le tissu musculaire. Jamais d'abcès, ni de salivation. Chaque seringue renferme 36 centigrammes de mercure. Il faut surveiller l'état de la bouche et des dents qui doivent être brossées deux fois par jour avec une poudre de charbon et de chlorate de potasse. L'aiguille de la seringue doit avoir 4 centimètres de longueur.

M. *Balzer* a eu une proportion plus grande d'accidents locaux et quelques abcès. La longueur de l'aiguille a une grande importance; il faut faire l'injection intra-musculaire pour éviter les abcès.

M. *Du Castel* insiste sur l'innocuité de l'injection intramusculaire. C'est un fait qu'il a déjà mis en lumière lors de ses recherches sur la médication éthérée-opiacée dans la variole.

M. *Guyot* a pratiqué des injections de peptonate de mercure; elles sont douloureuses, mais deviennent indolentes si l'on ajoute 1 centigramme de chlorhydrate de cocaïne par seringue.

M. *Edg. Hirtz* rappelle la longue durée d'action du mercure ainsi emmagasiné dans le tissu musculaire. Si les malades quittent l'hôpital après une injection, elles éprouvent encore pendant un mois environ le bénéfice du traitement mercuriel.

— M. *Edg. Hirtz* lit une note sur la production du phénomène du pouls capillaire au niveau de la zone congestive périphérique des plaques d'urticaire. Il ne s'observe ni dans les érythèmes simples, ni dans les fièvres éruptives. Ce phénomène, d'ordre neuro-paralytique, vient confirmer la nature de l'urticaire envisagée comme une dermatose angio-nerveuse.

M. *De Beurmann* a observé le même phénomène, à l'hôpital Saint-Louis, chez un malade atteint d'érythème polymorphe autour des éléments éruptifs ortiés ayant l'aspect de l'érythème iris.

M. *Du Castel* a vu une fois le pouls capillaire, pendant quelques heures, au niveau des papules d'une variole cohérente au début. Il ne semble donc pas spécial à l'urticaire.

Donations a la Société. — Pour « souhaiter la bienvenue à la nouvelle personne qui vient de faire son entrée dans l'existence légale », la Société étant reconnue d'utilité publique, MM. *Féréol* et *Gérin-Roze* lui font un don chacun de 500 francs; M. *Millard* a envoyé au trésorier la somme de 1000 francs, et M. *Guyot* adresse également 500 francs.

Cet argent est destiné à constituer à la Société un capital et un fonds de réserve. Les promoteurs de ce mouvement font appel à leurs collègues pour joindre leur contribution à la leur.

(Depuis la séance, la Société a reçu les dons suivants : M. *Moutard-Martin*, 100 francs; M. *Desnos*, 100 francs; M. *Marrotte*, 100 francs; M. *Siredey*, 500 francs; M. *Dujardin-Beaumetz*, 500 francs; M. *Hérard*, 500 francs.)

— La séance est levée à cinq heures et quart.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 23 JANVIER 1889. — PRÉSIDENCE DE M. LE DENTU.

Fracture de rotule : MM. Lucas-Championnière, Kirmisson, Berger, Desprès. — Hystéropexie : M. Polaillon (Discussion : MM. Terrier, Pozzi, Lucas-Championnière, Terrillon, Trélat). — Accidents causés par l'injection d'éther iodoformé : M. Gaillard (M. Routier, rapporteur). — Kystes dermoïdes intermaxillaires : M. Lannelongue (Discussion : MM. Quénu, Trélat, Peyrot).

M. *Lucas-Championnière* montre un malade atteint de fracture de rotule il y a cinquante jours et auquel il a fait la suture des fragments avec du fil d'argent. Le membre n'a pas été immobilisé et le blessé a marché au bout de six semaines.

M. *Kirmisson* a trois fois employé la griffe de M. Duplay qui deux fois a réussi. Chez un troisième malade le cal fibreux fut rompu dans une chute et la guérison ne fut obtenue que grâce à la suture.

M. *Berger* pense que pour juger la méthode il ne faut pas envisager les cas de fracture directe dans lesquelles l'appareil ligamenteux latéral de la rotule reste intact, et qui guérissent très facilement.

M. *Desprès* a montré, il y a trois ans, à la Société la rotule d'un malade mort de pneumonie quatre mois après sa fracture; le cal complètement osseux avait été obtenu simplement avec l'élévation du membre et un bandage compressif.

M. *Lucas-Championnière* ajoute que chez son malade il y avait place pour mettre la main entre les deux fragments; pas un seul trousseau fibreux ne les réunissait. Le malade n'est resté que six jours en gouttière.

— M. *Polaillon* communique une observation à inscrire à l'actif des revers de l'hystéropexie. Il s'agit d'un prolapsus utérin remontant à une première grossesse à l'âge de vingt ans; ce prolapsus complet avec cystocèle, mais sans hypertrophie ni du col, ni du corps, devint douloureux il y a deux ans. L'hystéropexie fut faite le 22 décembre dernier. La malade fut prise rapidement de vomissements, de douleurs abdominales vives et succomba le 28 sans que la température se soit élevée au-dessus de 38 degrés. Il n'y avait pas de réunion de la plaie abdominale, le péritoine était légèrement rouge, non purulent, les fils de catgut étaient résorbés et l'utérus qui n'avait plus de rapports avec la paroi abdominale ne tenait plus que par quelques longs tractus très grêles. M. Polaillon conclut qu'il ne faut pas se servir de fils de catgut, mais plutôt de fils de soie ou d'argent, que l'opération est très difficile chez les femmes très grosses à paroi abdominale très épaisse, et qu'il n'y a rien à craindre pour la vessie qu'on ne voit pas et dont l'évacuation spontanée après l'opération est très facile. Il attribue la chute de l'utérus à la résorption des fils et la rupture des adhérences péritonéales aux violents efforts de vomissement que la malade fit dès la fin du premier jour et qui n'ont pas cessé jusqu'à sa mort.

M. *Terrier* a employé cinq fois le catgut qui a toujours tenu. Si la malade de M. Polaillon est morte de péritonite septique, c'est qu'une précaution antiseptique quelconque a manqué; ce n'est pas une raison pour incriminer le catgut. Pour ce qui est des difficultés opératoires, M. Terrier cite le cas d'un prolapsus tenant à une vieille pyosalpingite; les annexes furent enlevées, l'utérus fixé avec beaucoup de peine, les manœuvres durèrent très longtemps et néanmoins sa malade guérit comme les autres.

M. *Pozzi* rappelle qu'Olshausen attribue à la résorption du catgut son insuccès dans le premier cas de prolapsus

traité par l'hystéropexie. Sänger, qui en a fait un grand nombre, insiste sur la nécessité de l'emploi d'un fil non résorbable.

M. *Lucas-Championnière* s'est deux fois servi du catgut et l'utérus dans les deux cas a fort bien tenu en place.

M. *Terrillon* au sujet du catgut conseille le procédé de M. Reverdin; on peut y détruire tous les germes en le chauffant à 140 degrés pendant deux à trois heures et en le conservant ensuite dans l'alcool au sublimé.

M. *Terrier* fait observer à M. Pozzi qu'Olshausen n'a employé qu'un seul point de suture.

M. *Trélat* pense qu'il importe peu que la suture soit ou non résorbable, parce que l'organisation des adhérences est très précoce. Un insuccès ne doit pas faire rejeter l'hystéropexie, qui dans certains cas peut être une opération nécessaire; mais le revers de M. Polaillon doit rappeler les chirurgiens au respect de la prudence opératoire.

M. *Polaillon* prétend que ses fils étaient absolument aseptiques, puisque leur résorption a été extrêmement rapide.

— M. *Routier* fait un rapport oral sur une observation de M. Gaillard (de Parthenay). 110 grammes d'éther iodoformé au vingtième, soit 5gr,50 d'iodoforme, furent injectés dans un abcès froid chez un enfant. Le petit malade fut pris de collapsus, de cyanose, et on dut pratiquer pendant longtemps la respiration artificielle. Le rapporteur conclut que les doses raisonnables ont été dépassées et que les accidents sont plutôt imputables à l'éther qu'à l'iodoforme qui n'a pu être absorbé si vite.

— M. *Lannelongue* fait une communication sur les kystes dermoïdes intermaxillaires. Plus rares que ceux de la fente fronto-maxillaire, ils sont situés sur le trajet d'une ligne qui réunirait la commissure buccale au tragus. La première observation est due à M. Verneuil. Une femme de vingt-quatre ans présentait une tumeur proéminente à la joue et dans la bouche; on en fit une ostéite avec abcès symptomatique qui fut incisé. Par la fistule persistante sortit une mèche de cheveux et M. Verneuil énucléa une tumeur principale possédant tous les caractères des dermoïdes, entourée de petits kystes secondaires: ces derniers sont des kystes mucoïdes, dus à l'enclavement de la muqueuse. Les deux autres faits sont personnels à M. Lannelongue : l'un concerne une tumeur à paroi dermoïde, remplie de poils follets chez un homme de vingt-neuf ans, et l'autre une tumeur analogue qui fut enlevée par la voie buccale chez une jeune fille de dix-huit ans.

M. *Quénu* rappelle que le terme de kystes mucoïdes peut prêter à confusion, car M. Malassez a déjà donné ce nom à des kystes à parois composées de cellules épithéliales caliciformes ou cellules à mucus. M. Quénu propose d'établir la division en kystes dermoïdes cutanés et kystes dermoïdes muqueux.

M. *Trélat* a deux fois observé des tumeurs de ce genre siégeant tout près de la mâchoire.

M. *Peyrot* rappelle que Robin a décrit dans la même région des fistules branchiales composées à la fois de derme muqueux et de derme épidermique.

M. *Lannelongue* ajoute que toutes ces particularités étaient connues avant Robin et accepte les termes que propose M. Quénu pour la dénomination de ces tumeurs congénitales.

— M. *Lannelongue* est nommé membre honoraire de la Société de chirurgie.

P. Villemin.

Société de biologie.

SÉANCE DU 19 JANVIER 1889. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Rapport entre les excitations électriques et la réaction névromusculaire: M. d'Arsonval. — Sur quelques effets des associations microbiennes: M. Roger. — Présentation d'ouvrage: M. G. Bonnier. — Une cause d'asymétrie chez les enfants nouveau-nés: M. Dupuy.

M. *d'Arsonval* rappelle qu'il n'y a pas de moyen de doser le courant induit, qui est pourtant l'excitant physiologique par excellence. Il a déjà montré antérieurement de quelle façon on peut le graduer. Mais on ne mesure ainsi que la quantité d'électricité mise en jeu au moment du passage du courant, et encore il n'y a pas de rapport entre cette quantité et la force de la réaction musculaire. Or M. d'Arsonval a imaginé un dispositif qu'il décrit, grâce auquel l'intensité du courant induit peut être mathématiquement déterminée en fonction de l'intensité du courant inducteur.

— M. *Roger* a constaté qu'un microbe qui, inoculé seul, n'a aucune influence sur le lapin, associé à un autre microbe également sans effet dans les mêmes conditions, devient pathogène pour cet animal. Tel est le prodigiosus qui, associé avec le microbe de la septicémie ou sérosité gangreneuse du cobaye, amène la mort du lapin en vingt-quatre heures. De plus, M. Roger a vu que c'est par ses produits solubles que le prodigiosus exerce dans ce cas cette action; ces produits solubles ont donc la propriété de rendre pathogène le microbe de la septicémie.

— M. *G. Bonnier* présente à la Société le premier numéro de la *Revue de botanique* qu'il dirige.

— M. *Dupuy* a remarqué chez plusieurs enfants nouveau-nés, tenus par leur mère presque constamment couchés sur le même côté, une asymétrie marquée résultant d'une déviation de l'occipital. Il a pu faire disparaître cette difformité commençante en faisant changer le côté sur lequel l'enfant reposait.

M. *Féré* rappelle que Guéniot et Parrot ont déjà observé des faits du même genre concernant la même influence du décubitus.

SÉANCE DU 26 JANVIER 1889. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Présentation d'ouvrage : M. Roger. — Action comparée de la macération de digitale et de la digitaline : M. Roger. — Caractères de culture d'une levure du mucus vaginal : M. Legrain. — Sur un cas de saturnisme héréditaire : MM. Legrand et Winter. — De l'acide carbonique contre les douleurs : M. Brown-Séquard. — Présentation d'ouvrage : M. Duclaux. — Développement des méloë : M. Beauregard. — Sur le développement des chrysalides de papillons : M. Regnard. — Du cocaïnisme chronique : MM. Magnan et Saury.

M. *Roger* présente la thèse de M. *Courtade* sur l'action thérapeutique de la digitale.

— M. *Roger* a fait des expériences comparatives sur l'action physiologique de la macération de digitale et de la digitaline. Au cours de ces recherches il a constaté que l'effet de la digitaline est le même, que celle-ci soit introduite dans l'organisme par une veine de la circulation générale ou par une veine du système porte. Par conséquent en ce qui concerne cette substance, le foie n'a pas d'action antitoxique.

— M. *Gley* présente une note de M. *Legrain* (de Nancy) sur les caractères de culture d'une levure trouvée dans le mucus vaginal. M. Legrain décrit cette levure et principalement les caractères qu'elle prend en se développant dans différents milieux. Il se propose d'étudier par la suite de quelle façon elle se comporte vis-à-vis des matières sucrées.

— M. *Legrand* a observé avec M. *Winter* un cas de saturnisme héréditaire avec cirrhose du foie et des reins.

— M. *Brown-Séquard* indique de quelle manière il faut employer l'acide carbonique en inhalations contre les affections douloureuses : on doit faire une inspiration profonde, et, au moment où celle-ci va être terminée, l'acide carbonique doit être projeté avec force sur le larynx ; de cette façon il ne peut en pénétrer dans les poumons qu'une très minime quantité, car le courant d'air expiré le repousse immédiatement ; d'autre part, ce jet d'acide carbonique passe ainsi deux fois de suite et avec vitesse sur le larynx, ce qui est la condition essentielle pour que son action soit efficace. Par ce procédé, les douleurs disparaissent dès la première inspiration, mais elles reviennent vite; il faut donc continuer cet emploi de l'acide carbonique pendant assez longtemps. Alors l'analgésie générale peut durer trente-six ou quarante-huit heures.

— M. *Duclaux* fait hommage à la Société du deuxième volume des *Annales de l'Institut Pasteur*.

— M. *Beauregard* expose d'après ses recherches le développement des insectes vésicants en général et particulièrement des Méloë.

— M. *Beauregard* dépose une note de M. *Regnard* relative au développement des chrysalides des papillons ; M. Regnard a enregistré les phases de l'absorption d'oxygène et d'élimination de l'acide carbonique ; pendant la première semaine du développement, cette élimination est très faible; elle augmente peu à peu, en même temps la proportion d'oxygène absorbé augmente aussi.

— M. *Magnan* communique, en son nom et au nom de M. *Saury*, trois observations d'intoxication chronique par la cocaïne : troubles de la motricité, quelques phénomènes convulsifs, mais surtout troubles de la sensibilité générale, beaucoup plus marqués que les troubles sensoriels, tels ont été les principaux faits observés.

Société anatomique.

SÉANCES DES 11 ET 18 JANVIER 1889.

MM. *Charrin* et *Russer:* note sur les *lésions de l'estomac et des reins dans l'infection pyocyanique*.

— M. *Isch-Wall* présente un *myome utérin ramolli sous l'influence de la grossesse* et rompu dans le péritoine après l'accouchement. Il y avait eu présentation de l'épaule.

— M. *Isch-Vall* fait voir une *perforation latente de l'estomac* par cancer.

— M. *Audain* relate un fait de calcul vésical avec pyélonéphrite et *abcès sous-capsulaire du rein*.

— M. *Paul Petit* communique l'examen histologique d'une *Syphilide hypertrophique de la vulve*.

— M. *Toupet* décrit un *épithélioma sous-unguéal*.

— M. *Vignard* apporte une *tumeur à fibres striées* de l'ovaire.

— MM. *Dumoret* et *Poupinel* font voir un *épithélioma du rein* pris pour une tumeur des annexes de l'utérus.

— M. *Verchère* fait une communication sur un *kyste à contenu sébacé du pouce*.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

Du nitrite de cobalt et de potasse comme médicament vasculaire, par M. J. West Roosevelt. — Ce sel, obtenu en faisant agir une solution de nitrite de potasse sur une solution d'un sel de cobalt additionnée d'acide acétique, serait un substitutif de la nitro-glycérine, du nitrite de soude, du nitrite d'amyle et de l'éther nitreux. Il a pour formule $CO^2(NO^2)^{12}K^6 + 2\,Aq$.

Administré au chien à la dose de 5 grammes, il provoque la somnolence et l'accélération du pouls; mêmes effets sur le chat, et, sur les uns et les autres de ces animaux absence de phénomènes toxiques.

M. West Roosevelt a prescrit ce sel à plusieurs malades à la dose d'un demi-grain toutes les deux ou toutes les quatre heures, parfois même en répétant cette dose d'heure en heure. Dans trois cas, il s'agissait d'urémie avec pression artérielle exagérée et dyspnée, mais sans symptômes d'œdème pulmonaire. La gêne respiratoire fut diminuée dans deux cas, et même, chez l'un des malades, ce sel parut supérieur à la nitro-glycérine. L'évaluation de la tension artérielle au moyen du sphygmographe, permit de constater son abaissement dans l'espace de quinze minutes à une heure.

Même succès dans un cas d'emphysème, mais sans que le médicament provoquât une céphalalgie comparable à celle qui est consécutive à l'administration de la nitro-glycérine.

M. Roosevelt essaya aussi ce même nitrite dans un cas de cardiopathie valvulaire avec dyspnée, œdème pulmonaire et albuminurie. Malgré les vomissements, une partie du médicament fut absorbée et la tension artérielle diminuée.

Chez une femme atteinte de migraine, avec nausées, vomissements, élévation de la tension artérielle et albuminurie, ce sel amena la sédation de ces accidents, comme le chloral, mais avec cette différence que l'administration du chloral était suivie de céphalalgie. Enfin, l'amendement de ces accidents coïncidait avec l'abaissement de la tension artérielle.

En résumé, le nitrite de potasse cobalté (c'est le nom que l'auteur lui donne) agit sur la tension vasculaire dans l'espace d'un quart d'heure à une heure, et par prises d'un demi-grain toutes les deux ou trois heures. Il mérite donc d'être mis à l'essai comme médicament artério-dépresseur. (*The N.-Y. med. Journ.*, 25 août 1888.)

Du traitement mécanique de certains cas d'emphysème, par M. Berdez. — On sait que les mouvements alternatifs du diaphragme ont pour effet d'augmenter ou de diminuer la capacité de la cavité thoracique, et que l'élévation des côtes, combinée avec leur rotation, contribue à produire le même résultat. La théorie de Beau et Messiat fait jouer un rôle capital à l'élévation du diaphragme dans l'élévation des côtes inférieures. Celle de Magendie et Duchesne en fait plutôt un muscle expirateur, l'élévation des côtes inférieures étant surtout provoquée par le refoulement des viscères abdominaux.

M. Berdez a démontré expérimentalement qu'en substituant à cette masse viscérale une vessie pleine d'eau contenue dans l'abdomen, et en faisant varier le degré de distension de cette vessie, il reproduisait les mouvements respiratoires. D'autre part, il a remarqué qu'en comprimant la paroi abdominale, on peut augmenter l'amplitude respiratoire dans le rapport de 59 pour 100.

Il en conclut que l'une des causes d'insuffisance de la respiration résulte d'une pression intra-abdominale trop faible. Dans d'autres cas, ce trouble respiratoire résulte du défaut d'élasticité des poumons, résistance que le diaphragme est impuissant à vaincre. C'est pourquoi il propose d'augmenter la pression exercée par les viscères abdominaux par l'emploi d'une ceinture semblable à celle dont les gynécologistes font usage, et espère ainsi pendant l'inspiration favoriser le mouvement de rotation des côtes et augmenter la capacité respiratoire, et,

pendant l'expiration, venir en aide au diaphragme pour vaincre la résistance du poumon dont l'élasticité est diminuée.

A l'appui de ces idées théoriques, M. Berdez rapporte le cas d'un emphysémateux dont la capacité respiratoire était de 1800 centimètres cubes, quand on institua ce traitement; sous l'influence de ce dernier, cette capacité s'éleva à 2000 centimètres cubes. Enfin, il conseille encore cette médication quand les troubles respiratoires s'observent après le relâchement des parois abdominales consécutif à des grossesses répétées ou à l'ablation de tumeurs. (*Revue méd. de la Suisse romande*, 1888, n° 67.)

Du traitement de la néphrite aiguë chez les enfants, par M. le docteur E. Knock. — A cet âge, la néphrite aiguë évolue habituellement vers la guérison. Quel traitement peut-on prescrire pour hâter cette terminaison?

1° M. Knock insiste sur l'utilité du repos pendant toute la période albuminurique de la maladie.

2° La diète lactée est indispensable; en autorisant les aliments farineux additionnés de lait et les petites quantités de viandes ou de bouillon. Le vin ne sera toléré que s'il y a menace de collapsus.

3° De temps en temps, on prescrit utilement un laxatif et l'emploi des bains chauds quand on obtient, par l'administration des sudorifiques, une abondante transpiration. Celle-ci est toujours favorable. Ces bains, de dix à quinze minutes de durée, doivent être à température normale; on les fait suivre de la sudation par l'enveloppement du malade dans des couvertures de laine. M. Knock estime que les complications cardiaques ou pulmonaires ne sont pas une contre-indication à leur emploi. Il faut les suspendre dans le cas seulement où l'hématurie augmenterait.

L'observateur allemand préfère cette pratique à l'administration de la pilocarpine et à l'emploi du drap mouillé, qui sont, écrit-il, des moyens sudorifiques inférieurs aux précédents. Contre l'urémie, il adopte le traitement antiphlogistique; mais, si le malade est en danger de collapsus cardiaque, il suspend toutes ces médications, et, sans hésiter, court au plus pressé et prescrit les stimulants. (*Charité Annalen*, 1888.)

Travaux à consulter.

Traitement de la pharyngite chronique par l'acide acétique, par M. Weil. — C'est à titre de substitutif que l'auteur recommande l'emploi de l'acide acétique pur. A cet effet, il badigeonne la muqueuse du pharynx, deux ou trois fois par semaine avec un pinceau imbibé de cet acide. Si le malade est pusillanime ou la sensibilité du pharinx exaltée, il fait usage d'acide dilué. La sensation de brûlure est d'ailleurs passagère. M. Weil a obtenu, par ce procédé, la résolution rapide d'anciennes pharyngites. (*Therap. Monat.*, sept. 1888.)

Des résultats du traitement de l'amygdalite par le benzoate de soude, par M. Boislinière. — La série observée par l'auteur comprend soixante-quinze cas dans lesquels on administra le benzoate de soude à l'intérieur sans pratiquer aucun traitement externe, badigeonnages ou collutoires. Les accidents disparurent dans l'espace de douze à trente-six heures, soit en moyenne dans l'espace de vingt heures. D'où cette conclusion : que le benzoate de soude diminue l'inflammation locale et la fièvre et peut être administré à hautes doses même aux enfants, enfin que son emploi ne présente aucun inconvénient. L'auteur considère cette médication comme la meilleure contre les amygdalites aiguës et les affections inflammatoires du pharynx et des amygdales. (*Med. News.*, 3 mai 1888.)

Traitement des excroissances épidermiques par l'acide salicylique, par M. Rœsen. — L'auteur humecte la petite tumeur (cors, œil-de-perdrix, verrue) d'une solution à l'acide salicylique; puis saupoudre sa surface d'une couche de 4 à 5 millimètres du même acide cristallisé. Un morceau de lint boriqué est appliqué à sa surface et enveloppé d'une feuille de gutta-percha. Le pansement doit demeurer en place durant quatre ou cinq jours; cela est suffisant, si la production est petite, pour assurer sa chute. (*Munch. med. Woch.*, n° 9, 1888.)

Du traitement du tænia par la pelletiérine, par M. Béranger-Féraud. — L'administration de la pelletiérine doit-elle être suivie de l'ingestion d'un purgatif? Oui, d'après ce savant observateur, car, si, avec ce purgatif, la pelletiérine provoque l'expulsion du tænia dans sept cas sur dix, elle n'agit que deux fois sur dix quand on l'administre seule. Il faut donc doubler son action de celle d'un purgatif.

M. Béranger-Féraud condamne l'usage des purgatifs salins dont l'énergie est trop faible, le calomel présente des inconvénients chez les anémiques, les dyspeptiques et les dysentériques; l'huile de croton est trop irritante, de sorte qu'il faut préférer l'huile de ricin ou bien l'eau-de-vie allemande. La première est moins efficace que la seconde; car l'une aide l'expulsion du tænia dans 54 pour 100 des cas tandis que l'autre l'assure 63 fois sur 100. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 août 1888.)

De l'action anesthésique locale des injections sous-cutanées d'antipyrine, par M. Wolff. — Cet observateur compare ces injections à celles de la morphine. Il en a fait usage contre l'arthralgie du rhumatisme, les douleurs des phthisiques, le point de côté de la pleurésie et les douleurs du rhumatisme musculaire. Il considère cette médication comme toute-puissante contre les douleurs superficielles et constate la rapidité de son action analgésique dans l'espace de quatre à six minutes. Après une sédation de dix à douze heures, la douleur reparaît, mais avec une moindre violence. M. Wolff a fait usage de la solution d'antipyrine à 15 pour 100 sans observer aucun accident. (*Therap. monat.*, juin 1888, p. 279.)

De l'emploi des topiques dans les affections cutanées des enfants, par M. Jacobi. — Quelles sont les formes médicamenteuses à employer dans le traitement des dermatoses infantiles pour éviter l'irritation de la peau? M. Jacobi redoute l'érythème si fréquent après les applications de liquides médicamenteux. C'est pourquoi il combat l'eczéma chronique ou aigu au moyen de pommades astringentes plutôt que par l'usage de liquides astringents. Il recommande de préparer les premières avec la vaseline ou le cold-cream avec lesquels le plomb, le tanin, le zinc, le bismuth, l'iodoforme et l'acide salicylique s'incorporent bien.

Sur les surfaces dénudées de leur épiderme, les poudres sont plus utiles et M. Jacobi les associe en proportions convenables avec le talc. Par contre il proscrit les pommades avec l'axonge parce qu'elles irritent la peau et font naître des éruptions. Il préfère alors la lanoline additionnée de dix parties d'eau, sous la forme de frictions légères. La peau des enfants absorbe rapidement les médicaments administrés par cette voie. (*Arch. of Pediatrics*, juin 1888, p. 329.)

BIBLIOGRAPHIE

La fièvre typhoïde dans la première région de corps d'armée, étiologie ancienne et étiologie nouvelle, par M. le docteur Emile Arnould. — Lille, thèse inaugurale, 1889.

Nous sommes à une époque où les doctrines médicales, comme bien d'autres, s'appuient facilement sur un ensemble plus ou moins exclusif de faits dont la simplicité apparente séduit et porte à une généralisation trop souvent hâtive. C'est là à coup sûr le symptôme d'un état d'esprit fécond en découvertes, mais tout aussi prompt à l'abandon des

théories et à l'incertitude. L'observation, comme l'expérimentation, conduisent à ces écarts; mais il faut bien reconnaître que celle-ci les facilite. Quels que soient les progrès que le laboratoire a permis de faire, quelque indispensables que soient devenues les études qu'on y poursuit, les mystères de la physiologie et de la pathologie humaines lui gardent encore tant de secrets qu'il importe, à l'égard des aits qu'on y découvre, de prendre garde à l'infinie complexité des réactions de l'organisme, suivant les milieux où il évolue.

Peu de questions ont été plus agitées dans ces dernières années que celle de l'étiologie de la fièvre typhoïde; il en est peu aussi pour laquelle on ait autant accumulé de théories plus simples, plus unitaires, en quelque sorte, les unes que les autres. De grands efforts ont été faits, et il s'en fait encore, pour « réduire à très peu près toute recherche étiologique concernant la fièvre typhoïde à la constatation du bacille typhique ou d'Ebert-Gaffky, dans l'eau des localités où se produisent des cas de cette affection ». Ces efforts ont abouti à d'intéressantes études que M. le docteur Emile Arnould a consignées dans la thèse inaugurale qu'il vient de soutenir à la Faculté de médecine de Lille. Ce travail, auquel nous avons emprunté la phrase citée tout à l'heure, est consacré à l'examen de 166 cas de fièvre typhoïde, dont 20 décès, observés en trois années dans le premier corps d'armée; or, il ne paraît pas possible d'admettre, une seule fois, parmi tous les cas observés qui n'ont pas donné lieu à une épidémie, l'influence d'une eau spécifiquement contaminée. Une telle thèse n'est à coup sûr pas banale à l'heure actuelle; elle mérite d'autant plus d'arrêter l'attention qu'on a plaisir à y louer aussi l'ordonnance de l'argumentation.

M. Arnould fait tout d'abord observer que les dix-huit places de la région occupée par le premier corps d'armée n'ont eu, à elles toutes, que deux épidémies très bénignes de fièvre typhoïde pendant ces trois dernières années. Suivant lui, la fièvre typhoïde déterminée par l'usage de l'eau de boisson ne peut se présenter dans une caserne que sous la forme d'une épidémie, à moins de circonstances tout à fait singulières; car la garnison représente un groupe soumis à des conditions d'existence identiques, en particulier à l'usage de la même eau, et la suspension des bacilles typhogènes dans l'eau serait une condition passagère qui ne peut agir que par sa violence actuelle. D'autre part, ces 166 cas ont été presque tous isolés, à des époques généralement diverses, mais surtout lorsque les forces des soldats étaient le plus déprimées. Souvent on a pu remarquer la gravité singulière des cas sporadiques, que M. le professeur Arnould a signalée depuis longtemps; maintes fois on a vu un cas absolument isolé sur plusieurs mois, dans une garnison, et ce cas a été mortel! L'eau pouvait-elle donc être le véhicule qui portait le germe typhique? Mais alors ce « breuvage homicide » eût frappé au moins quelques-uns de ceux qui l'absorbaient, plus ou moins gravement. Enfin, M. Arnould constate que « tout en réclamant énergiquement la substitution de l'eau de source à l'eau de puits dans les casernes et une fourniture d'eau irréprochable, le directeur du service de santé et les médecins militaires du premier corps d'armée ont jusqu'à présent combattu la fièvre typhoïde par l'aération des locaux, le desserrement des hommes dans les chambres, l'enlèvement des immondices, la modération dans le travail, le relèvement de l'alimentation, les congés et permissions, l'évacuation des locaux suspects et leur désinfection par l'acide sulfureux; tout, excepté ce qui pourrait constituer une modification à l'eau de boisson. Jamais on n'a essayé l'eau bouillie ni même filtrée; on a conseillé, à priori du reste, l'abandon de quelques puits; mais il est arrivé que des troupes campées sur les glacis d'une forteresse pour fuir une caserne infectée, continuaient à boire l'eau de la ville d'où elles venaient. Bien que les mesures prophylactiques n'aient pas visé l'eau, le succès n'en a pas moins été satisfaisant. »

L'énumération de ces assertions négatives est suivie de renseignements sur la constitution des eaux consommées dans la région et d'un examen raisonné sur les circonstances dans lesquelles les cas de fièvre typhoïde se sont produits dans les diverses garnisons. Ici les divers faits, groupés sous la dénomination suffisamment expressive d' « étiologie ancienne », concordent à revendiquer « pour les causes banales un rôle toujours immense et qu'il serait dangereux de négliger ». Une étude critique de quelques épidémies récentes observées sur divers points de la France et dans lesquelles l'origine aquatique de la fièvre typhoïde a été plus particulièrement signalée, termine cette thèse. On nous permettra de ne pas suivre l'auteur dans ces derniers développements, car les procédés de recherches et les préoccupations ont été trop différents chez les uns et chez les autres pour que nous puissons nous livrer sommairement, au cours de ces épidémies, à un examen comparatif. Nous pensons que, dans l'état actuel de la science, il convient plus que jamais de n'avoir aucune vue exclusive en pathologie et que l'hygiène donne à cet égard de salutaires enseignements, comme le disait si justement M. Léon Colin à la dernière séance de l'Académie de médecine, « rien ne doit être abandonné, à l'égard de la fièvre typhoïde, des anciennes prescriptions ». La prophylaxie ne peut être aussi unitaire que le voudraient peut-être certains novateurs. Il n'est pas une seule question où elle ne montre pratiquement quels avantages il y a à s'inspirer bien plutôt, comme nous le disions tout à l'heure, des variations incessantes et réciproques de l'économie humaine et des milieux qui l'environnent et l'influencent si profondément. A cet égard, la thèse de notre distingué confrère témoigne d'une prudence et d'un bon sens qui se feraient volontiers rares dans certains pays.

A.-J. M.

Des arthropathies tabétiques du pied, par M. le docteur Démosthènes Pavlidès. — Thèse inaugurale, 1888. G. Steinheil.

Les arthropathies tabétiques, signalées et décrites par Charcot, sont moins fréquentes au pied qu'au niveau des autres articulations; au pied, d'ailleurs, comme toutes les autres arthropathies tabétiques, elles évoluent rapidement, sans douleur, donnant lieu à des lésions profondes beaucoup plus étendues qu'on ne pourrait le supposer pendant la vie. Ces arthropathies, qui ont été confondues par les auteurs anglais avec les arthrites sèches, doivent être regardées comme des troubles dépendant des lésions du système nerveux, et probablement du système nerveux périphérique. Leur mode d'apparition, leur évolution particulière, le plus souvent indolore, l'existence des signes de tabes, avec ou sans ataxie locomotrice, permettent d'établir un diagnostic précis. Il ne faut pas confondre, du reste, le pied tabétique arthropathique, avec le pied bot tabétique d'origine musculaire, résultant du décubitus et de la pression des couvertures chez des sujets tabétiques ayant perdu la tonicité et la réflectivité musculaires. Les arthropathies tabétiques peuvent être divisées en arthropathies péronéennes, tarso-métatarsiennes, des orteils, et généralisées du pied. Elles sont toutes caractérisées non seulement par des lésions articulaires, mais aussi par des lésions osseuses souvent beaucoup plus marquées que les premières. Le traitement de ces arthropathies donne en général peu de résultats; d'ailleurs leur pronostic n'a pas de gravité au point de vue de la vie des malades, mais seulement en tant qu'infirmité rebelle. Cependant l'amputation, proposée et pratiquée par certains chirurgiens allemands, ne semble pas devoir être recommandée, car un ataxique marchera encore plus difficilement quand il aura, au lieu de son pied ankylosé, un appareil prothétique. Ajoutons que l'intéressante monographie du docteur Pavlidès est accompagnée de plusieurs belles planches en chromolithographie, et de la reproduction d'un certain nombre de microphotographies exécutées par son maître, le professeur Damaschino, et montrant les altérations des cordons médullaires chez plusieurs ataxiques.

DU LAVAGE ÉLECTRIQUE ET DE LA FARADISATION INTRA-STOMACALE DANS LA DILATATION DE L'ESTOMAC FONCTIONNELLE (*Maladie de Bouchard*), par M. le docteur H. BARADUC. — Paris, 1888. Bureau des publications du *Journal de médecine de Paris*.

L'auteur établit dans cette note les indications et le manuel opératoire de l'électrisation intra-stomacale dans le traitement de la dilatation gastrique. On emploie un rhéophore placé dans le tube de Faucher de façon que le fil ne soit pas en contact direct avec la muqueuse, mais reste cependant très près de la petite courbure et des plexus vasculo-nerveux, tandis qu'une galette de terre glaise est placée au niveau de la grande courbure descendue. Cette méthode doit être réservée aux simples troubles fonctionnels gastriques, en dehors de toute lésion inflammatoire ou ulcéreuse. Le lavage électrique (gros fil) a pour effet de resserrer la fibre musculaire et de réveiller l'atonie du plexus solaire : la dilatation gastrique rétrocède et l'estomac remonte dans sa loge diaphragmatique. La faradisation intra-stomacale (fil fin) calme surtout les douleurs et arrête les vomissements d'origine nervoso-réflexe, dans les cas de dilatation ombilicale avec irritabilité hystérique et hyperexcitabilité des plexus. On obtient par cette méthode la disparition des phénomènes éréthiques et des vomissements, le retour de l'absorption des liquides, le rétablissement progressif d'une meilleure digestion et le retrait de l'estomac dilaté. La persistance des effets obtenus est, d'ailleurs, en rapport avec les causes de dilatation.

VARIÉTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE. — La conférence d'histoire naturelle faite à la Faculté de médecine aux étudiants de première année par M. le professeur agrégé Raphaël Blanchard, vient d'être supprimée par M. le doyen Brouardel en raison des troubles auxquels elle donnait lieu.

Après diverses menaces de suppression faites par le doyen en présence des étudiants, M. le doyen vient de prendre la décision suivante :

« Le conseil de la Faculté de médecine avait prié M. Blanchard de faire gratuitement des conférences de zoologie aux étudiants en médecine de première année.

« MM. les étudiants ont, à diverses reprises, manifesté vis-à-vis de leur professeur par des manques de respect répétés qu'ils n'appréciaient pas le service qu'on voulait leur rendre.

« La conférence est supprimée.

« Le doyen, BROUARDEL. »

CONCOURS D'AGRÉGATION DE MÉDECINE. — Ont été déclarés admissibles : MM. Babinski, Balzer, Brault, Chantemesse, Charrin, Gaucher, Gilbert, Letulle, Marie, Netter pour la Faculté de Paris.

Aucun des candidats pour les Facultés de province n'a été éliminé.

La première épreuve (leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre) a commencé le 28 janvier. Voici les questions données jusqu'à ce jour :

1° M. Combemale : Valeur des phénomènes thermiques dans les maladies aiguës ;
2° M. Gaucher : Des métastases ;
3° M. Sarda : De l'influence du traumatisme dans l'éclosion des maladies infectieuses ;
4° M. Suzanne : Des causes secondes dans le développement des maladies infectieuses ;
5° M. Gueit : Des vaccinations pastoriennes ;
6° M. Mesnard : De l'insuffisance fonctionnelle du rein ;
7° M. Charrin : Des infections secondaires ;
8° M. Netter : Myocardite infectieuse.

INTERNAT DES HÔPITAUX. — Le nombre des internes titulaires primitivement fixé à 46 vient d'être élevé à 54 et les huit premiers parmi les internes provisoires, MM. Lovy, Camescasse, Delaunay, de la Nièce, Bureau, Bernheim, Dufournier et Legrand, ont été nommés titulaires.

Cette décision a été prise par l'administration à la suite des protestations faites par les médecins de Bicêtre et par ceux de l'hôpital Broussais, qui eussent été privés d'internes titulaires dans le cas où le nombre de ceux-ci n'aurait pas été augmenté.

S'il convient de féliciter M. Peyron d'avoir cédé aux légitimes revendications du corps médical, il faut désirer cependant que, dans les concours ultérieurs, on persiste à fixer à l'avance le nombre des internes qui devront être nommés chaque année. On évitera ainsi de prêter l'oreille à des sollicitations extra-médicales, et de céder pendant la durée du concours à des influences injustement prépondérantes. Il suffira, pour éviter les réclamations qui se sont produites cette année, d'évaluer avec plus de soin le nombre des vacances à pourvoir. S'il arrivait d'ailleurs qu'après la clôture des épreuves et la nomination des internes un trop grand nombre de démissions vînt à créer des vides imprévus, rien n'empêcherait de procéder comme on le fait dans les concours pour les Ecoles du gouvernement, où l'on publie des listes supplémentaires, c'est-à-dire de charger des fonctions d'internes titulaires, avec toutes les prérogatives qui leur sont attachées, un certain nombre d'internes provisoires. L'essentiel nous paraît être de ne pas laisser de services hospitaliers sans internes titulaires, de ne pas empêcher une équitable répartition de ceux-ci. Le prestige du titre d'interne ne perdra pas grand'chose au nombre plus ou moins grand de titulaires nommés chaque année. Il vaudra surtout ce que lui donneront d'autorité les travaux scientifiques et l'assiduité des internes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (séance du vendredi 8 février 1889). — *Ordre du jour :* Discussion sur les rapports du goitre exophthalmique et de l'ataxie locomotrice. — M. de Beurmann : Un cas de mort par tétanie dans le cours d'une dilatation de l'estomac. — M. Huchard : Sur un nouveau syndrome cardiaque : l'embryocardie.

SOUSCRIPTION DUCHENNE (DE BOULOGNE).

Quatrième liste.

MM. les Drs Potain	100 fr.	»
Guyon	50	»
François-Franck	20	»
Dreyfus-Brisac	20	»
Nicaise	25	»
Fisseaux	20	»
Clermont	20	»
Durand-Fardel	10	»
Total	265	»
Montant des listes précédentes.	2225	»
TOTAL GÉNÉRAL	2490 fr.	»

MORTALITÉ A PARIS (3e semaine, du 13 au 19 janvier 1889. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 15. — Variole, 2. — Rougeole, 50. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 37. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 179. — Autres tuberculoses, 16. — Tumeurs : cancéreuses, 56 ; autres, 10. — Méningite, 24. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 59. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 4. — Maladies organiques du cœur, 56. — Bronchite aiguë, 36. — Bronchique chronique, 49. — Broncho-pneumonie, 31. — Pneumonie, 65. — Gastro-entérite : sein, 8 ; biberon, 29. — Autres diarrhées, 1. — Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 4. — Débilité congénitale, 29. — Sénilité, 37. — Suicides, 9. — Autres morts violentes, 7. — Autres causes de mort, 189. — Causes inconnues, 12. — Total : 1027.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

La diphthérie, son traitement antiseptique, par M. le docteur J. Renou (de Saumur), études cliniques, précédées d'une préface du professeur Grancher. 1 vol. in-8° de 300 pages. Paris, O. Doin. 6 fr.

Des conditions qui favorisent ou entravent le développement du fœtus, influence du père, recherches cliniques, par M. le docteur Felice La Torre. 1 vol. grand in-8° de 236 pages. Paris, O. Doin. 5 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

18170. — MOTTEROZ. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 6 février 1889.

Académie de médecine : **Rapport de M. A. Robin sur les eaux minérales. — Traitement du choléra. — Intoxication par les poêles mobiles. — Le Conseil supérieur de l'assistance publique.**

En exposant, avec la plus louable franchise, toutes les imperfections que présente, dans la plupart de nos établissements thermaux, l'organisation du service médical; et en appelant la discussion publique du *Rapport général sur le service des eaux minérales de la France*, qu'il a lu à l'Académie de médecine le 6 décembre dernier, M. Albert Robin a rendu un signalé service à la cause que nous défendons depuis tant d'années.

Sans s'arrêter à examiner si les critiques adressées à l'institution même des médecins-inspecteurs sont ou non fondées; sans tenir compte des notes plus ou moins officieuses que publient à cet égard les journaux politiques, le savant rapporteur de l'Académie recherche si 'on n'est pas en droit de reprocher aux médecins de nos stations hydrominérales la négligence avec laquelle un certain nombre d'entre eux s'acquittent de leurs devoirs officiels, les difficultés qu'ils éprouvent presque tous à tirer parti des observations cliniques recueillies pendant la saison thermale.

« L'inspectorat, dit M. Robin, a eu gain de cause devant l'Académie et devant le Conseil d'État; il est maintenu... Mais, puisqu'on s'accorde aujourd'hui pour le maintenir, il importe d'en tirer tout le parti possible dans le suprême intérêt des eaux françaises; et l'une des meilleures manières de le faire, c'est d'assurer les pouvoirs de l'inspecteur en élevant à ces fonctions le plus digne et le plus instruit. » Chacun s'accordera à reconnaître que la présentation par l'Académie de médecine et par le Comité consultatif d'hygiène et aussi — M. Robin n'en parle pas — l'obligation imposée au Ministre de désigner comme médecin-inspecteur celui qui aura été présenté en première ligne sur les deux listes, donnerait aux élus le prestige qui leur manque aujourd'hui. Mais il resterait encore bien difficile au médecin désigné, par ses travaux scientifiques, au choix de l'Académie, de signaler chaque année des réformes parfois onéreuses pour les compagnies fermières, sans se créer, dans le milieu spécial où il exerce, bien des animosités et partant bien des ennuis. A ce point de vue donc, nous pensons que les visites faites à des époques indéterminées, soit par les inspecteurs des services sanitaires, soit par des délégués spéciaux, auront plus d'utilité que n'en pourraient avoir les doléances des médecins-inspecteurs ou même des commissions médicales organisées pour veiller à ce qui intéresse la santé publique dans l'établissement ou dans la commune. Jamais, nous le craignons, les médecins locaux n'arriveront à mettre à l'index un établissement, un hôtel ou une ville qui ne se conformeraient pas aux prescriptions hygiéniques reconnues indispensables. L'inspecteur des services sanitaires ou le délégué auront au contraire toute autorité pour imposer, à cet égard, les mesures jugées utiles.

Mais ce n'est là qu'un petit côté de la question. La présence dans les stations thermales d'un médecin-inspecteur serait surtout nécessaire, au point de vue scientifique, pour recueillir les matériaux qui permettraient de juger la valeur thérapeutique d'un traitement déterminé, diriger les laboratoires où se feraient des études hydrologiques spéciales, tenir à jour la statistique médicale et, dans l'hôpital thermal annexé à la station, traiter gratuitement les indigents. Aujourd'hui le médecin-inspecteur est presque partout celui qui, absorbé par la clientèle étrangère, signalé à son choix par le titre qui lui est conféré, ne peut plus trouver même le temps nécessaire pour rédiger le rapport annuel qu'il doit à l'Académie. Si le programme tracé par M. A. Robin était adopté et suivi, le médecin-inspecteur serait au contraire un savant dont les recherches, utiles à la station dans laquelle il exerce, utiles surtout à tous ses confrères, permettraient de se faire une idée quelque peu précise de l'action des eaux minérales. Quel est en effet ce programme à remplir? Voici comment s'exprime à ce sujet M. A. Robin :

Pour pénétrer dans le secret de l'action des eaux minérales, il faut connaître la manière dont elles influencent les échanges organiques, en un mot, leur action sur la nutrition élémentaire.

On sait que derrière la plupart des affections chroniques — et ce sont celles qui sont justiciables des eaux minérales — il existe des troubles nutritifs, originels ou acquis, antérieurs à la

manifestation morbide et qui sont la condition fondamentale de sa forme et de sa durée. Ces vices de la nutrition matérialisent cette manière d'être jadis indéfinissable, à laquelle nos pères ont donné le nom de diathèse, et paraissent si bien conjugués à l'idée représentée par cette dénomination, que les deux termes ne nous représentent plus que des synonymes. Pourtant, il ne faudrait pas oublier qu'un trouble de la nutrition, quel qu'il soit, reconnaît toujours une cause première dont il n'est que l'expression : aux oxydations accrues ou diminuées, aux dénutritions locales plus ou moins accentuées, aux fermentations accélérées ou retardées, il est un trouble antérieur, encore mystérieux, auquel on pourrait conserver le nom de diathèse, celle-ci ne représentant pas le trouble nutritif lui-même, mais l'ensemble des causes qui lui donnent naissance.

La connaissance de ce vice nutritif qu'engendre la diathèse, et dont le rôle essentiel est de préparer en quelque sorte le terrain de la maladie, nous donne le moyen de préjuger du trouble originel, et nous indique le sens dans lequel doit agir la thérapeutique. Par conséquent, les divers moyens de traitement ne s'adapteront exactement aux affections contre lesquelles ils sont dirigés, que si l'on a mathématiquement fixé, au préalable, les modifications qu'ils impriment à la nutrition élémentaire. Et tant que cette recherche n'aura pas été faite pour les eaux minérales, elles manqueront de l'un des éléments les plus importants parmi ceux qui permettent de juger de leurs indications et de leurs contre-indications.

L'emploi des eaux minérales est un des plus sûrs moyens de produire ces modifications lentes et constitutionnelles, qui doivent aboutir à une inversion du mode nutritif de l'individu; mais, au moins, faut-il savoir comment réagissent les échanges devant telle ou telle eau minérale !

C'est à cette étude, jusqu'ici trop négligée en France, que l'Académie convie les médecins hydrologues. Ils peuvent être assurés que cette voie, jusqu'à présent presque inexplorée, leur ouvrira de nouveaux horizons, et qu'elle sera peut-être le point de départ d'une révolution dans la clinique thermale.

Voici le but à atteindre. Mais les médecins inspecteurs actuels et même les plus jeunes et les moins occupés parmi les médecins consultants, arriveraient difficilement, dans les conditions actuelles, à entreprendre et surtout à poursuivre longtemps les recherches si minutieuses et parfois si ingrates qui semblent nécessaires aujourd'hui. Pour que l'on puisse donner à l'hydrologie médicale l'impulsion féconde que souhaite M. A. Robin, il faudrait créer dans chaque station un laboratoire thermal, y installer un chef de service qui serait en même temps le médecin inspecteur de la station et qui, recevant un traitement fixe en rapport avec les services qu'il pourrait être appelé à rendre, se désintéresserait complètement de la clientèle active. Ne pourrait-on pas demander aux établissements thermaux une subvention suffisante pour assurer ce service ? Ne serait-il point possible de leur faire comprendre l'utilité qu'aurait, à tous les points de vue, l'installation d'un laboratoire d'où pourraient sortir des travaux sérieux, bien différents de ceux qui nous parviennent d'ordinaire et qu'on hésite à publier, supposant peut-être à tort qu'ils sont dictés par des préoccupations étrangères à la science? Et le médecin inspecteur ne se verrait-il point appelé par ses confrères à des consultations suivies d'analyses et de recherches scientifiques dont la rémunération légitime rendrait sa situation plus enviable ?

Si l'on adoptait cette manière de voir; si, dans nos grandes stations hydrominérales, on étudiait plus scientifiquement le mode d'action du traitement thermal, peut-être arriverait-on dès lors, comme le demande si justement M. A. Robin, à réglementer l'hygiène alimentaire des malades et à obtenir des administrations et des hôteliers les réformes qui dès aujourd'hui s'imposent un peu partout.

Dans cette voie tout reste à faire. On devra donc savoir gré à M. Robin d'avoir appelé l'attention de l'Académie et du ministre, sur un sujet qui devrait nous préoccuper davantage puisqu'il touche à une série d'établissements qui sont pour la France une source de richesse, pour les médecins une mine inépuisable d'observations et de recherches cliniques.

— On lira plus loin, au compte rendu de l'Académie des sciences (p. 94) une communication de M. Lœwenthal. En résumant devant l'Académie de médecine les intéressantes recherches faites dans son laboratoire, M. Cornil a insisté sur les difficultés que l'on éprouve à en tirer des conclusions précises et immédiatement applicables à l'homme. Cela ne veut point dire que le salol ne devra pas être essayé chez les cholériques. Mais il serait bien prématuré d'en affirmer l'efficacité réelle et constante.

— On pourrait reprocher à la communication si intéressante de M. Lancereaux sur les dangers de l'usage des poêles mobiles si répandus aujourd'hui dans les habitations, de venir un peu tard, alors que l'hiver va bientôt s'achever, si l'on ne savait, par expérience, avec quelle lenteur l'administration prend et exécute les mesures les plus utiles. En effet, lorsque le Préfet de police affichait sur tous les murs de Paris, par décision du 17 novembre 1880, une ordonnance sur le mode de chauffage des habitations, il avait déjà pour but d'appeler l'attention publique sur les dangers de l'emploi des poêles mobiles et l'ordonnance qu'il portait ainsi à la connaissance de ses administrés reproduisait l'avis émis par le Conseil d'hygiène sept mois auparavant! De trop nombreux exemples ne cessent de montrer que cette ordonnance a été inutile et qu'il y avait lieu, suivant l'opinion du professeur Arnould, de lui préférer la réprobation pure et simple de ces appareils. En 1880, Boutmy, Vallin, Le Roy de Méricourt, Mathelin, Lagneau, E.-R. Perrin, Ida Remsen, etc., avaient déjà signalé des accidents graves survenus à la suite de l'usage si délicat des poêles à petite marche et à combustion ralentie; l'administration avait cru, sur la foi des fabricants sans doute, que l'on pouvait diminuer leurs inconvénients par des précautions convenables. L'événement ne cesse malheureusement de démontrer qu'il n'en peut être ainsi. Il y a donc lieu de proscrire désormais tous les appareils qui ne peuvent fonctionner économiquement qu'en introduisant dans l'air respirable des appartements un gaz aussi toxique et aussi subtil que l'oxyde de carbone. Les expériences de M. Gréhant, les observations anatomo-pathologiques de M. Brouardel, les constatations chimiques de M. Armand Gautier ne laissent aucun doute à cet égard. M. Vallin a montré, d'autre part, que « la température des locaux chauffés au poêle mobile est exagérée (18 à 19 degrés dans une chambre dont la porte était entrebâillée de 29 centimètres); dans un poêle mobile du modèle ordinaire, le tirage ne fait arriver au foyer que 4 centimètres cubes d'air par kilogramme de coke brûlé, alors que cette quantité de combustible exige au moins 9 mètres cubes d'air pour que tout le charbon soit transformé en acide carbonique. Il n'est donc pas étonnant que l'on trouve dans le

tuyau de fumée une quantité énorme (16 pour 100) d'oxyde de carbone ». Le poêle évacue à peine l'air de la pièce et, par suite, on y sent cette odeur fade, cette lourdeur, qui caractérisent nettement la présence de ces dangereux appareils, tant l'oxyde de carbone en reflue facilement dans les appartements. Il est urgent d'en réclamer la suppression; l'Académie ne manquera pas de le faire lorsqu'elle aura à statuer, dans quinze jours, sur les résolutions que lui a présentées M. Lancereaux.

ERRATUM. — Dans le dernier numéro (p. 69), une erreur d'impression rend incompréhensible la formule de M. Vigier. Il faut lire : « On triture 19gr,50 de mercure, 2gr,50 de vaseline blanche solide et 1 gramme d'onguent mercuriel. »

Conseil supérieur de l'assistance publique : **L'inspection de l'assistance publique; l'assistance médicale dans les campagnes; le domicile de secours.**

Le Conseil supérieur de l'assistance publique vient de terminer sa première session de 1889, session marquée par des débats du plus grand intérêt, empreints d'un esprit à la fois élevé et pratique et d'un remarquable bon vouloir de la part de tous ceux qui y ont pris part, à quelque couleur politique ou à quelque opinion philosophique qu'ils appartiennent. Cette session, qui n'avait été précédée, depuis l'institution du Conseil, que par deux réunions plénières, était consacrée à l'examen d'un certain nombre de rapports préparés depuis plusieurs mois par les sections. Les résolutions qu'on devait discuter étaient d'ailleurs beaucoup plus des déclarations de principes qu'elles tendaient à déterminer les détails pratiques d'application des mesures recommandées. Il n'en pouvait être autrement; car, en matière d'assistance publique, la législation est presque tout entière à créer en France, et l'administration réclame une organisation plus conforme aux nécessités sociales actuelles.

Parmi les questions que vient d'examiner le Conseil supérieur de l'assistance publique, il en est deux qui intéressent plus particulièrement le corps médical et qui répondaient précisément à l'ordre de préoccupations que nous venons d'indiquer. L'organisation de l'assistance exige en effet une orientation déterminée; aussi était-il indispensable, au début des études longues et laborieuses que le Conseil aura à entreprendre, de préciser les principes sur lesquels il y a lieu de baser l'inspection de l'assistance publique et l'assistance médicale dans les campagnes. Les rapporteurs de ces deux questions, nos savants et distingués confrères, MM. les Drs Thulié pour la première et Dreyfus-Brisac pour la seconde, se sont parfaitement rencontrés dans l'exposé de la ligne de conduite à intervenir. Ils n'ont pas pensé qu'il fût d'ailleurs bien utile de faire ressortir les lacunes et les défectuosités de l'organisation de l'assistance dans les campagnes, si tant est qu'on puisse appeler de ce nom l'état de choses actuel. Sur presque tout le territoire de la France, il n'existe pas d'assistance médicale à proprement parler; quant à l'assistance hospitalière, elle est non seulement limitée aux grands centres, mais encore là où elle est organisée, elle est trop souvent dépourvue de ressources. La cause en est ordinairement dans l'impuissance où se trouvent les communes de subvenir aux frais de cette organisation ; c'est aussi pour cette raison que l'assistance est une si lourde charge pour les grandes villes et en particulier pour Paris.

Comment remédier à un tel état de choses? Doit-on suivre les anciens errements et laisser l'administration de l'assistance médicale au bon vouloir des autorités locales, communales ou départementales? Vaut-il mieux confier à l'État le soin d'imposer l'obligation à tous et partout? Toutes les législations proclament la nécessité de l'assistance communale. Au point de vue du droit de la société, l'individu doit subvenir à tous ses besoins dans la mesure de ses forces et par son travail. Lorsqu'il est devenu incapable de se suffire à lui-même par suite d'infirmité, de maladie, c'est à sa famille à lui venir en aide; lorsque cette famille elle-même ne peut remplir cette tâche, il faut que l'action de la collectivité se fasse sentir. Aussi la commune, à défaut de la famille, doit-elle l'assistance aux nécessiteux malades qui y ont leur domicile de secours; il va de soi que plusieurs communes peuvent s'associer en syndicat pour remplir ce devoir social, si leurs ressources propres sont insuffisantes et comme le projet de loi actuellement soumis au Parlement l'autorise. Si la commune ou le syndicat de communes est incapable d'y subvenir, c'est à une famille plus vaste, au département, que ce soin incombe, et si le département lui-même ne le peut pas, l'État doit alors intervenir. C'est pourquoi le Conseil a pensé qu'il y avait lieu de modifier comme il suit la législation du domicile de secours pour les malades indigents :

La femme a le domicile de secours de son mari; les mineurs de seize ans, celui de leurs parents. Le domicile de secours se perd dans une commune ou syndicat de communes par une absence continue de deux ans; il s'acquiert dans une commune ou un syndicat de communes par un séjour de même durée. En cas d'accident ou de maladie aiguë, les indigents ont droit aux secours dans la commune où ils ont été atteints par l'accident ou la maladie. Pour les indigents qui n'auraient aucun domicile de secours communal, le domicile de secours est départemental, s'ils ont séjourné dans le département deux années consécutives, ou national dans le cas contraire.

Cette question si obscure aujourd'hui du domicile de secours une fois tranchée, il y avait lieu de se préoccuper des moyens d'organiser l'assistance publique elle-même. Nous ne pouvons, en ce moment et à cette place, que donner les conclusions des importants débats auxquels cette question a donné lieu, débats au cours desquels des opinions diverses se sont fait jour, mais avec un vif désir de concessions mutuelles, si bien que les administrateurs de grandes villes, les législateurs, les juristes, aussi bien que les médecins et les personnes d'une compétence reconnue en la matière, n'ont pas tardé à se mettre d'accord sur les points les plus importants de ces difficiles problèmes :

Il devra exister dans chaque commune ou syndicat de communes un Bureau d'assistance publique. Dans chaque département, le Conseil général déterminera, au mieux des convenances locales, le mode de fonctionnement du service de l'assistance médicale aux indigents. Ce règlement devra être approuvé par le Ministre de l'intérieur, après avis du Conseil supérieur de l'assistance publique. Les communes ou syndicats de communes qui justifieront remplir d'une manière complète leur devoir d'assistance envers leurs indigents malades pourront être autorisés, par une décision spéciale du Ministre de l'intérieur, rendu après avis du Conseil supérieur, à avoir une organisation spéciale.

Chaque année, le Conseil général fixera la part contributive des communes dans les dépenses d'assistance de leurs malades indigents et la part contributive du département. Il devra tenir compte des ressources de chaque commune et du nombre d'indigents porté par elle sur la liste de ceux qui devront recevoir gratuitement les secours médicaux ou pharmaceutiques. Les dépenses qui résulteront pour les communes de l'application de l'article précédent sont obligatoires et pourront être imposées d'office, conformément à l'article 149 de la loi du 5 avril 1884. La liste des indigents admis à recevoir gratuitement les secours médicaux ou pharmaceutiques est préparée par le Bureau d'assistance publique et arrêtée par le Conseil municipal.

Au cas où un département n'aurait pas, dans le délai fixé, organisé son système d'assistance, le gouvernement devra lui imposer d'office un règlement. Les dépenses résultant pour les départements de l'application du règlement fait par le Conseil général ou imposé au département par le gouvernement, en exécution du paragraphe précédent, sont obligatoires pour lesdits départements et peuvent leur être imposées d'office dans les conditions de l'article 61 de la loi du 10 août 1871. Il y a donc lieu de préparer, à cet effet, un règlement modèle.

En ce qui concerne les secours à domicile, le Conseil a recommandé, dès à présent, les principes sur lesquels repose le système dit vosgien, dû à l'initiative et à la persévérance des docteurs Liétard, Lardier, Bailly, etc., et de M. Bœgner, préfet de ce département. On sait que ce système se caractérise à la fois, par la liberté du malade indigent de choisir son médecin, par la liberté du médecin et par une rémunération de celui-ci proportionnelle aux services rendus. Enfin, l'assistance médicale doit être organisée de telle sorte, que chaque commune soit rattachée à un dispensaire et à un hôpital. Les malades ne doivent être hospitalisés qu'en cas de nécessité.

Une telle organisation doit être étroitement unie au pouvoir central; car lui seul a l'autorité et le désintéressement nécessaires pour s'élever au-dessus des rivalités locales et rappeler à ceux qui l'oublient, leur devoir social envers les malades et les misérables. Le Conseil, sur le rapport de M. le docteur Thulié, n'a pas craint de penser qu'il fallait créer au plus vite en France un service départemental d'inspection de l'assistance publique, composé d'agents de l'Etat.

Cette inspection départementale de l'assistance publique exercerait, sous l'autorité du préfet et le contrôle des inspecteurs généraux, sa surveillance sur tous les services et établissements, existant dans le département, qui relèvent actuellement de la direction de l'assistance publique, au ministère de l'intérieur. En attendant qu'elle puisse être régulièrement organisée sur tous les points du territoire, l'administration pourrait provisoirement confier les fonctions d'inspecteur de l'assistance publique aux inspecteurs des enfants assistés, dans les départements où il sera possible de le faire sans que le service des enfants assistés et protégés s'en trouve compromis. Les inspecteurs départementaux de l'assistance publique doivent avoir entrée, avec voix consultative, dans les commissions administratives et conseils de tous les services et établissements visés dans les résolutions précédentes. Il y a intérêt à ce qu'un crédit soit inscrit, pour assurer le service de l'inspection départementale de l'Assistance publique, au budget du ministère de l'intérieur pour 1890. D'autre part, ces dispositions ne sont pas applicables aux hôpitaux, hospices et autres services hospitaliers relevant de l'administration générale de l'assistance publique de Paris, ni du Conseil général des hospices de la ville de Lyon qui sont soumis à une législation spéciale.

Sans doute, ce service devra être simplifié lorsqu'il comprendra à la fois tout ce qui concerne la santé publique, tout en tenant compte, pour son organisation, des habitudes administratives locales. Il devra être une aide et jamais une entrave aux bonnes volontés, et n'être imposé qu'à l'incurie coupable, si funeste en matière d'hygiène et d'assistance. Il y aurait beaucoup à dire sur le caractère que doit revêtir un tel service, sur la part qu'y doit forcément prendre le corps médical et sur les garanties de compétence qu'il doit posséder; il serait facile, d'autre part, de montrer qu'il peut être organisé presque partout par une simplification des services existants, trop disséminés aujourd'hui et sans avoir à aggraver les charges budgétaires, locales ou générales. Mais nous en avons assez dit dans les lignes qui précèdent, pour montrer tout l'intérêt qui s'attache aux premiers travaux de cette réunion et la voie pratique dans laquelle elle pourra entrer désormais.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Causes et mécanisme de la suppuration.

Jusque dans ces derniers temps la suppuration était regardée comme un aboutissant de l'inflammation. Un afflux trop considérable de liquides vers la partie enflammée, la nature irritante de l'agent phlogogène, une débilité spéciale de l'organisme, telles étaient les causes qu'invoquaient la plupart des auteurs.

Pourtant dès 1822, Gaspard avait établi un fait d'une importance capitale: il avait montré que le pus, injecté sous la peau ou dans les séreuses, était capable de déterminer une suppuration plus ou moins étendue; introduit dans les veines, il produisait des abcès dans le poumon. Ces expériences furent répétées et confirmées par divers observateurs, parmi lesquels on peut citer Günther, d'Arcet, Castelneau et Ducrest et surtout Sédillot.

Avec les recherches de M. Chauveau, la question devint plus précise. Ce savant démontra en 1872 que les propriétés phlogogènes du pus dépendent non pas du sérum, mais des parties solides; il fit voir de plus que les globules de pus ont une propriété spéciale, car il ne survient pas de suppuration, quand on injecte des matières minérales ou des cellules provenant des ganglions lymphatiques.

Tous ces résultats semblaient expliquer le mécanisme des abcès métastatiques; restait à déterminer la nature et la cause du foyer primitif.

Lister invoqua l'influence des germes extérieurs, mais il supposa que la suppuration pouvait reconnaître d'autres causes, par exemple l'action des agents chimiques ou d'un trouble nerveux. A partir de cette époque, l'attention est attirée vers le rôle des infiniment petits; aussi les travaux se succèdent-ils rapidement. En 1875, M. Bergeron constata la présence de *vibrions* dans le pus des abcès chauds. En 1878, M. Pasteur décrivit un diplocoque pyogène; mais il admit que cet organisme n'agit que comme corps étranger; car, d'après lui, la suppuration

peut être produite par l'introduction dans les tissus d'un corps solide stérilisé par la chaleur, tel que le charbon ou la laine.

A la même époque une autre idée prenait naissance. Kocher, examinant un grand nombre d'abcès, y trouva constamment des bacilles; aussi fut-il porté à conclure qu'il n'y a probablement pas de suppuration sans microbes. Ce fut aussi l'opinion de Cheyne, de Koch et de M. Cornil.

Ces microbes de la suppuration furent bientôt isolés et étudiés grâce aux travaux de Ogston, de Rosenbach, de Tilanus, de Passet et de beaucoup d'autres. Aujourd'hui nous savons qu'il existe un très grand nombre de bactéries pyogènes: les unes ne semblent pas avoir d'autres propriétés sur l'organisme: les principales de ce groupe sont représentées par les *staphylococcus pyogenes aureus*, *albus* et *citreus*, le *streptococcus pyogenes*, le *bacillus pyogenes fœtidus*, etc.; d'autres peuvent accidentellement amener la suppuration: c'est ce que pourrait faire quelquefois le microbe typhique; c'est ce que déterminerait la bactéridie charbonneuse inoculée à des animaux réfractaires à cette maladie.

Que le pus puisse se développer sous l'influence des microbes, c'est là un point tellement bien établi que nous n'avons pas à le discuter. Mais trois questions se posent qui méritent de nous arrêter: La suppuration peut-elle être produite sans l'intervention des microbes? L'introduction des microbes pyogènes est-elle fatalement suivie de la production d'un foyer purulent ou est-il nécessaire de faire intervenir diverses causes adjuvantes? Enfin par quel mécanisme les bactéries peuvent-elles amener la suppuration?

I

Hueter et ses élèves Dembczak, Rausche, Hallbauer furent les premiers qui essayèrent de déterminer de la suppuration au moyen de subtances aseptiques. Ils injectaient sous la peau une certaine quantité d'une solution de nitrate d'argent ou de chlorure de zinc; il ne survint pas d'abcès et les auteurs conclurent qu'il n'y a pas de pus sans microbes.

En 1883, M. Straus fit connaître le résultat de quarante expériences pratiquées sur des lapins, des cobayes et des rats. L'auteur avait introduit sous la peau les substances les plus diverses: essence de térébenthine, huile de croton, eau stérilisée, mercure, morceaux de drap ou de moelle de sureau. Jamais il n'y eut de suppuration, sauf lorsque des germes avaient pénétré accidentellement; dans ce dernier cas le pus contenait des microbes caractéristiques.

Des résultats semblables furent obtenus par plusieurs autres expérimentateurs; Recklinghausen, en introduisant sous la peau ou dans la cornée de l'acide phénique, ou du nitrate d'argent, n'obtint que des résultats négatifs. Même insuccès dans les expériences de Ruijs, qui injectait dans la chambre antérieure de l'œil du lapin de la térébenthine ou du pétrole; il se faisait un exsudat fibrineux, mais celui-ci se résorbait au bout de peu de temps.

En 1885, la faculté de médecine de Berlin mit la question au concours. Klemperer remporta le prix: il avait constaté que la cantharidine, l'essence de moutarde, le pétrole déterminaient une inflammation très vive, sans suppuration; l'huile de croton, le mercure, la térébenthine à petites doses, produisaient des exsudations séreuses; introduites à hautes doses, ces substances provoquaient un exsudat fibrineux avec nécrose de coagulation; mais ici encore il n'y avait pas de pus.

Nous pourrions citer aussi les expériences de Scheurlen, de Knapp, de Tricomi, de Zuckermann; toutes tendent à faire admettre qu'il n'y a pas de suppuration aseptique. Et pourtant Zuckermann n'a pas étudié moins de trente et une substances; il a fait soixante-huit expériences sur des chiens, des lapins et des souris et n'a jamais observé de pus sans microbes.

Les nombreux travaux que nous venons de résumer, faits avec beaucoup de soin et par des expérimentateurs habiles, semblent au premier abord suffire à juger la question. Malheureusement nous pouvons citer maintenant toute une autre série de recherches, qui vont nous amener à des conclusions diamétralement opposées. C'est ainsi que Riedel obtint une suppuration aseptique en injectant du mercure dans le genou du lapin; Cohnheim en introduisant de l'huile de croton sous la peau du chien. Councilman reprit la question et eut recours à un procédé fort ingénieux: la substance à étudier était introduite dans un tube en verre qu'on fermait ensuite à ses deux bouts: on insérait le tube sous la peau de l'animal et on le brisait, quand la petite plaie était cicatrisée. De cette façon, l'auteur, en employant des mélanges d'huile de croton et d'huile d'olive, obtint chez le lapin du pus sans micro-organismes.

En opérant sur le chien, Uskoff reconnut qu'il peut y avoir une suppuration stérile, quand on injecte sous la peau de grandes quantités d'eau distillée ou d'huile d'olive, mais la substance pyogène par excellence, c'est l'essence de térébenthine, qui donne toujours un résultat positif. Ces expériences furent reprises par Orthmann: avec l'eau, le lait, l'huile, le résultat fut négatif, et pourtant l'auteur injectait sous la peau des chiens jusqu'à 300 grammes de ces substances, mais le mercure et la térébenthine déterminèrent une suppuration abondante, dépourvue de microbes.

C'est à Grawitz et de Bary que nous sommes redevables du meilleur travail sur ce sujet. Ces auteurs ont démontré que chez le lapin et le cobaye, on ne peut déterminer de la suppuration sans microbes; mais chez le chien, il n'en est pas de même. Le nitrate d'argent en solution à 5 pour 100, l'ammoniaque concentrée et surtout la térébenthine ont pu amener des abcès aseptiques.

N'y a-t-il pas dans ces expériences l'explication de bien des résultats contradictoires? Comme l'a très bien fait remarquer Rosenbach, la faute fondamentale des premiers expérimentateurs est d'avoir généralisé à toute la série animale les résultats obtenus sur une seule espèce. Diverses substances, particulièrement le mercure et la térébenthine sont pyogènes chez le chien, tandis qu'elles sont simplement phlogogènes pour le lapin et le cobaye.

Tout récemment, M. Christmas, dans un intéressant travail, a confirmé cette importante distinction. Chez le lapin, l'essence de térébenthine, le mercure, le pétrole, le chlorure de zinc, la glycérine, le nitrate d'argent n'ont pas produit de suppuration, soit qu'on eût introduit la substance étudiée sous la peau, soit qu'on l'eût injectée dans la chambre antérieure de l'œil. Dans ce dernier cas pourtant, le mercure amène une suppuration abondante, qui s'arrête quand le globule métallique se trouve entouré de toutes

parts par l'exsudat purulent et ne peut ainsi continuer à exercer son action nocive. Chez le chien, M. Christmas a amené la suppuration en injectant du nitrate d'argent, de la térébenthine ou du mercure.

La question semble donc résolue, surtout pour certaines espèces animales; il peut y avoir des suppurations, produites par des substances chimiques, en dehors de l'intervention des agents animés.

II

Les microbes n'en restent pas moins la vraie cause de la suppuration. Aussi est-il important d'examiner de plus près leur mode d'action et de préciser dans quelles conditions ils peuvent exercer leur influence nocive.

Les expériences que Garré et Zuckermann ont faites sur eux-mêmes mettent hors de doute l'action pyogène du *staphylococcus aureus* chez l'homme bien portant. Sur la peau légèrement érodée, ou même complètement saine, ces auteurs ont appliqué des cultures de ce microbe : il s'est développé des panaris, des furoncles, un anthrax. Quand il n'y a pas eu de traumatisme préalable, on doit admettre que l'agent pathogène pénètre par les canaux excréteurs des glandes cutanées. Mais, dans la plupart des cas, la suppuration est consécutive à une plaie des téguments. Or, de nombreuses expériences démontrent que l'introduction des germes pyogènes n'est pas fatalement suivie de la production du pus. Il est certaines circonstances qui favorisent l'action nocive des microbes et avant tout il faut tenir compte du nombre des agents introduits.

Fehleisen a montré qu'une petite quantité du *staphylococcus aureus* ou du *streptococcus* injectée sous la peau n'amène aucun accident. Pour produire un abcès, il est nécessaire d'injecter 1 centimètre cube de culture. Si l'on force la dose et qu'on introduise 5 centimètres cubes, l'animal succombe en dix-huit ou trente heures, sans qu'il se produise de suppuration.

Watson Cheyne a obtenu des résultats semblables : il ne faut pas moins de 250 000 000 de coques pour amener un abcès chez le lapin; la mort survient rapidement si on en injecte 1 000 000 000. Cheyne a étudié l'action du *proteus vulgaris*, qui lui aussi exerce chez le lapin et le cobaye une action pyogène; il a reconnu que l'introduction de 225 000 000 de microbes amène la mort en vingt-quatre ou trente heures; si l'on injecte 56 000 000, il se produit un abcès fort étendu et l'animal succombe en six ou huit semaines; avec 8 000 000, l'abcès est plus petit et l'animal survit. Au-dessous de cette dose, il ne survient pas d'accident.

Odo Bujwid donne des chiffres encore plus élevés. D'après lui, il ne survient pas de suppuration, quand on injecte 1 000 000 000 de staphylocoques chez le lapin ou le rat, 100 000 000 chez la souris. Il peut même se faire que la dose de 8 000 000 000 soit insuffisante pour le lapin, tandis que pour le rat elle est toujours mortelle.

Si ces résultats peuvent s'appliquer à l'homme, nous pouvons conclure que les microbes déterminent difficilement la suppuration, lorsqu'ils s'attaquent à un organisme sain, et nous sommes conduits à rechercher quelles sont les conditions qui permettent aux agents pathogènes de triompher dans la lutte qu'ils engagent. Ici encore l'expérimentation a permis de serrer de près le problème et de préciser l'influence des causes secondaires.

Grawitz, après avoir reconnu que l'injection des microbes pyogènes dans la cavité abdominale n'amène pas de suppuration, a montré que celle-ci survient lorsque les microbes sont suspendus dans un liquide caustique, lorsque le péritoine contient de la sérosité dans laquelle les parasites trouvent un milieu de culture, lorsque la quantité de liquide injecté dépasse le pouvoir absorbant de la séreuse, enfin lorsque le péritoine est déjà malade ou qu'une plaie extérieure, par exemple la piqûre qu'on a faite pour l'introduction des bactéries, permet l'entrée de l'air. Si l'injection est faite dans le tissu cellulaire sous-cutané, les résultats sont les mêmes. Il faut donc, pour obtenir la suppuration dans une partie saine, introduire avec les microbes une substance qui diminue la résistance du tissu animal et permette ainsi la végétation de l'agent pathogène : parmi les substances qui réalisent cette condition on peut citer l'huile de croton, l'ammoniaque, l'essence de moutarde, la cantharidine, le sucre. Ce dernier corps mérite de nous arrêter un instant; son action a été bien mise en évidence dans un travail fort intéressant de Odo Bujwid. D'après cet expérimentateur la quantité de staphylocoques qui pure n'est pas nuisible, amène un abcès si on introduit en même temps 1 centimètre cube d'une solution de glycose à 25 pour 100. Si la solution est à 12 pour 100, une injection ne suffit pas : il faut la répéter pendant quatre jours de suite; le résultat est négatif si l'on commence les injections quatre jours après l'introduction du microbe. Enfin, après avoir injecté du sucre dans les veines, si l'on introduit le microbe sous la peau, il se produit une gangrène cutanée que l'auteur rapproche des gangrènes diabétiques. Il va sans dire que Bujwid s'est assuré qu'on n'obtient aucun résultat analogue en injectant les solutions sucrées pures ou en employant un liquide indifférent tel qu'une solution de sel marin.

A côté de ces diverses substances chimiques, qui agissent en troublant la vitalité des tissus, on peut placer les diverses altérations relevant d'un agent physique ou d'un trouble physiologique. Ainsi la suppuration est favorisée par le refroidissement, l'embolie, la ligature des artères, le traumatisme. L'influence du traumatisme a été mise en évidence par les expériences où l'on a vu les microbes de la suppuration, injectés dans les veines, aller se fixer sur les tissus préalablement lésés: c'est, par exemple, ce qu'on a pu faire pour l'endocarde et la moelle osseuse. Le résultat a du reste une portée générale, car on peut observer des faits analogues avec d'autres microbes, et particulièrement avec ceux de la pneumonie et de la tuberculose.

Ces recherches récentes doivent être rapprochées de celles qu'avait publiées autrefois M. Chauveau; tout le monde se rappelle la célèbre expérience, dans laquelle ce savant a fait voir que l'opération du bistournage, suivie de l'injection intra-veineuse du bacille de la septicémie gangreneuse, permet au microbe de se développer dans le testicule lésé. De même, plus récemment, MM. Arloing, Cornevin et Thomas ont montré qu'un échantillon atténué de charbon symptomatique peut retrouver sa virulence, quand on l'injecte avec une petite quantité d'acide lactique. Discutant ce remarquable résultat, MM. Nocard et Roux ont reconnu que la substance chimique agit en altérant profondément le tissu musculaire, et de cette façon assure la victoire au micro-organisme qui n'aurait pu vaincre la résistance d'un tissu normal.

Tous ces faits ont une grande portée en pathologie générale et nous semblent de nature à expliquer bien des phénomènes observés en clinique. Peut-être même servent-ils

à comprendre la pathogénie des abcès métastatiques. Rinne fait justement remarquer que la production d'un foyer purulent, la pullulation des microbes, le développement d'une phlébite sont des conditions insuffisantes. Pour que les germes lancés dans la circulation se localisent, il faut au préalable une altération mécanique ou chimique des tissus, une déchéance de l'organisme favorisée par les produits morbides, qui peuvent, dans quelques cas, prendre naissance au niveau du foyer primitif.

III

Ce que font les agents chimiques et physiques, les microbes peuvent le faire également, grâce aux substances phlogogènes qu'ils sécrètent. Cette propriété est démontrée pour plusieurs espèces bactériennes, et tout récemment M. Arloing en a fait connaître un nouvel exemple. Les humeurs naturelles ou les cultures de la péripneumonie possèdent, après stérilisation, un pouvoir irritant très marqué; introduites sous la peau, elles déterminent un œdème considérable. Le résultat semble devoir être attribué à un ferment, qui est détruit par la chaleur, retenu par le filtre de porcelaine, qui précipite par l'alcool absolu, et se redissout dans l'eau et la glycérine.

Il est d'autres produits microbiens qui possèdent des propriétés analogues. Ainsi, dans un travail récent, Scheurlen a étudié l'action de l'extrait stérilisé de viandes pourries. Il a employé la méthode de Councilman, c'est-à-dire qu'il a introduit le liquide au moyen de petits tubes de verre qu'il insérait sous la peau et qu'il brisait après cicatrisation de la plaie cutanée. En tuant les animaux au bout de trois ou quatre semaines, il a trouvé à chaque bout du tube une masse jaunâtre, épaisse, ayant les caractères microscopiques du pus: ce foyer ne contenait pas de microbes et n'avait aucune tendance à s'étendre; il restait limité au point de l'injection. Ce résultat fort intéressant demandait un complément de recherches, car on sait combien sont nombreuses les substances qui prennent naissance dans les matières pourries. Grawitz a tenté ce travail analytique en employant une ptomaïne de la putréfaction, la cadavérine de Brieger. Suivant la dose introduite, il a observé chez le chien une tuméfaction œdémateuse ou une suppuration vraie. Pour obtenir ce dernier résultat, il faut employer 1 centimètre cube d'une solution à 8 pour 100 ou 2 centimètres cubes d'une solution à 50 pour 100 : si l'abcès s'ouvre au dehors, il se développpe secondairement des microbes. Grawitz a fait voir encore qu'en introduisant simultanément la cadavérine et des staphylocoques ou des streptocoques, on obtient un violent phlegmon : les deux agents pyogènes agissent donc synergiquement et se prêtent un mutuel concours. Tout récemment Behring a obtenu également de la suppuration avec la cadavérine; mais celle-ci faisait défaut lorsque en même temps que l'alcaloïde on injectait une certaine quantité d'iodoforme. Il est probable qu'il se produit alors une précipitation et partant une neutralisation de la base. Peut-être faut-il invoquer ce fait pour expliquer l'action favorable que l'iodoforme exerce sur les plaies, malgré son faible pouvoir antiseptique.

Tout à fait semblables sont les résultats qu'a obtenus Fehleisen en opérant avec l'extrait d'une cuisse frappée de gangrène. En ajoutant une trace de staphylocoques à cet extrait, l'auteur a constaté que 2 centimètres cubes amènent un abcès local; avec 5 centimètres cubes il se produit une suppuration abondante, entraînant l'amaigrissement et aboutissant à la mort au bout de cinq semaines; enfin, 1 centimètre cube fait succomber l'animal en seize jours. Dans tous les cas, on ne trouve pas de suppuration dans les organes internes.

Cette action adjuvante des produits de sécrétion des divers microbes ressort très nettement des expériences qu'on a faites avec le *prodigiosus*. Grawitz et de Bary ont montré en effet qu'on amène la suppuration lorsqu'on injecte une petite quantité d'une culture stérilisée du *prodigiosus* et une trace de *staphylococcus aureus*. Cette action nocive du *prodigiosus* est telle qu'elle peut permettre le développement de certains microbes auxquels l'animal est réfractaire. C'est ce que nous avons montré pour une variété de gangrène gazeuse qui n'agit pas sur le lapin, mais amène sûrement la mort de cet animal quand on injecte en même temps une certaine quantité de *prodigiosus*. Les résultats sont identiques quand on associe le *prodigiosus* au charbon symptomatique, maladie à laquelle le lapin est également réfractaire dans les deux cas, le *prodigiosus* agit en sécrétant une substance nocive, qui, par son insolubilité dans l'alcool et sa solubilité dans la glycérine, se rapproche des ferments solubles.

A propos de ces actions nocives locales, nous pourrions citer encore les résultats si importants qu'ont obtenus MM. Roux et Yersin avec le microbe de la diphthérie. Cet organisme sécrète un poison qui peut agir sur toute l'économie et déterminer des paralysies analogues à celles qu'on observe en clinique; mais il produit en outre une substance nocive, amenant au point injecté de l'œdème et des altérations nécrobiotiques.

Les faits que nous avons rapportés en dernier lieu semblent nous éloigner de notre sujet; ils nous y ramènent, au contraire, en nous montrant que certaines substances microbiennes possèdent des propriétés phlogogènes, et nous portent à rechercher si la suppuration ne relève pas toujours des produits sécrétés par les bactéries du pus. C'est ce que démontrent en effet quelques travaux récents.

Grawitz et de Bary, Scheurlen, Leber, Christmas ont fait voir que la suppuration peut être produite quand on injecte sous la peau ou dans la chambre antérieure de l'œil des cultures stérilisées du *staphylococcus aureus*. Mais le pus ainsi produit ne possède pas de propriétés infectantes : inoculé dans la chambre antérieure d'un autre lapin, il ne tarde pas à se résorber sans amener aucun phénomène réactionnel.

Pour Leber, la substance pyogène se rapproche des alcaloïdes : c'est une matière cristallisable, soluble dans l'alcool, et possédant au plus haut degré le pouvoir inflammatoire et nécrobiotique. L'auteur lui donne le nom de phlogosine et la distingue des alcaloïdes inactifs trouvés dans le pus par Brieger. Tout autre est le produit séparé par Christmas : c'est une substance qui précipite par l'alcool, se redissout dans l'eau, et de même que les ferments solubles, est détruite par le chauffage à 120 degrés; pourtant elle traverse facilement le filtre de porcelaine. Son injection dans la chambre antérieure du lapin amène l'œdème de la conjonctive, la décoloration de l'iris et une légère suppuration.

On peut donc conclure de toutes ces recherches que les microbes amènent la suppuration, non pas en agissant en tant qu'éléments vivants, mais en sécrétant des substances irritantes. Ces substances, dont la plupart rentrent dans le

groupe des zymases, doivent peptonifier la matière fibrinogène, ce qui explique la présence de peptones dans le pus et la non-coagulation de la fibrine (Klemperer).

Nous voyons donc que les travaux récents nous ramènent aux anciennes idées humorales : le pus nous apparaît comme produit par la réaction de l'organisme vis-à-vis d'une matière phlogistique : qu'elle soit produite par des subtances inorganiques ou des agents animés, qu'elle soit aseptique ou microbienne, la suppuration relève toujours du même processus. Les causes peuvent être multiples, le mécanisme est unique.

G.-H. Roger.

REVUE DES COURS ET DES CLINIQUES

HÔPITAL NECKER.—SERVICE DE M. LE PROFESSEUR GUYON.

Exploration manuelle du rein.

Le rein, dont l'étude chirurgicale est aujourd'hui à l'ordre du jour, manifeste sa souffrance par des troubles fonctionnels divers, portant soit sur l'appareil urinaire, soit sur des appareils divers, plus ou moins éloignés. L'étude approfondie de ces symptômes est indispensable, mais elle ne saurait suffire au chirurgien. L'intervention opératoire ne saurait être entreprise si l'on n'a fait au préalable une enquête approfondie sur l'état local, sur la sensibilité, le volume, la mobilité du rein incriminé, sur l'unilatéralité ou la bilatéralité de ces lésions. Autant de questions que l'exploration physique peut seule résoudre.

I. *Règles générales de l'exploration.* — Les reins sont enfoncés dans les hypochondres. Ils sont séparés de l'explorateur en arrière par la masse sacro-lombaire; en avant par les muscles et les viscères abdominaux. En haut, ils sont enserrés par la ceinture costale. Ces premières constatations anatomiques font déjà pressentir que le rein normal ne doit pas être senti par la palpation. C'est vrai, sauf chez quelques femmes, en petit nombre, où l'on peut atteindre l'extrémité inférieure du rein droit.

La *position du malade* a de l'importance. En général, on recommande le décubitus abdominal, et l'on explore la région lombaire. Depuis une vingtaine d'années, M. Guyon préconise le décubitus dorsal, sans flexion des jambes : c'est en effet la seule position où les muscles soient tous relâchés. Or les muscles et leur contraction sont ici l'ennemi. Le malade ainsi disposé, si l'on place une main sur l'abdomen et si l'on appuie en mesure, en faisant une pression à chaque expiration, on pénètre bien vers la profondeur, à condition de ne s'enfoncer que peu à peu. Dans cette manœuvre, on aura soin de faire glisser sous le rebord costal un ou deux doigts coiffés par la paroi abdominale antéro-latérale. On s'approche ainsi beaucoup de la paroi antérieure du rein.

Cette simple *palpation antérieure* ne fournit pas des renseignements suffisants. Elle méconnaît les petites tumeurs; elle détermine mal le siège des grosses. Il est nécessaire de lui associer l'exploration de la face postérieure. Pour cela, on doit avant tout savoir avec précision en quel point il faut chercher le rein. Or cet organe est situé tout contre la colonne vertébrale, et sa face postérieure, un peu au-dessus du hile, est appliquée contre la douzième côte, que son extrémité inférieure déborde. La douzième côte se sépare à angle très aigu du corps de la douzième vertèbre dorsale. C'est là, dans l'angle costo-vertébral, au sommet de cet angle, que l'on arrive constamment sur le rein à travers les parties molles, après dissection et section de la masse sacro-lombaire et du carré des lombes.

A travers une telle épaisseur de muscles, la palpation est impossible. M. Glénard (de Lyon) a proposé une manœuvre spéciale. Le malade étant couché sur le dos, les quatre derniers doigts sont glissés aussi haut que possible dans l'angle costo-vertébral; le pouce est appliqué sous les côtes et s'avance en cadence, en suivant les mouvements d'expiration. On arrive ainsi à pincer pour ainsi dire le rein. C'est exact sur un sujet maigre; mais sur un sujet à ventre un peu gros la manœuvre devient infidèle. En outre, un seul doigt perçoit en avant les sensations à analyser. En réalité, il faut s'adresser ici à la *palpation bimanuelle* franche, à l'aide du maximum possible de doigts. Une main sera donc appliquée en arrière, dans l'angle costo-vertébral; l'autre, mise sur le ventre, près de la ligne médiane, puisque le rein est près du rachis, tâchera de s'enfoncer pour aller à la rencontre de la première. Mais dans cette longue traversée les obstacles sont nombreux, dus surtout à la contraction musculaire. Un artifice spécial permettra de les éluder au moment voulu.

II. Telles sont les règles générales. En les appliquant il faut déterminer : 1° la sensibilité du rein; 2° son augmentation de volume ; 3° sa diminution de volume ; 4° sa mobilité et ses déplacements; 5° sa consistance.

1° *Sensibilité.* — Cette étude est aisée. Il suffit de faire une pression localisée, avec un ou deux doigts, au sommet de l'angle costo-vertébral. A l'état normal, la souffrance est nulle. Presque toujours, à l'état pathologique, la simple pression postérieure révèle une exagération même légère de la sensibilité. Dans les cas douteux, il sera utile de lui associer une pression en avant.

2° *Augmentation de volume.* — A l'état normal, on ne sent pas le rein. Si donc on le sent, c'est qu'il est gros ou déplacé. Mais, vu la défense musculaire et l'épaisseur des parties, le simple palper bimanuel n'atteint le rein que si l'augmentation de volume est déjà notable : or il est surtout important d'apprécier les petites tumeurs. Ici intervient la manœuvre spéciale du ballottement. La main antérieure, appliquée près de la ligne médiane, est peu à peu enfoncée sous les côtes, comme il a été dit. La main postérieure, insinuée dans l'angle costo-vertébral, imprime alors à la région lombaire une série de secousses. A chaque fois, le rein vient au contact de la main antérieure. La brusquerie de l'exploration surprend la vigilance des muscles. Mais elle reste en défaut lorsqu'un état douloureux notable du rein a accru cette vigilance. Dans ces conditions, l'examen sous le chloroforme doit être pratiqué.

3° *Diminution de volume ou absence.* — Ainsi, avec ou sans chloroforme, on arrive toujours à reconnaître si un rein est gros. Il n'en est malheureusement pas de même pour la diminution de volume, pour l'absence unilatérale, si importantes cependant à reconnaître avant d'opérer. La palpation bimanuelle, le pincement de Glénard échouent. On a parlé de la percussion lombaire : M. Guyon n'a pu percevoir aucune différence de sonorité d'un côté à l'autre sur un sujet auquel il avait, quelque temps auparavant, fait la néphrectomie. Peut-être l'incision lombaire exploratrice fournira-t-elle des notions utiles. M. Récamier a entrepris des recherches sur ce point à l'occasion de sa future thèse inaugurale; deux fois, sur le cadavre, l'exploration digitale au fond d'une incision lombaire lui a révélé l'atrophie du rein. Peut-être sera-t-on donc autorisé à recourir à cette opération bénigne lorsque l'on soupçonnera la possibilité d'une atrophie rénale. Le point faible, il est vrai, est qu'on obtient ainsi un renseignement anatomique et non physiologique.

4° *Mobilité.* — Les détails suivants sont importants pour reconnaître si la tumeur est bien rénale; si c'est un rein volumineux ou seulement un rein déplacé.

La mobilité lombo-abdominale est tout simplement le ballottement. Elle n'existe que dans les tumeurs du rein.

Sa constatation indique, en outre, que le rein n'a pas perdu le contact de la paroi lombaire. M. Guyon avait cru, au début, qu'elle était la preuve d'une tumeur libre, non adhérente; il a reconnu depuis que cette conclusion est erronée.

La mobilité abdominale peut être transversale ou verticale. Transversale, c'est le degré maximum, et alors elle est toujours associée à la mobilité verticale, c'est-à-dire à la possibilité de faire descendre la tumeur en insinuant la main sous les fausses côtes. Cette association est pathognomonique d'une tumeur rénale. La mobilité verticale seule est déjà presque pathognomonique.

On doit dire qu'il y a mobilité abdomino-lombaire lorsque le rein saisi entre les deux mains s'échappe, pour ainsi dire, comme un noyau de cerise pressé entre deux doigts, pour rentrer brusquement dans sa loge lombaire. C'est un symptôme caractéristique du rein flottant, mais il n'y est pas constant. Lorsqu'il fait défaut, il est vrai, on peut admettre une disposition anatomique un peu anormale. Il est probable que le rein s'est pédiculisé dans l'abdomen avec un repli péritonéal formant méso. Une tentative de néphrorrhaphie a conduit récemment M. Guyon sur un rein de cette espèce.

Ces recherches doivent être faites sur le sujet couché, assis ou même debout, car souvent le premier degré de l'ectopie rénale n'est appréciable que si la pesanteur intervient pour l'exagérer. Des coupes faites par M. Tuffier sur des cadavres congelés ont démontré que cette action de la pesanteur sur le rein est indéniable.

La palpation permet enfin de savoir si la tumeur obéit aux mouvements respiratoires. Il est imprimé partout qu'il n'en est rien. Cela est absolument faux. Au courant d'une néphrotomie, M. Guyon a vu le rein s'élever et s'abaisser alternativement pendant l'inspiration et l'expiration. Ce caractère ne saurait donc faire exclure l'idée de tumeur rénale. M. Glénard va cependant un peu loin quand il pense sentir l'extrémité inférieure du rein passer et repasser dans l'anneau vivant que forment, dans son mode de palper, ses quatre doigts et son pouce.

5° *Consistance*. — La consistance s'apprécie mal, car ici on ne peut fixer la tumeur en arrière contre un plan suffisamment résistant. On reconnaît assez bien la rénitente, mais souvent la fluctuation échappe. Le ballottement fait percevoir les inégalités de la surface. La ponction exploratrice n'est que rarement indiquée, car en avant le trocart risque de blesser l'intestin et en arrière la peau est bien loin du rein.

En général, pourtant, on arrivera à diagnostiquer la nature de la tumeur, mais ce sera surtout en s'appuyant sur les symptômes subjectifs et la marche de la maladie. C'est un côté de la question que M. Guyon a volontairement passé sous silence dans les deux leçons que nous venons de résumer.

A. B.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale.

Des kystes hydatiques supérieurs du foie, par M. le docteur Eug. Bœckel, chirurgien de l'hôpital civil de Strasbourg.

M. Segond, dans son intéressante communication au troisième Congrès français de chirurgie (1888, p. 529), distingue quatre espèces de kystes du foie selon leur siège : 1° les *antéro-inférieurs;* 2° les *antéro-supérieurs;* 3° les *postéro-supérieurs* ou *sous-diaphragmatiques;* 4° les *postéro-inférieurs*, très rares.

Mais ses kystes antéro-supérieurs ne méritent guère ce nom, puisqu'il dit « qu'ils sont d'habitude intra-hépatiques dans la plus grande partie de leur étendue, ou même complètement enfouis dans le parenchyme glandulaire... On doit en général les découvrir par une incision parallèle au rebord des fausses côtes d'après la méthode dite de Lindemann-Landau. »

La place de l'incision montre déjà qu'il ne s'agit pas de kystes véritablement supérieurs et je préfère les nommer *kystes intra-hépatiques* ou *centraux*, qui ne font de saillie notable sur aucune des surfaces du foie, en opposition avec les *kystes inférieurs* qui proéminent à la face inférieure du foie dans la cavité péritonéale au point de simuler quelquefois des kystes ovariques et avec les *kystes supérieurs* qui débordent vers la cavité thoracique en refoulant le diaphragme plus ou moins haut; dans mon observation c'était jusqu'à la troisième côte.

Je propose donc la classification suivante en trois espèces, qui me paraît plus claire et plus simple que celle de Segond :

1° *Kystes inférieurs* développés vers la cavité péritonéale, de beaucoup les plus fréquents ;

2° *Kystes intra-hépatiques* ou *centraux ;*

3° *Kystes supérieurs, diaphragmatiques*, qui font saillie dans la cavité thoracique, coiffés par le diaphragme et qui ne peuvent être attaqués que par une résection de côte.

Ces derniers kystes sont rares puisque Segond n'a pu en réunir que quatre cas, dont le premier a été opéré par Israël en 1879. Il y a joint deux observations personnelles dont l'une surtout est remarquable par la complication d'un abcès pulmonaire et d'une fistule bronchique. Enfin la malade dont je vais rapporter l'histoire serait jusqu'à présent le septième cas connu de cette affection.

Obs. — *Kyste hydatique suppuré du foie montant jusqu'à la troisième côte. Incision directe après résection costale. Guérison.* — Mme H..., boulangère, de Bischheim, âgée de quarante-huit ans, mère de quatre enfants, généralement bien portante, tombe malade en mars 1888. Son médecin, le docteur Adam, constate une hypertrophie du foie avec périhépatite et légère jaunisse qui disparait et revient à plusieurs reprises.

En juillet elle éprouve de petits frissons suivis d'une fièvre continue et est obligée de s'aliter. Au commencement d'août il s'y joint un point de côté assez violent; elle se fait admettre à la maison des diaconesses, où le docteur Münch qui la prend en traitement constate un épanchement pleurétique à droite. Après plusieurs jours de traitement, voyant que la fièvre persistait, il fait une ponction avec la seringue de Pravaz et ramène de la sérosité avec des flocons de pus épais.

Le 14 août, je vois la malade avec le docteur Münch; nous concluons à un empyème qui devra être opéré le lendemain.

Etat actuel. — La malade est pâle, très amaigrie, ne tousse pas. Le côté droit du thorax est dilaté. En arrière il est mat à la percussion jusqu'à l'épine de l'omoplate. Souffle lointain en bas, absence de vibrations. En avant la matité très compacte part de la troisième côte et se confond avec celle du foie. Celui-ci descend très bas dans le ventre, nous supposons que c'est par refoulement. Son bord inférieur part du milieu des fausses côtes gauches, passe à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic et descend jusque près de la crête iliaque droite. Le foie est ferme, presque dur, peu douloureux à la pression. Le teint de la malade est jaunâtre, mais les sclérotiques ne sont pas ictériques; l'urine n'est pas foncée; néanmoins les selles sont décolorées, grisâtres. La température monte tous les soirs au delà de 39 degrés jusqu'à 40°,2; le matin elle oscille entre 38 degrés et 38°,5.

Opération le 15 août 1888 avec les docteurs Münch et Adam. Nettoyage de la peau, anesthésie, incision de 10 centimètres sur le milieu de la septième côte droite. Résection de 6 centimètres de cette côte. Avec la rugine je déchire la plèvre vers l'angle postérieur de la plaie, mais au lieu de pus, il en jaillit à notre grand étonnement un litre et demi à deux litres de sérosité citrine, transparente. Les trois quarts antérieurs de la plaie laissent voir le foie recouvert par le diaphragme avec son centre aponévrotique. En introduisant l'index bien désinfecté en arrière dans la plèvre je reconnais que le foie remonte

dans la cavité thoracique jusqu'au niveau de la troisième côte. C'est dans cet organe que doit se trouver le pus ramené par la ponction exploratrice, puisqu'il n'y en a pas dans la plèvre. J'y plonge donc une aiguille de Pravaz et la seringue se remplit instantanément de pus; celui-ci suinte même à côté de l'aiguille.

Avant d'aller plus loin, je vide bien la plèvre et j'essuie ses parois avec des bourdonnets de mousseline imbibés de sublimé et montés sur des pinces; puis, de peur que le pus n'y pénètre, je ferme l'ouverture de la séreuse avec des sutures perdues au catgut comprenant les muscles.

Alors seulement je plonge un bistouri dans le foie à travers le diaphragme; il en jaillit un flot de pus à plus d'un mètre de distance et j'élargis l'ouverture à 5 centimètres. Le pus est mêlé de centaines de vésicules d'échinocoques depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'une noix; sa quantité est évaluée à plus de deux litres. De droite à gauche une sonde pénètre à 14 centimètres de profondeur, dans le sens antéro-postérieur à 9 centimètres.

Je ramonne alors l'intérieur de cette vaste cavité avec des bourdonnets de mousseline au sublimé et j'en ramène de grands lambeaux blanchâtres de la paroi kystique; puis j'y place deux gros tubes. Suture de la plaie extérieure autour des tubes. Pansement.

Le soir de l'opération la malade se sent très soulagée, mais il faut déjà changer le pansement qui est imbibé de sérosité bilieuse.

17 août. Les tubes donnent issue à une forte quantité de sérosité et de mucosités bilieuses sans pus; il faut les raccourcir parce qu'ils débordent la plaie. La malade se sent bien, n'a plus de fièvre, ses selles sont redevenues jaunes.

22 août. Suppression des sutures et des tubes. La plaie fournit de la bile presque pure sans apparence de pus. La sonorité et le bruit respiratoire sont revenus dans le côté droit presque jusqu'en bas.

25 août. Depuis deux jours un peu de fièvre causée par une petite collection purulente sous la partie postérieure de l'incision, qu'on fend d'un coup de bistouri.

Le 31 août, la plaie est presque fermée et ne donne plus de bile, mais il y a de nouveau un mouvement de fièvre qui fait monter le thermomètre le soir jusqu'à 39°,7. En auscultant la malade on découvre un foyer pleurétique en arrière et à droite: matité, souffle, pas de toux ni d'expectoration. L'appétit est conservé.

5 septembre. En faisant le pansement on voit sourdre un filet de pus d'un point de la plaie. La sonde cannelée y pénètre en haut et en arrière vers le foyer de la matité. J'élargis le trajet en y forçant le petit doigt et il s'en écoule 250 grammes de pus crémeux. Drainage. C'est probablement un abcès sous-pleural, plutôt que pleural.

A partir de ce moment la fièvre disparaît définitivement et la convalescence marche sans accrocs.

Le 1er octobre la malade rentre chez elle entièrement guérie, ayant repris des forces et de l'embonpoint.

Le 12 novembre elle se représente en parfaite santé. Par la percussion je m'assure de l'état du foie; il s'étend de la cinquième côte à un faible centimètre au-dessous du rebord des fausses côtes et ne dépasse plus la ligne médiane. Il a donc repris à peu près ses dimensions normales. La cicatrice forme un sillon fortement déprimé. Le bruit respiratoire s'entend de nouveau à droite dans toute la hauteur de la poitrine.

Diagnostic des kystes hydatiques supérieurs du foie. — Sans ponction exploratrice suffisante le diagnostic de ces kystes est très difficile à faire et on les confondra le plus souvent avec un épanchement pleurétique. En effet, dans les deux affections le côté droit de la poitrine est le siège d'une matité qui monte plus ou moins haut; il y a absence de vibrations thoraciques, et, si le foie déborde les fausses côtes, on peut l'attribuer à son refoulement par la pleurésie aussi bien qu'à son hypertrophie à la suite d'un kyste.

Une ponction avec la seringue de Pravaz n'est même pas suffisante pour nous éclairer si le kyste est suppuré, parce que l'aiguille est trop fine pour laisser passer les vésicules hydatiques. On amènera du pus et, si rien ne donne l'éveil, on conclura à un empyème comme cela nous est arrivé. Heureusement que ce n'est pas au détriment du malade, puisque dans les deux alternatives il faut ouvrir la collection après résection de côtes.

Si le kyste n'est pas encore suppuré, la ponction avec un instrument même très fin vous fournit un liquide clair comme de l'eau de roche qui dénote immédiatement la nature hydatique du kyste et exclut la pleurésie.

Mais avant la ponction ou l'ouverture spontanée, certaines particularités dans les antécédents ou la marche de la maladie pourraient donner l'éveil si le même médecin, ce qui est rare, suivait le patient depuis le commencement de son mal jusqu'au moment de l'opération. Ainsi dans notre cas, les petites jaunisses répétées du début, les douleurs dans la région hépatique indiquaient une maladie de foie; seulement l'épanchement pleurétique qui est survenu plus tard en s'annonçant par un violent point de côté a masqué les symptômes. La matité du foie remontant dans la cage thoracique se confondait avec celle de l'épanchement; sans doute la percussion antérieure qui s'exerçait en réalité sur le foie donnait une résistance plus considérable au doigt que celle du dos, mais c'est un signe trop vague pour assurer un diagnostic.

En somme, dans les kystes supérieurs du foie il n'y a que la ponction au moyen d'un trocart aspirateur assez gros pour laisser passer les vésicules hydatiques qui puisse éclairer la situation.

Traitement. — Le seul chemin rationnel pour atteindre ces kystes hydatiques supérieurs consiste à réséquer une côte pour pénétrer directement dans le foyer. C'est la voie qu'*Israël* a eu le mérite de choisir dès le premier cas. Il l'a nommée l'*incision transpleurale*, qui est en même temps *trans-diaphragmatique* et *transpéritonéale*. En effet, après avoir enlevé une certaine longueur de côte, on traverse la paroi thoracique avec la plèvre costale et l'on arrive sur la voûte du diaphragme, refoulé en haut par le kyste. En incisant le diaphragme on devrait tomber dans le péritoine et puis seulement sur la surface du foie qui contient le kyste. Si l'on songe qu'en ouvrant ce dernier un flot de liquide infectieux s'échappe au dehors et passe sur les deux séreuses, il y a de quoi frémir, et cependant la plupart des malades ainsi opérés ont guéri.

Les précautions prises y sont peut-être pour quelque chose. On suture les lèvres de l'incision diaphragmatique à la paroi thoracique pour fermer la plèvre. Puis, pour fermer le péritoine, on commence par vider le kyste, mis à nu avec un gros trocart; alors seulement on l'incise et l'on suture ses parois à la peau. Théoriquement ce serait parfait, mais en réalité c'est insuffisant, car le liquide qui est renfermé dans le kyste à haute pression ne sort pas uniquement par la canule du trocart, mais suinte toujours à côté, et une seule goutte de ce liquide pénétrant dans le péritoine peut y semer une septicémie mortelle.

D'ailleurs ces précautions n'ont pas toujours été prises; on a incisé directement sans sutures préalables, comme je l'ai fait pour ma part, et les malades ont tout de même guéri. A mon avis, cela tient à cette circonstance que *dans beaucoup de cas on pénètre dans ces kystes supérieurs sans ouvrir la plèvre, ni le péritoine*. Cette assertion peut paraître paradoxale, mais je m'explique.

Pour la première de ces séreuses on n'a qu'à se reporter à mon observation et l'on verra que la plèvre avait été repoussée en arrière par la saillie progressive du foie dans la cavité thoracique.

Je l'ai ouverte par mégarde à la partie toute postérieure de mon incision parce qu'elle était distendue par du liquide, mais dans le reste de la plaie le foie, recouvert du diaphragme, se présentait sans interposition de plèvre.

L'absence de péritoine s'explique en admettant que les

kystes en question se sont développés dans cette partie de la face supérieure du foie dépourvue de péritoine qui est circonscrite par les ligaments coronaire et latéraux. Cette particularité rendrait même compte pourquoi ces kystes proéminent tellement dans la cavité thoracique. De fait, dans toutes les observations que j'ai pu relire, on n'a jamais vu la cavité du péritoine ouverte. Pour l'expliquer, on parle d'adhérences qui unissent les deux parois de la séreuse, mais c'étaient probablement les adhérences physiologiques des ligaments suspenseurs.

Quoi qu'il en soit, je donnerai le conseil d'ouvrir ces kystes supérieurs du foie aussi haut et aussi en avant que possible pour ne traverser ni la plèvre, ni le péritoine. Enlevez un morceau de la septième côte, plutôt que de la huitième ou de la neuvième, et vous avez grande chance d'éviter le péritoine; que ce fragment soit pris entre la ligne axillaire et la ligne mamillaire et vous ne blesserez pas la plèvre. La déclivité de l'incision n'est pas nécessaire dans ces abcès, qui se vident par rétraction de leurs parois et par pression élastique des organes voisins.

Cependant, comme on n'est jamais sûr de ne pas rencontrer les séreuses, il faut inciser couche par couche, et si l'on reconnaît une de ces cavités, il faut procéder par suture comme l'a fait Segond et comme je l'ai décrit plus haut.

Pathologie interne.

Acrodynie et arsenicisme. — Note adressée à l'Académie de médecine, séance du 31 octobre 1888, par M. le docteur Marquez, médecin en chef honoraire de l'hôpital d'Hyères (Var), correspondant de l'Académie de médecine.

Au cours de l'hiver dernier et, comme la plupart des médecins d'Hyères, j'ai eu l'occasion de voir plusieurs personnes atteintes de la grippe et chez lesquelles il y a eu, à un degré qui m'a paru remarquable, un affaiblissement, une lassitude musculaire et une lenteur de la convalescence peu en rapport avec la durée des manifestations de la maladie sur l'appareil respiratoire. — L'hiver n'était pas beau. Ici, presque autant que dans le reste de la Provence, le temps, plus humide et plus variable que de coutume, était pour bien des malades énervant et amollissant.

A un certain moment, dans quelques cas et surtout dans la classe des travailleurs, le brisement des forces dont je viens de parler est allé jusqu'à de l'amyosthénie, et nous avons fini par avoir là, en outre de la dyspnée, des accidents pulmonaires et des troubles digestifs de la grippe catarrhale, le cortège, sans ordre et à des degrés variables d'importance, de phénomènes attribués à l'acrodynie : douleurs et chaleur incommode, fourmillements, crampes et contractures dans les membres, aux pieds et aux mains, surtout aux pieds; de la bouffissure de la face; de l'œdème des jambes; de la conjonctivite; de la pharyngite; de l'hyperesthésie, souvent de l'anesthésie; de la rachialgie dorso-lombaire; une défaillance des membres et surtout des membres inférieurs allant jusqu'à de la paralysie, plus souvent de la parésie ou de l'akinésie; à la peau, des taches bronzées, quelquefois des pustules; des phlyctènes aux orteils; des poussées d'érythème plus ou moins étendues, sur les membres ou sur le tronc, suivies plus tard d'exfoliation par lamelles ou par furfur; à la plante des pieds et à la paume des mains, large desquamation accompagnée d'un état d'humidité désagréable, rendant la peau particulièrement sensible et prolongeant ainsi la difficulté de la station debout et de la marche.

J'ai cru à de l'acrodynie, une maladie rarement rencontrée et qui a pour caractère principal un ensemble de troubles de la motilité, de la sensibilité et de la nutrition qui la font dépendre d'une affection médullaire. En quête d'une cause plausible, j'ai cherché et demandé aux circumfusa, aux applicata, aux gesta et ingesta l'explication du phénomène.

Un de nos confrères, le docteur Décugis, soignant, sur la propriété d'un M. de V..., des malades atteints d'accidents gastro-intestinaux à marche bizarre, avait été amené à suspecter le vin bu par ces ouvriers; mais il avait été dérouté par l'assurance avec laquelle la pureté du vin lui fut affirmée. — Plus heureux et absolument mis sur la voie par l'observation de ce fait qu'une jeune femme, seule à ne pas boire de vin dans une famille assez nombreuse, était seule aussi à n'être pas malade comme son entourage, le docteur Charles Roux parvint à établir que le coupable des accidents constatés de divers côtés, à la campagne aussi bien qu'à la ville, était du vin provenant d'un chai ouvert par le susdit M. de V... Révélation officielle de cette découverte fut faite à la Commission d'hygiène, le 16 avril. Deux jours plus tard, M. Roux nous confiait que le vin incriminé par lui et analysé à sa demande par un chimiste de Toulon, M. Sambuc, ancien professeur de l'École navale, devait sa nocuité à de l'arsenic. — Bientôt M. Sambuc, commis par la Justice pour analyser les vins saisis chez M. de V..., est arrivé : 1° à démontrer que des échantillons du vin mis en consommation, les uns étaient parfaitement purs, tandis que d'autres contenaient de l'arsenic, depuis des traces jusqu'à 6 centigrammes par litre ; 2° à établir que, par imprudence, la vendange d'un foudre avait été plâtrée avec de l'acide arsénieux; 3° à mettre hors de doute que l'on se trouvait en présence, non pas d'une manipulation intentionnelle et coupable, mais bien d'un accident, d'un fait sans criminalité de la part de M. de V...

Cela posé, et attendu que les malades présentant les phénomènes dont il a été question plus haut avaient tous fait usage plus ou moins suivi et plus ou moins copieux de vin pris au chai de M. de V..., vin dont la toxicité a varié selon l'atténuation par la pratique du mouillage et du coupage, notre grippe acrodynique, nonobstant les résultats négatifs de diverses analyses de vin et d'urines, est devenue et demeure un empoisonnement par l'arsenic, un empoisonnement lent, une intoxication remarquable par l'irrégularité et l'inconstance de ses allures et, dans la pluralité des cas, par la lenteur de l'évolution et de l'extinction des symptômes auxquels elle a donné lieu.

Nous les connaissons. Il suffirait de revenir au résumé séméiologique que j'ai donné tout à l'heure, alors que j'en étais à l'idée de l'acrodynie et d'ajouter la miliaire aux phénomènes éruptifs précédemment indiqués. Je ne dois cependant pas passer outre sans relever quelques points qui procèdent du caractère de ce Protée, un réparateur ou un malfaiteur, selon l'usage que l'on en fait; un tonique, presque un analeptique à doses médicinales; un hyposthénisant insidieux lorsque l'on force la dose et, si l'on dépasse la mesure, un agent parfois brutal de sidération de l'influx nerveux. Les accidents gastro-intestinaux, avec ou sans fièvre, avec ou sans vomissements, rarement sans diarrhée ou coliques, ont été la manifestation la plus ordinaire du début de la maladie, la première protestation de l'économie contre l'introduction d'un élément morbifique; il leur est arrivé rarement de faire défaut ou de ne pas précéder les symptômes podalgiques qui apparaissent aussi aux premiers temps de la maladie et dont l'un, les fourmillements, est particulièrement tenace et ne s'use que très à la longue. — Le mouvement fluxionnaire sur les voies respiratoires a créé une situation grave, alors seulement qu'il s'est rencontré là avec une maladie préexistante, déjà grave et compromettante par elle-même : tuberculose, sur un sujet jeune; catarrhe chronique, chez un vieillard un peu alcoolisé. — Un homme de cinquante-cinq ans, sujet à de fréquentes crises d'asthme, n'en a plus eu depuis quatre

ou cinq mois qu'il est tombé malade(1). — Sur une femme de cinquante-trois ans, eouverte de larges plaques bronzées, partieulièrement à la taille et sur les épaules, de l'œdème des jambes, avee douleurs à la marche et chaleur insupportable, la nuit surtout, après avoir duré trois mois, a commencé à céder, il y a quatre ou cinq semaines, en même temps qu'apparaissaient aux pieds de larges plaques brunâtres, faisant bottines, et que la marehe devenait plus facile. — Le mari, soixante-sept ans, vieux goutteux, en état de parésie depuis près de trois mois, a fait peau neuve et a repris en juin le libre exerciee de ses jambes. Plus tard (5 août) et alors qu'il paraissait absolument rétabli, cet homme est venu eonsulter pour une uleération du gland, ayant tout l'aspect d'un chanere huntérien. A eette occasion, il m'a refait son histoire et signalé que, dans les premiers temps de sa maladie qu'il supposait n'être qu'un aecès de goutte, sa respiration et son haleine avaient eu une odeur d'ail détestable. — L'odeur alliacée et les chaneres *syphilitico more* de l'arsenic sont parfaitement eonnus. On eonnaît moins, ce me semble, le fait de troubles visuels d'une certaine importance à mettre à la charge du toxique qui nous oecupe. J'en ai reneontré deux exemples : homme de quarante-einq ans, grand buveur et ayant souffert, il y a trois ans, d'une violente névralgie occipito-frontale ; à une période avancée de la convaleseenee d'une grippe erue acrodynique, amblyopie par œdème de la rétine, sans hallucinations de la vue et sans aboutir à la eécité; retour à plus de netteté de la vue, à mesure que l'état général s'est amélioré et que se perdaient les fourmillements des membres en même temps que se dissipait l'opacité nébuleuse du fond de l'œil. — Sur un homme de même âge et de mêmes habitudes que le précédent, semblable altération de la vue, progressive et décroissante d'avril en août, aux périodes d'état et de déclin d'une intoxication qui avait débuté, en février, par des aceidents aigus, une angine gutturale avec aecès de fièvre aux trois stades de la fièvre intermittente, plus tard éruption miliaire partieulièrement abondante au cou et à la partie supérieure de la poitrine, podalgie, fourmillements aux mains et aux pieds, parésoplégie qui a été de courte durée, mais qui, la liberté des jambes recouvrée, a laissé le malade dans un état d'anaphrodisie absolue (et persistant encore au moment aetuel, novembre).

Les troubles visuels par intoxication arsenicale pourraient bien n'être pas d'une rareté absolue. Un de mes eonfrères, le doeteur Dubrandy, médeein du Bureau de bienfaisanee, qui a vu deux fois plus de malades que moi, dans eette affaire, m'a dit avoir observé deux ou trois eas analogues à ceux que je viens d'indiquer et peut-être une cataracte par arsenicisme. — L'amaigrissement est allé jusqu'à l'atrophie musculaire chez un jeune homme sur les gencives duquel s'étalait un large liseré ardoisé, comme dans l'intoxication saturnine, et dont les urines, à une période avancée de la maladie, sont devenues notablement albumineuses. Il y a de singuliers traits de ressemblance entre les phénomènes de l'acrodynie et eeux de l'intoxication lente par l'arsenic. Est-ee à dire que l'aerodynie pourrait bien n'être que de l'arsenieisme méeonnu et qu'elle devrait être rayée du cadre nosologique? A lui intenter procès, en n'ayant pour essayer de le justifier que les données de l'événement malheureux qui nous oecupe et dont les effets sont encore en cours d'observation, je préfère me borner à l'aveu d'hésitations qui peuvent n'avoir pas été sans excuse et m'arrêter, jusqu'à plus ample informé, sur le dire, vieux mais toujours juste : « Nil magni facies ex merâ opinione aut hypothesi. »

15 novembre. — Dans un rapport sur cette communication et sur eelles de deux de mes eonfrères, relatives, comme la mienne, à l'affaire du vin de M. de V..., rapport présenté à l'Académie de médecine, le 6 de ee mois, par M. Ollivier, en son nom et au nom de M. Vidal (de Paris) (*Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XX ; n° 45, 6 novembre 1888), je trouve la justification de ma réserve à juger des acrodynies anciennes par les phénomènes pathologiques que nous venions d'observer à Hyères. Pas plus que moi, « malgré des similitudes indiseutables, le rapport ne voit dans l'évolution et la nature de la maladie d'Hyères, une application qu'on puisse adapter intégralement aux épidémies d'acrodynies connues. » Les données de notre cas nous laissent avec une myélite déterminée par une intoxication qui s'est produite lentement et dont les symptômes, longtemps variables suivant les individus, n'ont pas facilement mis sur la voie de la cause du mal ; elles ajoutent une page à la douloureuse histoire des méfaits et des perfidies de l'arsenic, et elles mettent en évidence, une fois de plus, le danger que l'on court à ne pas surveiller mieux qu'on ne fait la vente de l'acide arsénieux, en exéention des ordonnances du 29 octobre 1846 et du 26 février 1875.

(1) Cette note a été écrite le 25 juillet. Le 15 octobre suivant, le malade dont il est question a été pris d'un léger accès d'asthme, le premier depuis huit mois.

Clinique médicale

Péritonite tuberculeuse localisée, d'origine traumatique ; symptômes d'occlusion intestinale et troubles respiratoires ; laparotomie, amélioration considérable, par M. le doeteur Em. Duponchel, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

L'applieation de la laparotomie au diagnostic et au traitement des maladies de l'abdomen n'est assurément plus une nouveauté ; en ce qui eoncerne le traitement chirurgieal de la péritonite tubereuleuse, il suffit de rappeler la statistique de Pribram (de Prague), qui en 1887, à la Société centrale des médecins de la Bohème, relatait déjà trente cas personnels. Les résultats obtenus par ee chirurgien ont été très satisfaisants, et quant aux conséquenees de l'aete opératoire, elles se bornaient à deux décès pour vingt-huit guérisons.

Mais la laparotomie est tout partieulièrement indiquée, quand il s'agit de cas dans lesquels l'état du malade s'aggrave progressivement, au point que l'issue fatale ne paraît guère douteuse, bien que le diagnostic précis de la lésion en eause n'ait pas encore pu être formulé. On doit alors intervenir sans trop temporiser, ni attendre l'apparition d'accidents qui rendraient beaucoup plus aléatoire le résultat de l'opération. Celle-ci permettra du même eoup de trancher le diagnostic et de faire le traitement, si la lésion caehée est une de celles auxquelles il est possible de remédier. C'est ce double résultat qui a été obtenu dans le cas suivant ; aussi tout isolé qu'il soit, il nous paraît cependant mériter d'être rapporté. La netteté de l'étiologie par traumatisme de la péritonite tuberculeuse observée, l'incertitude du diagnostic due à une symptomatologie incomplète et quelque peu spéciale, la eonstatation de troubles respiratoires caractérisés par de l'inspiration saccadée rythmique du cœur, phénomène assurément imprévu dans la péritonite tuberculeuse, la gravité du pronostic avant l'intervention chirurgieale, l'innoeuité absolue de l'opération et la précision de ses résultats, constituent autant de cireonstances véritablement instructives.

Obs. — M..., militaire, détenu au pénitencier de Bicêtre, n'a rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Il était de très bonne santé quand il est entré au service militaire en décembre 1885. Au mois d'octobre 1887, en faisant le pansage, il reçoit un coup de pied de cheval, qui porte dans l'hypochondre droit ; le traumatisme est si violent que le sujet perd connaissance. A la suite de cet accident il a été traité à

l'infirmerie de son régiment; il éprouvait de vives douleurs dans l'abdomen, surtout au niveau de l'endroit contusionné; pendant trois jours il n'a pu supporter ni les aliments ni même le bouillon, mais il n'a jamais eu de vomissements verdâtres, pas de sang dans les garde-robes, ni dans les urines. Tous les symptômes s'amendèrent rapidement et au bout de quinze jours, M... put sortir de l'infirmerie, conservant seulement dans la région où il avait été frappé, une douleur à laquelle il ne prêtait pas grande attention, et qui ne l'a pas empêché de continuer son service militaire.

Envoyé au pénitencier de Bicêtre en décembre 1887, pour y subir une condamnation à deux ans de prison, il continue à travailler régulièrement jusqu'au mois de mars 1888, époque à laquelle il commence à remarquer des constipations opiniâtres; il ne va à la selle que tous les trois ou quatre jours, tandis qu'antérieurement il y allait régulièrement tous les jours. En même temps les douleurs de l'hypochondre droit deviennent plus vives, surtout quand il marche, et après plusieurs entrées à l'infirmerie M... est envoyé dans mon service à l'hôpital du Val-de-Grâce.

Etat du malade le 17 *juillet* 1888. — Au moment de son entrée les signes observés se résument comme il suit: douleur spontanée dans l'hypochondre droit, s'exagérant sous l'influence de la marche et de la pression, tout à fait insupportable quand on explore les régions profondes; elle présente son maximum un peu au-dessus et en dehors du point d'intersection du bord externe du muscle grand droit du côté droit et de la matité hépatique; elle rayonne dans un espace de 10 à 12 centimètres, mais n'atteint pas la région cæcale. Le rythme respiratoire est très rapide, et présente cette particularité, qu'il est presque constamment synchrone avec les bruits cardiaques, de sorte que l'on entend, en plaçant le stéthoscope sur le deuxième espace intercostal ou dans la région avoisinante, un premier temps constitué par le bruit inspiratoire du poumon et le premier bruit cardiaque, un second temps constitué par l'expiration et le bruit diastolique. La respiration est du reste saccadée, de sorte que l'on entend deux ou trois saccades inspiratoires précédant le premier bruit cardiaque; le phénomène d'auscultation observé semble donc bien constituer le signe décrit sous le nom d'inspiration saccadée rythmique du cœur. La percussion et l'auscultation des sommets pulmonaires donnent des renseignements douteux, un début de tuberculose paraît à craindre, mais il est impossible d'être tout à fait affirmatif. La constipation est habituelle, le malade mange peu et vomit après ses repas; l'état général est assez bon; pas d'amaigrissement prononcé; pas d'ascite; pas de ballonnement du ventre, pas de tumeur intra-abdominale, perceptible à la palpation.

Marche de la maladie. — Les symptômes se modifient peu durant les premiers jours qui suivent l'entrée à l'hôpital, mais leur gravité et leur intensité s'accroissent de plus en plus les semaines suivantes; la douleur devient très pénible et confine le malade définitivement au lit; les selles de plus en plus rares sont obtenues difficilement une fois ou deux par semaine à l'aide de purgatifs et de lavements; les vomissements sont constants et suivent de près les repas, mais ne sont jamais verdâtres; le lait lui-même est incomplètement supporté; des hémorrhoïdes apparaissent, la région stomacale se ballonne légèrement; point d'ascite; point de facies abdominal ni de teint jaunâtre. L'expiration ne tarde pas à se montrer rude et prolongée au sommet droit, où la percussion révèle à la fin du mois d'octobre de la submatité; des sueurs profuses, quelques apparitions de fièvre, permettent en outre de devenir affirmatif au point de vue de la tuberculose, l'amaigrissement est modéré. Au mois de décembre, tous ces signes s'accentuent, la fièvre devient continue, avec exacerbations vespérales allant à 39°,5, l'état général commence à devenir alarmant.

Diagnostic. — Si le diagnostic précis de la lésion abdominale en cause est difficile, si de nombreuses hypothèses sont possibles, certains faits restent acquis :

1° l'étiologie semble très nette, c'est bien le traumatisme qui a été la cause occasionnelle sinon efficiente de l'apparition des accidents, et ceux-ci sont certainement localisés;

2° Quelle que soit l'affection abdominale en cause, phlegmon profond, tumeur, péritonite tuberculeuse ou enkystée, lésion de l'intestin, lésion du cæcum, de la vésicule biliaire, du pancréas ou du rein, kyste hydatique du foie, lésion des vaisseaux profonds, etc., il y a un diagnostic symptomatique qui n'est pas douteux; le sujet est atteint d'occlusion partielle des voies digestives, siégeant dans les parties les plus élevées du tube intestinal, vers les régions pylorique ou duodénale;

3° On peut affirmer en raison du rythme respiratoire que le diaphragme est intéressé;

4° La tuberculose pulmonaire, dont l'existence n'est plus douteuse, est consécutive à la lésion abdominale, à l'insuffisance de l'alimentation, résultat forcé des vomissements; le séjour dans un milieu confiné et peuplé de tuberculeux a pu du reste en favoriser l'évolution.

Telles sont les seules conclusions qu'il soit permis de formuler au point de vue du diagnostic.

Pronostic. — En dehors de toute considération sur la nature véritable de la lésion abdominale dont la détermination exacte restait douteuse; en tenant compte de l'occlusion intestinale qui s'accentuait chaque jour, de l'apparition des signes de tuberculose pulmonaire, de l'état général qui s'aggravait à vue d'œil, le pronostic pouvait être considéré dès les premiers jours du mois de décembre 1888, comme très grave et même fatal dans un délai modérément éloigné.

Traitement. — Tous les révulsifs locaux, tous les moyens préconisés contre l'occlusion intestinale, ayant été successivement employés, une seule ressource thérapeutique subsistait : celle de la laparotomie destinée à explorer la région, fixer le diagnostic causal, enfin détruire, si on le rencontrait, l'obstacle qui s'opposait à la circulation des matières alimentaires. Notre opinion très formelle étant que le malade était définitivement condamné à une mort prochaine, si l'on n'intervenait pas chirurgicalement, nous fîmes appel à notre collègue de chirurgie M. le professeur agrégé Vautrin, qui partagea notre manière de voir, et voulut bien pratiquer l'opération de la laparotomie, sans attendre une période où l'extrême gravité de l'état général aurait été susceptible d'en compromettre le succès.

Constatations faites dans le cours de l'opération (14 *décembre* 1888). — L'abdomen étant ouvert sur la ligne médiane dans une étendue de 20 centimètres, la main de l'opérateur va à la recherche des lésions dans la région douloureuse, c'est-à-dire dans le flanc droit; elle ne découvre ni foyer purulent, ni tumeur, ni bride péritonéale ; le rein est à sa place et sa face antérieure est lisse; les recherches dans la cavité du flanc droit donnent en somme un résultat négatif. Mais sur le péritoine pariétal, dans la région correspondant au siège de la douleur, il est facile de sentir une plaque de péritonite tuberculeuse de la largeur de la paume de la main occupant la face profonde de la paroi abdominale.

La main de l'opérateur se dirige alors du côté du creux épigastrique, glisse entre l'estomac et le lobe gauche du foie d'une part, le diaphragme d'autre part; une première recherche ne donnant rien, on attire doucement en dehors la partie pylorique de l'estomac, qui est saine; les régions profondes sous-épigastriques sont alors explorées, on ne trouve rien, le pancréas est normal. En explorant une seconde fois la cavité du diaphragme, on finit par découvrir une bride peu épaisse, de 3 à 4 centimètres de longueur, reliant le péritoine diaphragmatique au tube digestif en un point qu'il est impossible de préciser exactement. Au point d'implantation de cette bride sur le diaphragme, le péritoine diaphragmatique est recouvert dans un espace large comme la paume de la main, d'un semis tuberculeux abondant, qui est très nettement perçu. La bride est déchirée, les parties remises en place; après nettoyage complet, la suture de la paroi abdominale est pratiquée. Les précautions antiseptiques les plus rigoureuses ont été prises.

Suites de l'opération. — Elles sont très simples ; le malade qui avait une température de 39°,5 quelques jours avant l'opération, conserve un peu de fièvre jusqu'au 26 décembre, mais les exacerbations vespérales ne dépassent jamais 38°,2; il absorbe de la glace, des bouillons glacés, du vin de canelle. Le 20 décembre il demande à manger, il n'a plus eu un seul vomissement, il rend des gaz par l'anus; le 23 il mange un œuf, le 26 il est allé à la selle, le 27 il mange une côtelette et la supporte bien, la réunion de la plaie est complète.

Etat du malade le 15 *janvier* 1889. — Les résultats ont été aussi favorables que possible, le malade mange de très bon appétit, il se promène toute la journée, et ne songe nullement à garder le lit, il ne vomit plus, il a des selles quotidiennes, il ne sent plus de douleur dans l'abdomen, il engraisse visiblement; plus de fièvre, plus de sueurs, et si l'on observe encore au sommet droit les signes d'une induration pulmonaire médiocrement accentuée, la respiration n'en a pas moins repris

son rythme normal, et l'on ne perçoit plus le signe de l'inspiration saccadée rythmique du cœur.

Déductions. — Le fait précédent confirme divers points de doctrine et de pratique d'un haut intérêt; peut-être éclaire-t-il en outre une question nouvelle et très obscure de séméiologie médicale.

1° Au point de vue doctrinal, il montre une fois de plus l'influence directe du traumatisme sur l'apparition des tubercules, et la relation est ici d'une netteté vraiment remarquable; de plus la tuberculose a bien certainement débuté au point contus, car les signes observés au sommet des poumons au moment de l'entrée à l'hôpital étaient insignifiants, tandis que les symptômes abdominaux dataient déjà d'assez longtemps. La localisation de la péritonite et sa non-extension méritent aussi l'attention.

2° Au point de vue de la séméiologie médicale, nous voyons que l'inspiration saccadée rythmique du cœur décrite par Grasset au Congrès de Toulouse en 1887, et qui existait chez notre malade, avait chez lui comme explication fort simple, la coïncidence d'une inspiration saccadée et d'une respiration accélérée, laquelle, sous l'influence d'une péritonite tuberculeuse diaphragmatique, était devenue synchrone aux battements du cœur. En considérant que sur les douze cas rapportés par Grasset, sept fois il s'agissait de tuberculeux avérés, n'est-on pas en droit de se demander si le phénomène si obscur jusqu'à présent de l'inspiration saccadée rythmique du cœur ne pourrait pas s'expliquer, au moins dans certains cas, par cette coïncidence d'une inspiration saccadée et d'une lésion diaphragmatique? Que celle-ci porte sur la face supérieure (plèvre) ou sur la face inférieure (péritoine), elle peut évidemment accélérer le rythme respiratoire (c'est là le caractère général des lésions diaphragmatiques) au point de le rendre synchrone aux battements du cœur?

3° Au point de vue pratique, il n'est guère de faits plus susceptibles d'établir la nécessité de la laparotomie tant pour éclairer les diagnostics insolubles, dans les maladies graves de la cavité abdominale (laparotomie exploratrice) que pour assurer la guérison de certaines occlusions intestinales partielles ou totales (laparotomie curative). Ces occlusions peuvent être considérées comme presque toujours incurables par les moyens médicaux, tandis qu'elles sont fort aisément supprimées quand il ne s'agit que de simples brides péritonéales, comme celle dont notre malade était porteur, circonstance que l'on est souvent en droit d'espérer. En ouvrant l'abdomen, on a donc la perspective d'un résultat complètement favorable; le risque est médiocre quand on intervient assez tôt, et l'on doit être encouragé dans cette voie par la quasi-certitude d'une issue fatale, si la maladie est abandonnée à elle-même.

Enfin dans le cas que nous venons de rapporter, non seulement le processus tuberculeux n'a pas été précipité dans son évolution par l'intervention chirurgicale, mais il a été manifestement enrayé, probablement sous l'influence des lavages antiseptiques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

Sur la virulence des cultures du bacille cholérique et l'action que le salol exerce sur cette virulence, par M. W. Lœwenthal. — L'auteur croit devoir présenter quelques observations, à propos de la communication faite à l'Académie, par M. Hueppe, le 14 janvier (voy. p. 60). L'historique de la préconisation du salol contre le choléra lui paraît pouvoir se résumer comme il suit :

« M. Hueppe, en prenant part à la discussion sur la prophylaxie et le traitement du choléra, au Congrès de Médecine interne à Wiesbaden, le 11 avril 1888, dit incidemment « qu'il faudrait essayer des remèdes qui traversent « l'estomac et ne se décomposent que dans l'intestin, tels « que le tribromophénol, le salicylate de bismuth ou le « salol »; il ajoute immédiatement : « Je ne veux nullement prétendre que ces remèdes soient des spécifiques; « j'aurais simplement voulu laisser entrevoir le chemin à « prendre pour arriver à une thérapie étiologique (*Verhandlungen*, p. 205). »

« M. Sahli fut le premier à essayer le salol en thérapeutique, mais c'était comme succédané du salicylate de soude dans les affections rhumatismales, et notamment dans le rhumatisme articulaire (*Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*, n°s 12 et 13 de 1886). En même temps, M. Sahli recommanda d'essayer le salol dans un grand nombre de maladies, le choléra entre autres....

« Il est inutile, dit en terminant M. Lœwenthal, d'insister sur la différence entre ces recommandations et la démonstration expérimentale de ma proposition, qui part d'un point de vue nouveau, à savoir l'influence du suc pancréatique sur le bacille du choléra.

« M. Hueppe révoque en doute cette influence; il se demande si ce n'est pas la vie anaérobie, que le bacille est supposé mener dans ma pâte, qui rend toxiques les cultures. Cette supposition me paraît peu fondée. Les cultures, dans une pâte de même consistance, *ne sont pas toxiques* si la pâte ne contient pas de pancréas; d'autre part, les cultures au bouillon pancréatisé *sont toxiques*, tandis que les cultures au bouillon ordinaire ne le sont pas. Il est donc évident que la question d'aérobiose ou d'anaérobiose, tout importante qu'elle puisse être dans d'autres circonstances, n'a rien à voir dans la toxicité de mes cultures. »

(*Séance du* 28 *janvier*.)

Passage du bacille de Koch *dans le pus de séton de sujets tuberculeux. Application au diagnostic de la tuberculose bovine par l'inoculation au cobaye du pus de séton*, par M. F. Peuch. — Plusieurs séries d'expériences ont démontré à l'auteur que le pus de séton d'une vache atteinte de tuberculose transmet cette maladie au cobaye. Dès lors, dans les cas douteux, il est possible d'établir, d'une manière certaine, le diagnostic de cette affection et d'appliquer rationnellement les mesures sanitaires prescrites par le décret du 28 juillet 1888, pour les bêtes bovines tuberculeuses.

Résumant ensuite ses expériences, l'auteur arrive à la conclusion suivante :

« J'estime donc que, dans le cas de suspicion de tuberculose, l'inoculation du pus de séton au cobaye permet d'établir sûrement le diagnostic, et d'appliquer ainsi, avec parfaite connaissance de cause, des mesures de police sanitaire. » (*Séance du* 28 *janvier*.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MAURICE PERRIN.

M. le docteur *Fontan* (de Toulon) prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un *Pli cacheté*. — (*Accepté*.)

M. le docteur *Maze* envoie le relevé des *vaccinations et revaccinations* qu'il a pratiquées au Havre en 1888. — M. le docteur *Girard* adresse un mémoire sur *la variole et la vaccine au Sénégal*.

M. le docteur *Marguet* et M. le docteur *Tuffier* envoient des ouvrages pour le concours du Prix Laborie en 1889.

M. le docteur *Millard* (de New-York) se porte candidat au titre de correspondant étranger dans la division de médecine.

M. *Riche* fait hommage d'un ouvrage sur l'*Art de l'essayeur* qu'il vient de publier avec M. *Gélis*.

M. *Le Roy de Méricourt* présente un mémoire imprimé de M. le docteur *Maurel* (de Toulouse) sur *le traitement de la pleurésie par le régime lacté*.

M. *Larrey* fait don de plusieurs collections de journaux de science et de méde-

cine, ainsi que d'un exemplaire de son rapport à l'Institut sur *les travaux de statistique adressés pour le concours de* 1888.

M. *Rochard* présente un *Rapport* manuscrit de M. le docteur *Canolle* sur une *épidémie de variole* observée à Nossi-Bé en 1886-1887 et sur les *vaccinations* pratiquées dans cette colonie.

M. *Constantin Paul* dépose un travail de MM. les docteurs *Kalindero* et *Baben* (de Bucharest) sur la *maladie d'Addison*.

M. *de Villiers* présente plusieurs ouvrages de M. le docteur *Verrier* sur l'*hygiène de l'enfance*.

Allaitement par le nez. — M. *Tarnier* ayant présenté un mémoire de M. le docteur Saint-Philippe (de Bordeaux) dans lequel se trouve relaté le fait d'un enfant atteint du muguet, qui ne pouvait être alimenté ni par la bouche, ni par une gaveuse, on recourut à l'introduction du lait par les fosses nasales et le succès fut complet. A ce propos, M. *Hervieux* fait remarquer que M. le docteur Henriette a indiqué ce moyen il y a déjà longtemps. M. *Tarnier* ajoute que ce procédé a été signalé autrefois à Lorain par un médecin étranger qui suivait son service. M. Brouardel confirme le fait dont il a été lui-même témoin ; un enfant atteint de pneumonie fut également alimenté de cette façon avec succès.

Strophantus.—Revenant, à l'occasion du procès-verbal, sur la discussion concernant l'emploi du strophantus dans les maladies de cœur, M. *Germain Sée* explique la confusion qui lui a été reprochée à propos du mémoire de Fraser cité par lui. Il ajoute que les faits contre ce médicament s'accumulent tous les jours, si l'on en juge par les déclarations qu'il reçoit en ce moment de divers côtés dans ce sens.

Eaux minérales. — Sur des rapports de M. *Constantin Paul*, l'Académie émet des avis favorables pour la source Fontdevie à Corcn (Cantal) et pour la source Saint-Janvier à Marcols (Ardèche).

Thérapeutique du choléra. — Les bacilles du choléra, après s'être développés et multipliés en grand nombre dans l'intestin, ne franchissent pas les limites de la cavité intestinale ; ils infiltrent dans une certaine épaisseur la muqueuse autour des glandes, mais ils ne paraissent pas aller plus loin, ni pénétrer dans le sang et la lymphe. Le poison qu'ils sécrètent est seul absorbé et c'est ce poison qui jusqu'à plus ample informé est le seul agent des phénomènes généraux graves ou mortels du choléra. Si l'on pouvait arrêter la multiplication des bacilles dans l'intestin, on supprimerait par cela même la fabrication des poisons chimiques absorbables et l'on préviendrait l'attaque cholériforme. M. Lœwen est arrivé à ce résultat de tuer les bacilles de Koch, de supprimer immédiatement leur vitalité et leur développement ultérieur avec une substance inoffensive pour l'homme et les animaux, le salol. M. *Cornil* rend compte des recherches et des expériences que l'auteur a faites à ce sujet, en cultivant les bacilles cholériques dans une pâte leur rendant leur propriété toxigène et ensuite en essayant de démontrer l'action curative du salol sur des animaux infectés par les bacilles-virgules et manifestement malades.

Intoxication par les poêles mobiles. — M. *Lancereaux* relate plusieurs cas d'empoisonnement oxycarboné par des poêles mobiles, même placés dans des pièces plus ou moins voisines de celles qui servaient à l'habitation. Il appelle l'attention sur les phénomènes parfois inaperçus de l'empoisonnement oxycarboné, et celle des pouvoirs publics sur les dangers du chauffage par les poêles à combustion lente, qui, par raison d'économie, se trouvent aujourd'hui dans la plupart de nos habitations. Aussi propose-t-il l'adoption des mesures ci-après : 1° n'autoriser la vente des poêles qu'à la condition que le tirage soit suffisant pour transformer tout le carbone en acide carbonique et s'opposer ainsi à la formation de l'oxyde de carbone ; 2° n'autoriser l'ajustement d'un tuyau d'un poêle mobile à une cheminée quelconque qu'à la condition que cette cheminée ait un tirage convenable et suffisant pour le dégagement facile des vapeurs ; 3° exiger, avant la pose d'un poêle, l'examen des cheminées voisines de façon à éviter le refoulement ou la filtration des gaz d'une cheminée dans une autre et à préserver les intéressés ou leurs voisins de l'empoisonnement oxycarboné à distance ; 4° prévenir le public du danger qu'il court en laissant séjourner la nuit un poêle à combustion lente dans une chambre où l'on couche ou même dans une chambre voisine.

M. *Brouardel* appuie la proposition de M. Lancereaux ; il fait, en outre, observer que l'intoxication oxycarbonée peut se produire même en plein air ou dans une pièce assez aérée, contrairement à l'opinion généralement répandue.

Le globule sanguin se charge de ce gaz et le collecte en quelque sorte, ainsi que le montre nettement l'examen spectroscopique.

M. *Armand Gautier* signale divers cas de cette intoxication par des poêles mobiles, des chaufferettes dans les voitures publiques, d'autant plus qu'il a été prouvé que ce gaz, même à la dose d'un demi-dix millième dans l'air, suffit à détruire la huitième partie de la quantité totale du sang. Le spectroscope ne suffit pas toujours à reconnaître la présence de ce gaz ; on y parvient plus sûrement par la méthode de saturation. — M. *Ollivier* ajoute qu'on constate fréquemment de la glycosurie chez les personnes intoxiquées par l'oxyde de carbone. — M. *le Président* renvoie cette discussion à une séance ultérieure.

Hygiène de l'enfance. — M. le docteur *R. Blache* communique la statistique générale du service de protection de l'enfance dans le département de la Seine pendant l'année 1887 ; il insiste sur les excellents résultats obtenus grâce à l'intervention de plus en plus fréquente des médecins inspecteurs. La mortalité sur les enfants surveillés qui était de 9,72 pour 100 en 1882 n'a pas cessé de s'abaisser depuis cette époque ; elle a été en 1887 de 7,37 pour 100.

Néphrorrhaphie. — M. le docteur *Terrillon* communique un cas heureux de néphrorraphie pratiquée dans la région lombaire gauche chez une femme de quarante-deux ans, pour un rein flottant hypertrophié et très douloureux.

Rétrécissement de l'urèthre. — M. le docteur *Lavaux* préconise la dilatation rapide dans le traitement des rétrécissements uréthraux.

— L'ordre du jour de la séance du 12 février est fixé ainsi qu'il suit : 1° Communication de M. Hayem sur la genèse de la fièvre ; 2° Discussion sur le tétanos. — Inscrits : MM. Nocard, Trasbot, Verneuil, Leblanc ; 3° Communication de M. Lagneau sur la mortalité des soldats et marins dans les colonies.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 30 JANVIER 1889. — PRÉSIDENCE DE M. LE DENTU.

Suture de la rotule : MM. Kirmisson, Delens, Lucas-Championnière, Desprès. — Hystéropexie : M. Terrier. — Tumeur de la queue du sourcil : M. Larger. — Extirpation de l'astragale et du scaphoïde pour pied bot : M. Lebec (Rapporteur : M. Schwartz ; Discussion : MM. Lucas-Championnière, Berger, Quénu, Le Dentu). — Plaie pénétrante de l'abdomen par armes à feu : MM. Berger, Nélaton. — Fracture du crâne : M. Reclus. — Modification de l'amputation de Chopart : M. Chaput.

M. *Kirmisson* présente le malade dont il a parlé dans la dernière séance et auquel il a fait la suture de la rotule. Le rapprochement n'a pu se faire qu'après avoir enlevé un petit fragment intermédiaire. Le malade marche très convenablement quoique avec un peu de raideur.

M. *Delens* a eu l'occasion de faire cette suture pour une fracture datant de trois mois. L'opération se fit sans difficultés, la guérison sans accidents, mais le résultat fut médiocre.

M. *Lucas-Championnière* a eu à traiter une fracture de rotule par la simple extension et la compression et a obtenu un résultat apparent très bon; une chute ayant amené la rupture du cal, la suture fut faite, mais avec de réelles difficultés. Chez un second malade la suture fut pratiquée dix-sept jours après l'accident et chez un troisième deux jours après; dans ces deux derniers cas l'intervention fut bien plus facile et la guérison plus complète et plus rapide. D'où M. Championnière conclut qu'il faut intervenir de très bonne heure afin d'enlever les fragments osseux, les caillots, les lambeaux de synoviale, etc., qui empêchent la réunion. C'est le traitement de choix chez les sujets jeunes.

M. *Desprès* rappelle encore qu'il a envoyé en 1884 à la Société trois malades ayant un cal osseux (ce qui fut vérifié par l'autopsie dans un cas) et traités par l'ancienne méthode. La compression et l'élévation du membre, le pied étant suspendu à 1 mètre au-dessus du plan sur lequel est couché le malade, permettent au blessé de marcher au bout de cinquante jours. M. Desprès accorde que la suture est cependant le seul procédé qui reste pour les fractures itératives.

M. *Kirmisson* ajoute qu'il a été étonné de la quantité de tissus interposés, fongosités synoviales, caillots, tissus fibreux qu'il a dû enlever entre les fragments. Il pense aussi que pour les fractures itératives, la suture est la méthode de choix.

— M. *Terrier* lit une observation d'hystéropexie pour prolapsus utérin avec hypertrophie de l'organe. La trompe gauche malade fut enlevée et l'utérus fixé par trois fils de catgut. Il y a encore un peu de cystocèle, mais l'utérus reste maintenu à 4 centimètres de la vulve.

— M. *Larger* communique un cas de tumeur de la queue du sourcil tendant à prouver qu'à côté des kystes dermoïdes qu'on trouve dans cette région, il y a aussi des tumeurs d'origine exclusivement traumatique et de structure toute différente. Développée sous une cicatrice de la queue du sourcil et examinée par M. Retterer, la tumeur s'est montrée formée de tissu conjonctif sans papilles, sans poils, sans matière sébacée.

— M. *Schwartz* lit un rapport sur un mémoire de M. Lebec concernant l'extirpation de l'astragale et du scaphoïde chez une jeune fille pour pied bot varus équin avec enroulement de la plante du pied. On dut compléter l'opération par la section sous-cutanée du tendon d'Achille et du ligament plantaire, et actuellement la malade marche d'une façon très satisfaisante.

M. *Lucas-Championnière* pense que la tarsotomie postérieure est une opération excellente chez les sujets encore jeunes; elle est d'ailleurs d'une grande simplicité, ne nécessite pas une immobilisation régulière et ne demande un appareil solide que quand les malades se mettent à marcher.

M. *Berger* professe la même opinion au sujet de l'opération, mais pense qu'il est des cas où elle est insuffisante, lorsque l'enroulement du pied l'emporte sur l'équinisme.

M. *Quénu* croit, comme M. Championnière, que l'immobilisation absolue n'est pas très utile et peut parfois être gênante; il y a trois semaines, après une extirpation de l'astragale, il a vu l'appareil plâtré boucher le drain et donner lieu à un peu de rétention de pus.

M. *Schwartz* reconnaît également l'innocuité de l'ablation de cette partie du tarse, mais préfère un appareil plâtré restant en place à la condition de mettre dans la plaie des drains très courts.

M. *Le Dentu* a enlevé chez un malade l'astragale, une partie du calcanéum, le cuboïde et une partie du scaphoïde, et a obtenu un excellent résultat.

— M. *Berger* rapporte une observation de plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver de 6 millimètres. La malade fut opérée moins de onze heures après l'accident; l'épiploon était perforé; l'intestin grêle près de la valvule iléo-cæcale portait deux perforations qui avaient détruit une grande partie de sa circonférence; au tiers supérieur deux autres perforations permettaient le passage du doigt; le côlon transverse était également troué en deux endroits. La malade mourut quatre heures après l'opération, qui en avait duré trois. A l'autopsie on ne trouva pas d'autres lésions; les sutures étaient parfaitement étanches. L'opération a été faite dans des conditions en apparence des plus favorables et néanmoins la péritonite septique a été hâtée par l'intervention.

Il y a quinze jours, chez une jeune femme ayant reçu dans le ventre un projectile de 7 millimètres, M. Berger préféra l'expectation. La malade avait eu un vomissement de sang noir, la région du foie était extrêmement douloureuse; la situation fut loin d'être rassurante pendant quatre jours. A l'heure actuelle la malade mange, ne souffre plus et peut être considérée comme guérie. M. Berger ne renonce pas à l'intervention opératoire, mais attend toujours depuis deux ans un cas suivi de succès.

M. *Nélaton* lit trois observations de plaies de l'intestin l'une par coup de couteau, les deux autres par balles de revolver. Dans la première le malade guérit après suture faite grâce à un large débridement; dans la seconde la mort eut lieu au bout de trois jours et dans la troisième, le lendemain, une des sutures faites pour les sept perforations ayant laissé filtrer des matières. Dans ce dernier cas, M. Nélaton a vu l'intestin rouge en état de péritonite déjà trois heures après l'accident. Entre les deux pratiques extrêmes, intervention dans tous les cas ou abstention systématique, il faut choisir; le parti intermédiaire qui consiste à opérer quand la péritonite est manifeste, n'est pas pratique selon M. Nélaton.

— M. *Reclus* présente un malade qui, à la suite d'une chute sur le crâne, resta plusieurs jours dans le coma et eut des attaques épileptiformes; quatre fragments de la région temporale représentant une surface de 24 centimètres carrés furent enlevés, le sinus latéral fut ouvert et comprimé par un tampon de gaze; la connaissance revint le quatorzième jour et le dix-huitième tout était réuni.

— M. *Chaput* présente un malade auquel, pour un mal perforant de l'avant-pied, il pratiqua une amputation de Chopart modifiée à l'aide d'un procédé nouveau et qui a remédié au renversement du moignon.

P. Villemin.

Société de biologie.

SÉANCE DU 2 FÉVRIER 1889. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Mécanisme de la fièvre dans la maladie pyocyanique: MM. Charrin et Ruffer. — Sur les procédés de dosage de l'oxygène du sang: M. Lambling. — Sur le temps de réaction chez les hystériques et chez les épileptiques: M. Féré. — Inoculation au lapin du charbon symptomatique: M. Roger. — Morphine et cocaïne: M. Chouppo. — Influences des mouvements respiratoires sur le cœur: M. Brown-Séquard. — Action du chlorure d'éthylène sur la cornée: M. R. Dubois.

M. *Charrin* a essayé de déterminer avec M. *Ruffer* le mécanisme de l'élévation de température qui suit l'inocu-

lation aux lapins du bacille pyocyanique. Les auteurs ont vu que la fièvre se développe sous l'influence des produits solubles des cultures absolument privées de tout germe comme sous l'influence du microbe lui-même. Cette fièvre paraît être en rapport avec l'activité des éléments cellulaires de l'organisme qui luttent contre les microbes; mais elle ne dépend pas absolument de cette cause, et, dans le mécanisme de cette hyperthermie, un rôle doit être laissé à l'action des substances chimiques proprement dites, puisque les produits solubles des cultures ont la même influence sur la température.

— M. *Gley* présente une note de M. *Lambling* (de Lille) sur la cause des différences trouvées dans l'oxygène du sang, suivant qu'on l'extrait au moyen de la pompe à mercure ou qu'on le dose par le procédé de Schutzemberger. M. Lambling montre que ces écarts tiennent à ce que le sang, abandonné dans le vide de la pompe à 60 ou 70 degrés, consomme lui-même une partie de son oxygène, mais cet oxygène sert à l'oxydation de principes organiques autres que les matières colorantes.

— M. *Féré* a étudié, au moyen de l'appareil que M. d'Arsonval a antérieurement présenté à la Société, la différence du temps de réaction, pour diverses sensations, chez les hystériques et les épileptiques.

— M. *Roger*, poursuivant ses recherches sur l'influence des associations microbiennes, a réussi à inoculer le charbon symptomatique au lapin en associant au charbon le bacillus prodigiosus. L'expérience a réussi d'une façon constante.

M. *Nocard* croit que ces expériences sont du même ordre que celles qu'il a faites avec M. *Roux* sur l'augmentation de virulence du charbon par l'acide lactique. Par des injections préalables d'acide lactique ils ont pu en effet donner le charbon à des lapins; c'est que par ce moyen on diminue la résistance de la fibre musculaire. D'autres substances qui agissent sur le muscle comme l'acide lactique ont le même effet. Or les cultures de bacillus prodigiosus donnent naissance à une certaine quantité de triméthylamine.

— M. *Chouppe* a noté, dans les observations de cocaïnisme chronique présentées par M. Magnan dans la dernière séance de la Société, que les malades dont il s'agissait ont pu supporter d'emblée des doses énormes de cocaïne; il attribue ce fait à ce que ces malades étaient des morphinomanes. Il a eu effectivement l'occasion de voir un sujet qui s'était adonné à la cocaïne et dont les accès de cocaïnisme étaient arrêtés par l'injection de 3 à 5 centigrammes de morphine.

— M. *Brown-Séquard* rappelle qu'il a vu autrefois qu'à chaque mouvement respiratoire, à la fin de l'inspiration, chez les animaux à thorax ouvert, le cœur s'arrête un instant. Il a récemment observé le même fait sur des chiens et des lapins à l'état normal, mais respirant un mélange d'acide carbonique et d'oxygène; les inspirations sont très profondes et, à chacune d'elles, le cœur s'arrête. Quelquefois même il a pu constater, au cours de ces expériences, que l'effort expiratoire inhibait aussi le cœur dans ces conditions.

— M. *Gley* dépose une note de M. *R. Dubois* sur l'action du chlorure d'éthylène sur la cornée, dans laquelle M. Dubois décrit les modifications des cellules épithéliales de la membrane de Descemet qui se produisent sous cette influence.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 23 JANVIER 1889. — PRÉSIDENCE DE M. FERNET.

Du sulfonal : M. Bouloumié. — Traitement thermal de la gravelle urique : M. Durand-Fardel (Discussion : MM. C. Paul, Dujardin-Beaumetz, H. Huchard).

M. *Bouloumié* adresse une lettre dans laquelle il fait savoir que, sur deux essais qu'il a faits du sulfonal, il a constaté chez l'un des deux malades, à la dose de 1gr,50, les malaises au réveil qui ont déjà été signalés.

M. *C. Paul* est d'avis qu'il vaut mieux donner en deux prises la dose de 1gr,50, à quelques heures d'intervalle.

— M. *Durand-Fardel* donne lecture d'une note sur le traitement thermal de la gravelle urique. La goutte et la gravelle urique sont le fait du même trouble de ralentissement ou d'anomalie de nutrition, mais la goutte est plus essentiellement diathésique; la gravelle est plutôt une anomalie qui peut être transitoire : on guérit la gravelle, on ne guérit pas la goutte. Le traitement de la gravelle consiste à favoriser l'issue des concrétions déjà formées et à prévenir la formation de concrétions nouvelles. Deux sortes d'eaux minérales peuvent remplir ce but : les bicarbonatées sodiques telles que Vichy et Vals, dont on peut rapprocher Pougues; les sulfatées calciques bicarbonatées, telles que le groupe des Vosges : Contrexéville, Vittel, Martigny, dont se rapprochent également Capvern ou la Preste. Enfin on peut utiliser Evian, qui est une eau indéterminée. Les eaux de Contrexéville, froides et peu minéralisées, agissent surtout par lavage; on les prend à la dose de dix à douze verres dans la matinée. Elles servent surtout à modifier les surfaces qu'elles lavent. Elles sont indiquées lorsqu'il y a une souffrance rénale habituelle ou continue et que l'on suppose un embarras rénal par infarctus urique; l'état d'irritabilité des voies urinaires les contre-indiquent. — Les eaux de Vichy à température et minéralisation élevée, se donnent à moindre dose; elles agissent sur la diathèse elle-même : goutte, diabète, obésité, diathèse urique. Elles sont d'autant meilleures dans la goutte, que celle-ci est régulière; dans le diabète, qu'il n'y a pas de cachexie; dans l'obésité, qu'elle n'est pas périviscérale. Il ne faut pas d'ailleurs compter obtenir la guérison complète, mais une amélioration, très notable. La colique néphrétique est une indication, s'il n'y a pas de signes d'accumulation de graviers dans les bassinets, ou de pyélite; la contre-indication est formelle avec les phénomènes inverses, ou l'irritabilité rénale. La source des Célestins, plus spécialisée pour les voies urinaires, est précisément plus dangereuse dans le cas où existe une lésion véritable dans un point de cet appareil. Souvent, à Vichy, on voit de gros calculs s'éliminer sans crise néphrétique. Les calculs ne sont pas modifiés, mais ce sont les surfaces muqueuses; leur formation nouvelle est entravée. — Les eaux de Pougues sont intermédiaires comme degré d'action à Vichy et à Contrexéville; elles sont bien tolérées pour les voies digestives. La Preste a une action résolutive analogue à celle de Contrexéville ou de Pougues, joint une action sédative manifeste. Evian peut agir par lavage, mais surtout peut-être par l'hydrothérapie et les excellentes conditions climatériques. En résumé : Vichy est indiqué comme traitement de la gravelle urique diathésique; s'il y a irritabilité rénale qui contre-indique Vichy, on choisira Pougues, ou Contrexéville, ou Capvern pour obtenir une action résolutive des catarrhes. Evian devra être préféré lorsqu'on désirera utiliser le minimum d'action médicamenteuse.

— M. *C. Paul* mentionne les bons effets des Eaux-Chaudes, désulfurées à l'air libre, dans les cas de gravelle urique. Il faut distinguer la petite gravelle et la grosse gravelle. La première se dissout par l'usage des eaux minérales

appropriées; dans la seconde, on n'obtient que la désagrégation de la gangue muqueuse et gluante qui englobait les concrétions. Aussi, en pareil cas, la pierre dans la vessie devient-elle plus irritante pour la muqueuse vésicale débarrassée elle-même du mucus qui la recouvrait. Le fait est très connu à Contrexéville. Il signale en outre deux *médications* souvent fort utiles pour combattre la gravelle urique : le phosphate de potasse et de soude, en pilules de 25 centigrammes de chacun, qui amène rapidement l'élimination des gros graviers douloureux; et l'eau oxyazotique donnée en boisson le matin à la dose de 500 grammes, pour dissoudre la gravelle urique.

Il cite un cas de gravelle urique considérable survenu chez un diabétique, après une poussée congestive hépatique très intense, et qui a rapidement disparu sous l'action de l'eau oxyazotique.

M. *Dujardin-Beaumetz* demande à M. Durand-Fardel ce qu'il pense des eaux azotées en pareil cas, et quel parallèle on peut établir entre l'action du traitement médicamenteux par la lithine et les balsamiques, et celle des eaux minérales.

M. *Durand-Fardel* sait que les Eaux-Chaudes et les sources douces de Luchon sont bien tolérées par les sujets ayant de l'irritabilité vésicale, mais il ignore leur action directe sur la gravelle urique. Il ne saurait d'ailleurs admettre la dissolution de la petite gravelle sous l'action d'une eau minérale quelconque; il y a seulement arrêt de production. Il n'a aucun renseignement sur l'action des eaux azotées en pareil cas. Enfin, si le traitement médicamenteux peut suffire chez un graveleux accidentel, il faut le traitement thermal contre la diathèse chez ceux qui font des concrétions.

M. *H. Huchard* cite un cas dans lequel les eaux de Vichy ont amené l'expulsion facile d'un gros calcul chez une femme arthritique présentant des hématuries rebelles. Mais elles ont paru agir moins efficacement contre la diathèse elle-même qui a continué à se révéler par des troubles multiples. — D'autre part, bien que l'antipyrine « ferme le rein » ainsi qu'on l'a dit, et que l'on recherche au contraire les diurétiques pour les graveleux, il a vu l'antipyrine non seulement calmer les douleurs néphrétiques, mais amener au bout de quelque temps la diminution, puis la disparition de la gravelle. Il se contente de signaler ce fait en apparence paradoxal.

M. *Durand-Fardel* fait observer que l'on ne peut s'attendre à ce que le traitement de Vichy guérisse la diathèse; peut-on jamais arriver à un pareil résultat? Mais il la modifie souvent avantageusement et amène, en effet, assez fréquemment l'expulsion indolore de gros calculs : c'est ce qui a eu lieu chez la malade de M. Huchard.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

De l'action physiologique du bornéol, par M. Stockmann. — Dans ce mémoire, l'auteur étudie comparativement le camphre do Bornéo, le camphre N'gai et un produit isomère retiré de l'essence de térébenthine, le bornéol; en un mot, les propriétés physiologiques du groupe des camphres. Administrées à la grenouille, au lapin, au chat et au cobaye, ces substances provoquent des phénomènes paralytiques. Chez les mammifères, on observe d'abord des convulsions épileptiformes; puis des accidents comparables à ceux d'une intoxication alcoolique. Les lapins ne sont pas atteints de convulsions.

Les battements du cœur diminuent de fréquence, mais leur amplitude est augmentée ainsi que la pression artérielle. Il existe de plus une notable dilatation des vaisseaux, du ralentissement de la respiration, enfin de la glycosurie.

M. Stockmann conclut de ces faits que les substances de ce groupe ont des affinités puissantes avec les alcools, et que leurs propriétés convulsivantes augmentent à mesure que le nombre des atomes d'hydrogène est moins considérable. Ce sont des agents stimulants du système nerveux et du cœur à la manière des alcools. Enfin, le bornéol possède des propriétés moins irritantes que le camphre. (*Journ. of phys.*, août 1888.)

Expériences sur l'action diurétique des sels de mercure, par MM. Rosenheim et Silva. — Le premier de ces observateurs isolait le rein gauche de chiens de forte taille, introduisait des canules de verre dans les vaisseaux et l'uretère, et injectait dans l'artère des solutions d'oxyde mercurique dans l'eau chargée de 5 pour 100 d'asparagine. La solution était-elle faible? Pas de modification de la vitesse d'écoulement du sang, ni de l'énergie sécrétoire du rein.

Avec une solution forte, correspondant à trois doses de calomel de 20 centigrammes administrées pendant trois jours, la diurèse était augmentée dans le rapport de dix-sept fois, mais diminuait dans l'espace de dix minutes. La quantité de sang écoulé par la vessie pendant ce même temps était accrue, de sorte qu'on peut expliquer ces phénomènes diurétiques par l'irritation de l'épithélium. (*Zeits. f. klin. Med.*, 1888, Bd. 14.)

M. Silva attribue les effets diurétiques des mercuriaux chez les cardiaques aux causes suivantes : 1° une hyperglycémie artificielle et la dilatation des vaisseaux rénaux par irritation des *canaliculi contorti;* 2° la dilatation des vaisseaux rénaux chez les hydropiques : cette dilatation facilitant l'afflux du sang dans l'artère rénale et conséquemment augmentant la vitesse de l'écoulement dans la vessie. Ce sont là des indications favorables à l'accroissement de la diurèse.

Pour cette même raison, la sécrétion urinaire augmenterait chez les fébricitants quand les vaisseaux rénaux sont en dilatation. De là, sans nul doute, l'impuissance des mercuriaux comme diurétiques chez ces derniers, puisqu'ils ne peuvent pas provoquer une dilatation existant déjà en vertu du processus fébrile. (*Central f. klin. Med.*, 1888, n° 19.)

BIBLIOGRAPHIE

Etudes sur les maladies du foie : Cancer (épithéliome), Sarcome, Mélanomes, Kystes non parasitaires, Angiomes, par MM. V. Hanot et A. Gilbert. Avec 30 figures en chromotypographie et 7 figures en noir. — Paris, 1888. Asselin et Houzeau.

Cet ouvrage représente le premier volume d'une série d'études sur les principales questions de la pathologie hépatique : il est exclusivement consacré à l'histoire des néoplasies du foie.

On peut dire qu'il se décompose, envisagé dans son ensemble, en deux parties distinctes : une intéressante et très complète étude du cancer du foie, et un groupe de chapitres, forcément plus brefs, consacrés à la description de néoplasmes rares observés au niveau du foie : le sarcome, les tumeurs mélaniques, les kystes non parasitaires et les angiomes.

Les documents fournis par les auteurs sur ces diverses lésions hépatiques sont d'autant plus précieux que leur étude a été, en général, fort négligée, ou même complètement passée sous silence dans les monographies antérieures ou dans les traités didactiques.

La sarcomatose hépatique primitive n'est établie jusqu'ici

que sur un trop petit nombre d'observations, dont quelques-unes assez peu péremptoires, pour qu'il soit possible de lui consacrer une description bien topique; mais il en est autrement du sarcome secondaire, dans ses diverses formes : fuso-sarcome, globo-sarcome, lympho-sarcome, chondro-sarcome, léio-myo-sarcome, etc. Leur symptomatologie rappelle d'ailleurs de très près celle du cancer secondaire, si l'on excepte l'âge ordinairement peu avancé des sujets, les particularités inhérentes au siège du néoplasme primitif, et le long intervalle entre l'apparition de celui-ci et la métastase au niveau du foie.

La mélanose pathologique (par opposition à la mélanose de putréfaction) se divise en fausse mélanose hématique dans laquelle la matière colorante est l'hématine du sang altérée, et en mélanose vraie ou mélaninique avec grains de pigment constitués par la mélanine. A la première se rapportent le foie pigmenté palustre et sans doute le foie du diabète bronzé; à la seconde appartiennent les néoplasies mélaniques ou mélanomes qui se répartissent en trois variétés : mélanomes simples, mélano-sarcomes, et mélano-épithéliomes. Elles sont l'objet d'une complète description d'ensemble, anatomique et clinique, fixant l'histoire de ce groupe de néoplasies du foie consécutives à des mélanomes développés dans l'œil ou au niveau de la peau.

Enfin, les kystes non parasitaires : kystes simples, séreux ou biliaires, si souvent coexistant avec la dégénérescence kystique du rein, et les angiomes du foie terminent la liste des néoplasies rares étudiées par MM. Hanot et Gilbert, qui donnent de ces derniers une interprétation pathogénique différente de celle de Virchow et très voisine de l'opinion émise par Chervinsky. Pour eux, l'absence de néoformation vasculaire et d'hépatite interstitielle, et la ressemblance de ces angiomes acquis avec les plaques congestives du foie, autorisent à les considérer comme des zones de congestion excessive, irrémédiable, nettement limitée, avec élargissement excessif des capillaires normaux et tassement des éléments interposés; de plus, il se produira un certain degré de néoformation conjonctive et des communications, par usure ou rupture, entre les lacunes vasculaires. Ce sont, en résumé, de véritables angiectasies caverneuses.

Tels sont, brièvement analysés, les divers sujets qui composent cette seconde partie de l'ouvrage; nous avons tenu à en doner une idée succincte, nous réservant d'insister plus particulièrement sur les importants chapitres consacrés à l'étude anatomique et clinique du cancer du foie.

Le cancer du foie présente deux variétés : le cancer primitif et le cancer secondaire. Cette dernière est depuis longtemps bien connue et décrite avec soin dans tous les ouvrages classiques, aussi nous semblerait-il supperflu de nous y arrêter longuement; signalons seulement les intéressants paragraphes consacrés à l'histogenèse et à la pathogénie, par embolie intracapillaire, des nodules carcinomateux développés secondairement dans le foie. L'étude microscopique du cancer secondaire montre qu'il appartient, suivant les cas, à divers types : épithéliome pavimenteux, absolument exceptionnel; épithéliome cylindrique avec stroma alvéolaire ou tubulé sur lequel s'implantent perpendiculairement les cellules cylindriques; enfin épithéliomes glandulaires conservant d'une façon générale leur forme originelle et présentant les dispositions soit alvéolaire, soit tubulée de leur stroma conjonctif.

Le cancer primitif, moins bien connu jusqu'ici, et dont l'existence même était mise en doute il y a peu de temps encore par quelques-uns, a été l'objet, de la part de MM. Hanot et Gilbert, d'une étude approfondie qui a mis définitivement en pleine lumière ce chapitre important de la pathologie hépatique.

Le cancer primitif affecte trois formes anatomiques différentes d'aspect : le cancer massif, le cancer nodulaire et le cancer avec cirrhose. Le cancer massif a été déjà fort bien décrit par M. Gilbert dans sa thèse inaugurale, et l'analyse qui en a été donnée à l'époque dans ce journal nous permet de ne pas insister. Il s'agit alors d'un gros foie, non déformé, non bosselé, renfermant une masse néoplasique volumineuse, lardacée, siégeant plus souvent dans le lobe droit et pouvant affecter la disposition dite en amande. Assez souvent, il existe quelques noyaux plus petits dans le reste du parenchyme. Presque jamais on ne constate d'ascite ou d'ictère ; la rate est grosse.

Le cancer nodulaire présente un aspect assez semblable au cancer secondaire; mêmes nodosités hérissant le foie augmenté de volume et déformé, même variabilité de forme et de dimension de ces nodosités, même dépression centrale sur quelques-unes : périhépatite et ascite à peu près constantes.

Enfin le cancer avec cirrhose, sur lequel l'accord n'est peut-être pas encore fait d'une façon définitive, est essentiellement constitué par la coexistence de lésions cirrhotiques et de lésions cancéreuses : nodules cancéreux parsemant un foie cirrhosé, mamelonné, et d'ordinaire peu augmenté de volume. Est-ce un cancer hépatique? MM. Hanot et Gilbert n'hésitent pas à le considérer comme tel, et à l'assimiler entièrement aux autres formes du cancer du foie. On sait que c'est à cette lésion que Sabourin a donné le nom d'adénome, et qu'un certain nombre d'auteurs se sont ralliés à son opinion. Nous ne voulons pas reprendre ici cette intéressante discussion, fort brillamment résumée par M. Dreyfus-Brisac dans une récente revue critique (voy. le n° du 14 décembre 1888); nous nous contenterons de rappeler que, pour Lancereaux, la sclérose hépatique serait consécutive à l'infiltration adénomateuse; pour Brissaud et Sabourin, la cirrhose est primitive, l'adénome n'en est qu'une complication, comme elle d'ordre inflammatoire et non spécifique, mais pouvant se transformer en néoplasme infectant : c'est une sorte d'*avant-marche* (Schüppel) du cancer; pour Hanot et Gilbert, la cirrhose et l'adénome évoluent simultanément, l'agent irritatif agissant à la fois sur le tissu conjonctif et l'élément épithélial. Il s'agit donc d'une hépatite épithéliale amenant la formation d'un épithéliome ; ce qui ramène, comme le fait fort justement observer Dreyfus-Brisac, vers l'opinion, si dénigrée depuis, de Portal et de Broussais sur l'origine inflammatoire des processus cancéreux. Il s'agit, d'ailleurs, d'une forme de cancer hépatique un peu différente dans son aspect et en particulier dans ses allures : au lieu de la propagation par le système lymphatique, c'est l'envahissement du système veineux qui sert à la propagation du néoplasme.

Nous voudrions nous arrêter sur l'intéressante étude histogénique du cancer primitif du foie, si bien exposée par les auteurs, mais nous ne saurions rendre cette analyse plus longue, bien qu'il s'agisse d'un des points les plus importants de l'ouvrage : ils montrent que le cancer du foie est un épithéliome parenchymateux à forme alvéolaire ou trabéculaire. Bien que chacune de ces variétés histologiques ne réponde pas d'une façon absolue à une forme anatomique, cependant on peut dire qu'en général les cancers massif et nodulaire sont des épithéliomes alvéolaires, tandis que le cancer avec cirrhose est constitué par l'épithéliome trabéculaire. Enfin, l'examen histologique des coupes montre nettement que le processus de multiplication cellulaire n'est pas limité aux points manifestement atteints par le cancer ; très souvent le foie est lésé dans sa presque totalité et les nodules cancéreux visibles à l'œil nu ne correspondent qu'à « des maxima de lésion ».

Ajoutons que les descriptions cliniques fort soignées et les nombreuses observations inédites jointes au texte seront fort appréciées des médecins qui prendront connaissance de cet important ouvrage.

André Petit.

VARIÉTÉS

Concours d'agrégation de médecine. — Voici la suite des questions que les candidats ont eu à traiter :

M. Royer : Troubles du système nerveux dans les maladies du cœur.

M. Brault : Des crises dans les maladies aiguës.

M. Chantemesse : De la désinfection comme moyen prophylactique des maladies transmissibles.

M. Jeannel : Pathogénie de la suppuration.

M. Aubry : De la cachexie cardiaque.

M. Marie : De l'influence étiologique du froid dans les maladies.

M. Roque : De la thrombose.

M. Colin : Transmission des maladies contagieuses dans le mariage.

M. Letulle : De l'érysipèle à répétition.

M. Grenier : De l'ictère dans les maladies infectieuses.

Association médicale mutuelle. — L'assemblée générale de l'Association fondée par M. le docteur Gallet Lagoguey aura lieu le dimanche 10 février, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, à trois heures très précises.

Ordre du jour : 1° Vote pour l'admission définitive des confrères provisoirement admis et proposés à l'unanimité par le Conseil ; 2° Allocution du président ; 3° Rapport du secrétaire général ; 4° Rapport du trésorier ; Approbation des comptes ; 5° Election du bureau. (Messieurs les membres honoraires sont éligibles à toutes les fonctions).

N. B. — Ainsi qu'il a été décidé à la dernière Assemblée générale, le trésorier sera, de deux heures et demie à trois heures, à la disposition des associés qui vouront faire des versements anticipés.

Asile Sainte-Anne. — A partir du 6 février, M. le docteur Rouillard, chef de clinique de la Faculté, médecin-adjoint des asiles d'aliénés de la Seine, fera des conférences cliniques sur les maladies mentales, dans les pavillons de la clinique à l'asile Sainte-Anne, tous les mercredis à quatre heures de l'après-midi.

École d'Alger. — Par décret, en date du 31 décembre 1888, l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger est transformée en Ecole de plein exercice.

Souscription Duchenne (de Boulogne).

Cinquième liste.

MM. de Watteville, rédacteur du *Brain*, à Londres	100 fr.	»
Féréol	50	»
Duguet	20	»
Sanchez Roledo	20	»
J.-W. Nunn (de Londres)	25	»
Total	215	»
Montant des listes précédentes	2490	»
Total général	2705 fr.	»

Académie royale de médecine de Belgique. — *Programme des concours* 1888-1889. — 1° Etablir et discuter les moyes de diagnostic différentiel des tumeurs du ventre. Prix : 600 francs. — Clôture du concours : 15 mars 1889.

2° Faire l'étude de l'érysipèle charbonneux ou rouget du porc, au point de vue de ses causes, de ses manifestations, de ses lésions, de sa prophylaxie et de son traitement ; établir éventuellement ses rapports avec les affections charbonneuses, bactéridiennes et bactériennes. Prix : 600 francs. — Cloture du concours : 15 mars 1889.

3° Faire connaître, en s'appuyant sur des recherches personnelles et inédites, une méthode exacte et facilement réalisable pour le dosage des alcaloïdes dans les substances médicamenteuses et dans les préparations pharmaceutiques. Prix : 500 francs. — Clôture du concours : 15 décembre 1889.

4° Déterminer par de nouvelles recherches le mode de formation des globules rouges et blancs du sang. Prix : 500 francs. — Clôture du concours : 15 décembre 1890.

5° *Prix fondé par le docteur da Costa Alvarenga.* — Aux termes du testament de M. Alvarenga, « l'intérêt capital constituera un prix annuel qui sera appelé : *Prix d'Alvarenga, de Piauhy* (Brésil). Ce prix sera décerné, à l'aniversaire du décès du fondateur, à l'auteur du meilleur mémoire ou ouvrage inédit (dont le sujet sera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine, lequel ouvrage sera jugé digne de récompense, après que l'on aura institué un concours annuel et procédé à l'examen des travaux envoyés selon les règles académiques. Si aucun des ouvrages n'était digne d'être récompensé, la valeur du prix serait ajoutée au capital. » Prix : 700 francs. — Clôture du concours : 15 décembre 1889.

Conditions du concours. — Les membres titulaires et les membres honoraires de l'Académie ne peuvent point prendre part aux concours.

Les mémoires, lisiblement écrits en latin, en français ou en flamand, doivent être adressés, *francs de port*, au secrétaire de l'Académie, à Bruxelles.

Sont exclus des concours : 1° le mémoire qui ne remplit pas les conditions précitées ; 2° celui dont l'auteur s'est fait connaître directement ou indirectement ; 3° celui qui est publié, en tout ou en partie, ou présenté à un autre corps savant.

L'Académie exige la plus grande exactitude dans les citations, ainsi que la mention de l'édition et de la page du texte original. Le mémoire de concours et le pli cacheté dans lequel le nom et l'adresse de l'auteur sont indiqués doivent porter la même épigraphe. Le pli annexé à un travail couronné est ouvert par le président en séance publique. Lorsque l'Académie n'accorde qu'une récompense à un mémoire de concours, le pli qui y est joint n'est ouvert qu'à la demande de l'auteur. Cette demande doit être faite dans le délai de six mois. Après l'expiration de ce délai, la récompense n'est plus accordée. Le manuscrit envoyé au concours ne peut pas être réclamé ; il est déposé aux archives de la Compagnie. Toutefois l'auteur peut, après la proclamation du résultat du concours, faire prendre copie de son travail.

L'Académie accorde gratuitement à l'auteur du mémoire dont elle a ordonné l'impression cinquante exemplaires tirés à part et lui laisse la faculté d'en obtenir un plus grand nombre à ses frais.

Nécrologie. — M. le docteur Peulevé Victor vient de mourir à Amiens. Ancien interne des hôpitaux, il se fit remarquer par son dévouement pendant l'épidémie cholérique de 1866, il devint chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu et professeur de pathologie externe à l'Ecole secondaire.

Mortalité a Paris (4° semaine, du 20 au 26 janvier 1889. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 14. — Variole, 5. — Rougeole, 49. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 13. — Diphthérie, croup, 43. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 188. — Autres tuberculoses, 16. — Tumeurs : cancéreuses, 29 ; autres, 5. — Méningite, 26. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 63. — Paralysie, 4. — Ramollissement cérébral, 11. — Maladies organiques du cœur, 45. — Bronchite aiguë, 39. — Bronchite chronique, 43. — Bronchopneumonie, 41. — Pneumonie, 63. — Gastro-entérite : sein, 8 ; biberon, 34. — Autres diarrhées, 6. — Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 33. — Sénilité, 43. — Suicides, 8. — Autres morts violentes, 6. — Autres causes de mort, 177. — Causes inconnues, 19. — Total : 1040.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Guide pratique de petite chirurgie, par M. le docteur Michel Gangolphe, précédé d'une lettre de M. le professeur Léon Tripier. 1 vol. in-12 de 140 pages, avec 4 planches hors texte. Paris, O. Doin. 2 fr.

L'hygiène du vélocipédiste, par M. le docteur P. Tissié. 1 joli volume in-18 de 300 pages et 40 figures, cartonné avecfers spéciaux Paris, O. Doin. 3 fr. 50

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

18268. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

BULLETIN

Paris, 13 février 1889.

Académie de médecine : **Le tétanos. — L'origine de la fièvre. — La mortalité dans l'armée et la flotte.**

La discussion de l'étiologie du tétanos est rouverte devant l'Académie et nous publions aujourd'hui un nouveau travail de M. Verneuil à l'appui des considérations qu'il défend avec tant de conviction et d'énergie. Hier, dans un excellent discours, aussi net et concis dans la forme que riche d'observations personnelles et d'expérience clinique, M. Nocard est venu affimer à son tour que le tétanos était une maladie infectieuse et inoculable, par conséquent transmissible d'un animal à un autre ou de l'animal à l'homme par contact *médiat*. Pas plus que M. Leblanc, M. Nocard n'admet la contagion *directe*. Comme lui, il croit à l'influence de causes générales et de prédispositions individuelles. Mais ce sont là des arguments que M. Verneuil ne contredit point. Il en est de même pour toutes les maladies infectieuses. Il faut un certain degré de réceptivité individuelle pour qu'un virus, quel qu'il soit, puisse se développer dans l'organisme. Il faut souvent qu'une influence extérieure, déprimante comme le surmenage ou active comme le refroidissement, vienne mettre cet organisme en état de réceptivité, pour que la maladie se déclare. Cela ne veut point dire d'ailleurs que celle-ci n'est pas provoquée soit par un microbe spécifique, soit plus souvent encore par les produits de sécrétion de ce microbe. M. Leblanc, dont la grande expérience apportait au débat toute une série d'observations très intéressantes à examiner, a envisagé la question du tétanos au point de vue de la contagiosité telle qu'on l'admettait jadis. Jamais, a-t-il dit, on ne voit un cheval transmettre à son voisin la maladie dont il est atteint. M. Trasbot, qui sans doute parlera mardi prochain dans le même sens, avait déjà devant la Société de thérapeutique (voy. *Gazette hebdomadaire*, 1888, p. 774), insisté dans le même sens. Mais n'en est-il pas de même pour le charbon ; ne faut-il pas que la bactéridie charbonneuse ait passé par le sol pour transmettre la maladie à tout un troupeau ? N'en est-il pas également ainsi pour la fièvre typhoïde ? Et n'en faut-il pas conclure que si la contagion *médiate*, c'est-à-dire l'inoculation des produits virulents, réussit dans un grand nombre de cas, ce n'est point à dire pour cela que la maladie ainsi inoculable soit directement contagieuse.

Quant à l'influence des causes extérieures sur la propagation du tétanos, elle est considérable et M. Nocard a bien eu raison de rappeler qu'il en est de même pour la pneumonie... et beaucoup d'autres maladies aujourd'hui reconnues pour être microbiennes. Cela ne veut pas dire toutefois qu'il faille nier l'existence ou l'influence du microbe. La guérison du tétanos par une amputation secondaire semble bien prouver qu'il existe, qu'il reste localisé dans les tissus où il a été inoculé et que ses produits de sécrétion vont se porter un peu partout et déterminer la maladie.

Après un assez long débat, que l'intervention de M. Trélat a fait résoudre conformément au règlement de l'Académie et aux intérêts scientifiques que celle-ci a pour mission de protéger et de défendre, il a été décidé que M. Hayem ferait mardi prochain un rapport sur le travail qu'il venait de présenter au nom de son élève M. Roussy. Il convient d'espérer que, durant cette semaine, M. Roussy se décidera à faire connaître la source ou la nature du produit pyrétogène qu'il a découvert. On ne peut discuter devant une Académie ni sur un remède secret ni sur les résultats d'un procédé de laboratoire que son auteur ne divulgue pas. Il nous semble que si M. Roussy prétend garder secrets ses procédés de recherche, M. Hayem ferait mieux de ne pas lire de rapport à ce sujet. Les *plis cachetés* existent pour assurer la priorité de découvertes encore trop peu précises pour pouvoir être officiellement divulguées.

— L'important travail de M. Lagneau sur la mortalité comparative des marins et des soldats français dans les diverses colonies comble une lacune qui avait été signalée depuis longtemps, notamment par nos confrères de la marine. Il a toujours semblé que les administrations publiques redoutaient les investigations des démographes et qu'elles fuyaient la lumière ; cependant il n'en est pas une qui n'y ait puisé des renseignements utiles et qui n'ait eu finalement à s'en féliciter. M. Lagneau, avec une patience et une érudition qu'on ne saurait trop reconnaître, a fait à lui seul ce travail considérable que l'administration n'avait

pas encore osé tenter. Les résultats qu'il en a tirés montrent les immenses services rendus à l'hygiène coloniale par le corps de santé dans les diverses contrées où la France a planté son drapeau; ils montrent aussi sur quels points particuliers ces efforts, dévoués et autorisés, devront porter. A ces divers titres, cette communication aura un grand retentissement.

THÉRAPEUTIQUE

Les indications thérapeutiques des mercuriaux comme diurétiques.

On n'a pas oublié — c'est de l'histoire contemporaine — l'étonnement que causa le mémoire où, dans les *Deutsche Archiv. für klinische Medic.* de 1886, Ernst Jendrassik annonçait aux thérapeutes la puissance diurétique du calomel.

On s'étonna, mais bien à tort; il ne s'agissait ni d'une révélation, ni d'une découverte originale, mais seulement d'une restitution. Le hasard de l'expérimentation clinique venait, en effet, de rendre au calomel une vertu que nos anciens, sans pouvoir en donner raison, attribuaient à diverses préparations mercurielles.

Paracelse, J. Frank, Boerhave, Hoffmann, étaient de ceux-là. Plus près de nous, à la page 408 de son *Traité de médecine pratique*, Pierre Franck n'avait-il pas écrit une phrase que les modernes inventeurs de cette ancienne médication liront, je pense, avec intérêt et dans laquelle il précisait les indications de son emploi diurétique en disant: « On a vu une petite quantité de mercure doux dissiper, par un flux abondant d'urine, une ascite compliquée d'anasarque. » Il ajoutait encore : « Par l'addition au calomelas, d'une petite quantité d'opium, on prévient l'effet purgatif »; il remarquait ainsi, comme d'autres l'ont fait depuis, que cette action diurétique du calomel est indépendante de son action purgative.

Vint Stokes. Plus affirmatif encore, il recommandait chaleureusement le calomel contre « l'anasarque, accompagnant l'affaiblissement du cœur et sa dilatation » et en attribuait l'action thérapeutique, non pas au ptyalisme, non pas à un effet spécifique du mercure, mais bien à ses propriétés diurétiques.

Ces citations suffisent. Je rappelle seulement que Saharjin a fort opportunément insisté sur la méthode du médecin anglais dans le n° 1 du *Centralblatt für die gesammte Therapie* de 1886. Je rappelle encore que M. Longuet a aussi insisté l'un des premiers sur ce point d'histoire, et je passe outre pour me placer au point de vue, le seul d'ailleurs intéressant ici, des indications thérapeutiques, de la physiologie et de la posologie des mercuriaux comme diurétiques contre les hydropisies.

I

Revenons donc, dans le présent, à la première observation de Jendrassik. On l'a souvent reproduite : elle est classique ; je l'abrège.

Nous sommes à la clinique de M. Wagner, à Buda-Pest, en présence d'un hydropique. Son anasarque est considérable. D'où vient-elle? De troubles circulatoires. A quelle cause attribuer ces derniers ? M. Jendrassik l'ignore. Il pense cependant à la syphilis. C'est d'intuition; il l'avoue ; ce n'est pas un diagnostic ferme. Et puis quand on hésite c'est si commode, la syphilis... et parfois si réel !

Il prescrit donc le calomel, non pas le calomel seul, mais une préparation purgative fort classique, un mélange de calomel et de jalap à petites doses. Deux jours se passent, le malade urine abondamment et l'œdème disparait.

Encouragé par ce résultat inattendu, M. Jendrassik entreprend des essais systématiques, sur sept cardiaques. L'état général de ces malades est grave; ils accusent des troubles respiratoires, de l'asystolie, de l'hydropisie, de l'œdème des membres inférieurs et de l'oligurie. Leur cœur et leurs vaisseaux ont résisté à la digitale. Même impuissance de la caféine. M. Jendrassik administre le calomel, et voici que, le surlendemain, c'est-à-dire après quatre ou cinq doses quotidiennes de chacune 20 centigrammes, la diurèse augmente et rapidement s'élève à 7, 8 et même 9 litres par vingt-quatre heures.

Il est vrai que cette diurèse s'atténue bientôt en raison directe de la résolution de l'anasarque, que cette action diurétique s'épuise, et qu'après un temps plus ou moins long et la cessation du calomel, les hydropisies récidivent. M. Jendrassik revient à la préparation mercurielle: mêmes effets thérapeutiques. Bref, ce que Stokes avait écrit avant lui, M. Jendrassik le voyait à son tour.

Le calomel posséderait donc des vertus diurétiques et les seuls inconvénients de son emploi seraient ceux du mercurialisme commençant: la saveur métallique, le ptyalisme, la stomatite et parfois la diarrhée. Le thérapeutiste hongrois l'affirme : c'est sa conclusion.

D'autres observateurs, dont le nombre est aujourd'hui fort grand, ont reconnu et étudié ces vertus. Ils les ont vantées avec une admiration parfois enthousiaste, et actuellement, après un long oubli, ils proposent de rendre au mercure un rang élevé dans l'arsenal assez pauvre de la médication diurétique.

Après les observations de M. Jendrassik, celles de M. Stiller. Dans le *Wiener medicinische Wochenschrift* de 1886, cet observateur n'hésitait pas à proclamer la puissance hydragogue du calomel, ce qui était assez classique, et à célébrer — ce qui l'était moins — sa supériorité sur la digitale.

A cet effet, il énumérait ses essais et ses succès. Ceux-ci sont aussi nombreux que ceux-là. Quatorze cardiaques ingèrent du calomel ; tous urinent abondamment du troisième au quatrième jour. Pas un seul revers! De telles victoires ne sont-elles pas inaccoutumées, avec les meilleurs agents de la matière médicale ?

Même satisfaction de la part de M. Mendelsohn (*Deut. medicin. Woch.*, 1886, n° 45). Il affirme cette souveraine puissance diurétique du calomel à laquelle aucun de ses malades n'a pu résister. C'est plus qu'une victoire, c'est un triomphe !

En février 1887, Nothnagel dépose à son tour en faveur de cette médication. Du haut de sa chaire magistrale, il proclame son efficacité contre les hydropisies réfractaires à la digitale, à la caféine et au salicylate de soude. De plus — fait noté par Stokes — il déclare, lui aussi, que l'action diurétique du calomel n'est pas immédiate, qu'elle se fait parfois attendre et qu'elle peut manquer, malgré l'ingestion régulière de doses convenables durant plusieurs jours.

Il remarque aussi, toujours après Stokes, dont on oublie souvent de citer le nom, que cette infidélité est éphémère.

Le calomel a échoué une première fois. Est-ce un motif d'en cesser l'usage ? Non ; il faut répéter la prescription. Un premier échec ne doit pas rebuter le thérapeutiste et faire abandonner le médicament. Le médecin anglais l'avait dit; le médecin viennois le répète : « *Il faut y revenir à plusieurs reprises.* »

M. Nothnagel rapporte l'histoire de deux malades. C'est peu, ce serait même très insuffisant. Voici heureusement M. Rosenstein qui présente seize cas de cardiopathie, traités par le calomel. C'est mieux.

Treize fois, déclarait-il le 7 mars 1887 à la *Société de médecine interne de Berlin*, il a par cette méthode provoqué « une polyurie paroxysmale », après l'échec de la digitale et l'administration inutile de la caféine. Trois fois seulement l'action diurétique ne se produisit pas. Voilà des résultats un peu différents de ceux annoncés par Jendrassik, Mendelsohn et Stiller. Ils auraient été de nature à modérer l'enthousiasme, si le même observateur ne les avait exagérés en proclamant à tort l'utilité fort contestable du calomel dans huit cas de néphrite. Onze fois cependant il avait observé, avouait-il, des stomatites et des diarrhées profuses justiciables seulement de l'opium.

Quelques jours après, le 23 mars, devant la même Société, M. Leyden apportait à son tour un contingent de preuves cliniques sur la valeur de cette médication. Son témoignage était plus réservé. Dans trois cas de cirrhose hépatique avec ascite, une seule fois l'ascite cédait à l'action diurétique du calomel. Dans quatre cas de cardiopathie avec asystolie, M. Leyden avait été plus fortuné et avait obtenu quatre fois la disparition de l'hydropisie. Son collègue, M. Bast, n'avait pas été moins heureux chez un cardiaque artério-scléreux et hydropique. Enfin, même succès dans une série de neuf cardiopathies où M. Biro employa cette médication.

Cependant voici un autre témoignage. Il est moins optimiste. M. Furbringer l'a professé devant la même Société berlinoise : « J'ai bien, répondait-il à ses collègues, obtenu une abondante diurèse par l'administration du calomel, mais cette action diurétique est éphémère. Elle cesse promptement, et — aveu de franchise — *il n'existe pas un seul cas dans lequel je puisse me vanter d'avoir pu, par cette médication, prolonger pendant un instant la vie d'un seul malade.* »

MM. Fraenkel et Drasche (de Vienne) ne formulent-ils pas les mêmes réserves, et ne donnent-ils pas à entendre que, si le calomel échoue, on ignore la cause de l'échec, et que, s'il réussit, on ne peut donner la raison de son succès ? Au demeurant, jusqu'à présent, il n'y a pas eu de l'autre côté du Rhin cet accord unanime des observateurs, dont, tout dernièrement, on nous affirmait l'existence.

Tout récemment, d'autres travaux ont été publiés dans le but de préciser la question : tels ceux de Schwass (*Berliner klinische Woch.*, 17 septembre 1888) ; de Wladislas Bieganski et de Stintzing (*Deut. Arch. für klin. Med.*, Bd 43, 1887) ; d'Ignajteff (*Petersburger med. Woch.*, n° 44, 1888) ; tel surtout celui de M. Terray (*Wien. med. Press*, 1888, n° 50), se plaçant au point de vue plus général du traitement des hydropisies de causes diverses par ce médicament. A son avis, qui de jour en jour devient celui de la majorité des médecins allemands, le calomel rend des services contre l'hydropisie des cardiaques. Par contre, ces vertus sont moins fidèles et moins précieuses, pour combattre les anasarques d'origine rénale. Il n'est pas seul à le déclarer ; on va le voir ; les médecins italiens partagent cette opinion.

Passons en Italie. Là aussi l'action diurétique du calomel a une histoire. Dès 1887, à la réunion de l'Association médicale italienne, M. Silva et M. Balestreri (de Gênes) reconnaissaient les propriétés diurétiques de ce médicament. De plus, à la page 38 des *Annali universali di medicina* de cette même année, M. Brugnatelli leur rendait un chaleureux hommage, mais — circonstance à noter, — mentionnait dans l'observation qu'il publiait l'association du sel mercuriel avec le jalap. Ces résultats thérapeutiques se partageaient donc entre l'agent purgatif et le médicament diurétique ; on se demande auquel des deux le succès appartient. Est-ce à l'émonction intestinale ou bien à l'émonction rénale que l'on doit l'attribuer ?

Sous ces réserves, ces trois observateurs raisonnent en cliniciens avisés et adoptent une opinion moyenne. Pour eux le calomel est un diurétique de choix chez les cardiaques et tout au plus un diurétique de nécessité chez les rénaux !

En Hollande, semblables essais. Dans le service de clinique de M. Pel, à l'Université d'Amsterdam, M. Meyzes administre le calomel à vingt-sept cardiaques, et obtient des résultats favorables, mais inconstants. Chez ces malades, il existait de l'asystolie, de la myocardite graisseuse et des lésions valvulaires anciennes.

En Angleterre, les tentatives ont été moins nombreuses ou plus discrètes. Malgré le nom de Stokes attaché à cette médication, il semble que ses compatriotes ont résisté à cet enthousiasme contagieux. Une communication de M. Talfour Jones au Congrès de 1888 de l'Association médicale britannique s'y rapporte. Elle a pour objet un cas d'ascite hépatique traité par le calomel. C'est un fait à rapprocher de ceux dont Obolenski (de Moscou) a publié l'histoire en 1885 ; ce n'est pas un document décisif.

Revenons en France. Il est temps. Malgré la prudence de nos compatriotes à l'égard de cette médication, rappelons, puisqu'on a omis de citer son nom et son travail, que M. Lannois, l'un des premiers, sinon le premier parmi nous, la signalait dans le *Lyon médical* de 1886, au retour d'un voyage en Autriche et d'une visite à la clinique de Wagner. Depuis, avec des fortunes variables, elle a été essayée dans les hôpitaux de Paris. M. H. Huchard en fait usage sans résultats décisifs jusqu'à présent (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1889 n° 6), et M. A. Mathieu a conseillé tout récemment de la mettre à l'essai (*Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 53). Quand à M. G. Sée, il se déclare plus satisfait et dans l'une de ses dernières Leçons il en proclame les mérites, après ces observateurs de nationalités si diverses, après Collins, après Masius, après Snyers et après d'autres encore.

J'arrête ici cette énumération. Elle est incomplète, je le sais, et cependant elle me paraît suffisante pour dégager une première conclusion pratique, à savoir : que l'action diurétique du calomel, observée par Stokes et quelques thérapeutistes d'autrefois, n'est pas une illusion thérapeutique. Loin de là ; elle peut même, mais exceptionnellement et à défaut d'autres, devenir, entre des mains expérimentées, une ressource suprême de la médication hydragogue.

II

Essayons au moyen de ces documents d'en dégager les indications.

Après les premiers succès de Jendrassik et de ses émules, les expérimentateurs se disaient, ceux d'Allemagne surtout : le calomel serait-il donc le médicament de toutes les hydropisies? On le prescrivit donc contre les épanchements pleuraux, les ascites d'origine hépatique, les ascites rénales, comme on venait de l'ordonner contre les anasarques des cardiopathies.

Or les épanchements pleuraux lui résistent; Rosenstein l'a montré. Heureusement que contre eux le clinicien dispose d'autres ressources, et, comme je le rappelais récemment à cette place, d'un diurétique plus usuel et mieux maniable, le lait (*Gazette hebdomadaire*, 1888).

Les ascites de la cirrhose hépatique cèdent-elles à l'action diurétique du calomel? Non pour les uns, qui, avec Rosenstein et Schwass, en considèrent l'emploi comme inutile; quelquefois pour Leyden, Talfour Jones, Obolenski et M. Lannois; rarement, sinon jamais, pour d'autres. Bref, la question est en suspens ; il y a désaccord entre les observateurs.

Ils ne s'entendent pas mieux quand il s'agit de le prescrire contre les ascites d'origine rénale. Silva, Balestreri et Brugnatelli en condamnent l'administration aux individus porteurs de néphrites et de glomérulo-néphrites ; mais Rosenstein, qui le redoute moins, l'a vu dans quatre cas sur huit, provoquer une favorable diurèse.

Restent les hydropisies cardiaques. Ici, on s'entend mieux. C'est contre elles que l'on en fait le plus fréquent usage. Au total, les observations publiées par Jendrassik, Leyden, Bast, Rosenstein, Nothnagel, Brugnatelli et Ignatjeff, sont au nombre de 79, et, dans les 79 cas, on a constaté — série singulièrement heureuse, — la résolution de l'hydropisie et le soulagement de l'asystolie.

En vérité, voilà des succès bien différents de ceux de Stintzing qui, sur 19 cas d'hydropisies traitées par le calomel, mentionne 11 succès et 8 insuccès (*Cent. für klin. Med.*, 8 septembre 1888). Ils diffèrent aussi des résultats obtenus par M. G. Sée. Dans une série de six cardiaques soumis à cette médication, trois seulement, dit-il, furent amendés; bref, ne méconnaissons pas l'action diurétique du calomel, mentionnons les chiffres allemands, mais avouons qu'en bonne clinique et avec une sage prudence, il faut mettre une sourdine à tant d'enthousiasme.

Un autre enseignement se dégage de ces faits. Il est pratique d'en tenir compte, car il donne la clef de la plupart des succès et des revers obtenus.

Cet enseignement, quel est-il? Je veux parler de l'intégrité relative des éléments glandulaires du foie et du rein des malades qui sont dociles à l'action diurétique du calomel. Cette dernière se manifeste plus souvent chez les hydropiques en puissance de cardiopathies que chez ceux dont l'ascite est secondaire à des lésions hépatiques ou rénales. J'en appelle aux documents que je viens d'énumérer. Parmi les auteurs, les uns repoussent son emploi dans la cirrhose, et les autres — c'est le plus grand nombre — vont plus loin et le condamnent dans le cours des néphrites et des glomérulo-néphrites. En d'autres termes, je conclus, dès à présent, que, s'il y a lieu parfois de prescrire le calomel aux cardiaques, atteints d'hydropisie, il y a presque toujours contre-indication de l'administrer aux hépatiques et aux rénaux.

La physiologie motive-t-elle cette conclusion? Essayons de le prouver.

III

Quelle est l'interprétation physiologique de l'action diurétique des mercuriaux et en particulier du calomel? Notons d'abord l'absence d'effets diurétiques appréciables sur les individus en état de santé. Autrement on ne s'expliquerait pas que cette action ait pu échapper des siècles durant à l'attention des cliniciens qui chaque jour prescrivent le mercure aux syphilitiques.

Dans certains états morbides, il en est tout autrement : à preuve l'utilité, anciennement reconnue, de préparer et d'augmenter les effets diurétiques de la scille et de la digitale par l'association d'un composé mercuriel.

Or quels sont les phénomènes physiologiques qui suivent l'administration du calomel? On observe *une augmentation de la diurèse*, vers le deuxième ou le troisième jour après l'ingestion des premières doses. Cette augmentation est considérable : les urines s'élèvent de trois ou quatre cents centimètres cubes par vingt-quatre heures à trois, quatre et même cinq et six mille.

Cette « polyurie paroxysmale » n'est pas immédiate, et la raison de ce retard se trouve dans la lenteur de l'absorption intestinale du composé mercuriel. De plus, cette augmentation de la diurèse persiste pendant trois, six, huit et parfois dix jours, puis s'atténue et finalement le chiffre de l'urine, même quand on continue l'administration du médicament, se rapproche du chiffre normal et graduellement l'atteint. En d'autres termes, les faits cliniques le prouvent : l'action diurétique n'est pas proportionnelle à la quantité de calomel ingéré; elle est plutôt en rapport avec l'étendue de l'hydropisie.

S'accompagne-t-elle de *modifications qualitatives* de l'urine? D'après Terray, ce liquide perdrait de son poids spécifique : c'est une modification de médiocre importance, puisque, en augmentant d'abondance, l'urine, on le sait, est toujours moins concentrée.

Cependant elle devient plus riche en éléments solides (Talfour Jones) et en chlorures, plus pauvre en albumine, quand, — cela s'entend, — il existe de l'albuminurie, enfin, plus riche en urée. Ce dernier phénomène a été constaté par maints observateurs, entre autres par Lewins (*The med. Record*, 1867, p. 405) après l'ingestion du calomel comme purgatif, et par Burrow (*The med. Times and Gaz.*, 1856, t. II, p. 53), après des frictions mercurielles.

Ce dernier phénomène présente une incontestable importance physiologique et clinique. Je le retiens donc : car il peut donner, sinon la raison, du moins une interprétation de l'action diurétique des sels de mercure et des indications ou des contre-indications de leur emploi.

Deux théories prétendent expliquer leur action. L'une, la *théorie rénale*, professée d'abord par Furbringer: elle consiste à dire : les sels de mercure font uriner en vertu d'une *action élective* sur l'épithélium rénal. Est-ce là une interprétation physiologique? On la motive bien par l'analyse chimique dévoilant la présence du mercure dans les urines des individus ingérant les sels de ce métal, ou par une irritation exercée sur le rein à la manière de celle des médicaments dits *rénaux*. Une action élective, soit. Il conviendrait de s'expliquer et de ne pas répéter Molière en déclarant que le mercure fait uriner... *quia habet proprietatem diureticam*. En vérité, ce serait trop commode.

Proclamer la théorie de l'action élective du mercure sur

le rein, c'est affirmer un fait; ce n'est pas le prouver; c'est encore moins l'interpréter,

L'autre théorie, la *théorie hépatique*, s'efforce d'être plus physiologique et plus clinique. A défaut d'autres, ce sont des qualités.

Le mercure, dit-elle, agit sur le foie, en augmentant l'activité de ses éléments, la production du glycogène et celle de l'urée. De plus, elle le prouve et avec M. Silva (*Centralb. f. klin. Med.*, 1888, n° 19, p. 346), invoque d'une part l'existence du sucre en excès dans le sang des animaux ingérant le calomel depuis plusieurs jours, d'autre part, le rapport de causalité démontré par Noël Paton entre l'exagération de la sécrétion biliaire, la destruction des globules rouges et l'augmentation de la production de l'urée.

N'est-ce pas d'ailleurs un fait de connaissance banale que la provocation de la diurèse par l'urée accumulée dans le sang? D'où la dilatation des vaisseaux du rein; d'où l'irritation des éléments sécréteurs de cet organe, constatée par l'autopsie des animaux observés par M. Silva; d'où, enfin, ces néphrites, ces glomérulo-néphrites, ces altérations profondes du parenchyme rénal produites expérimentalement, démontrées, il y a longtemps déjà, par M. Hénocque et d'autres (*Société de biologie*, 1878) après des intoxications hydrargyriques et explicables tout à la fois par l'émonction rénale d'une partie du mercure ingéré et par celle de l'urée en excès dans le sang.

Ce sont là, m'objecte-t-on, des considérations très philosophiques et peu pratiques. Non, soyons indulgent: leur adaptation à la clinique et à la thérapeutique donne raison des contre-indications, des insuccès et des inconvénients des sels mercuriels inconsidérément administrés contre l'anasarque de cause hépatique ou rénale.

Dans les cirrhoses du foie la destruction des éléments nobles ferme la glande, ralentit la sécrétion biliaire et diminue la production de l'urée: de là, dans ces cas, l'impuissance des sels de mercure comme médicament hépatique et l'absence si fréquente d'effets diurétiques.

Dans les hydropisies consécutives aux néphrites étendues et avancées, la même interprétation ne justifie-t-elle pas encore la variabilité des résultats thérapeutiques? Les sels de mercure augmentent bien, alors, la sécrétion biliaire et la production de l'urée; cette dernière s'accumule bien encore dans le sang, mais l'obstacle à l'effet thérapeutique vient du rein dont les éléments glandulaires, détruits ou altérés, ne répondent plus à l'action irritante de l'urée. Bref, c'est le rein qui est fermé et c'est lui qui fait obstacle à l'action diurétique des sels de mercure.

Après cela il devient aisé de répondre à ceux qui se demandent quelle place on doit donner aux mercuriaux dans la hiérarchie des médicaments diurétiques? Inutile de trop s'attarder à cette question; mieux vaut reconnaître les lacunes des classifications les plus récentes des diurétiques, admettre la nécessité de les réviser, et de créer un groupe nouveau entre celui des *diurétiques cardio-vasculaires*, agissant sur le cœur, les vaisseaux ou la masse du sang et celui des *diurétiques rénaux vrais*, dont l'action se localise sur le rein. Là du moins il y aurait place pour les médicaments qui, *cholalogues* par vocation, deviennent des *diurétiques* par occasion. Ce sont, qu'on me pardonne l'expression, des *diurétiques hépatiques*. Comme les autres sels de mercure, le calomel est de ceux-là.

J'ajoute que les notions vulgaires sur les propriétés des mercuriaux permettaient de prévoir les inconvénients de ces sels comme diurétiques. Aussi les avocats les plus convaincus de leur emploi reconnaissent ces dangers: ici ptyalisme; là coliques et diarrhées. Ces inconvénients sont bien connus, on les redoute et on les prévient. On sait que le chlorate de potasse et l'antisepsie buccale agissent contre le premier, on sait aussi que l'opium combat les secondes. C'est classique: je passe outre.

IV

Quel est le moment, et quel est le mode d'administration du calomel aux hydropiques? Sur ce point, pas de désaccord.

Il convient de ne pas établir d'emblée ce traitement. Son heure est celle où les autres agents diurétiques, scille, digitale, spartéine, convallaria, strophantus, iodures, caféine et surtout régime lacté, sont en défaut ou cessent d'agir. La médication mercurielle des hydropisies est donc seulement celle des grands jours et des graves nécessités.

Elle peut cependant rendre des services dans des circonstances moins solennelles. Stokes le pensait aussi; d'autres aujourd'hui, pensent encore de même. Ils prescrivent le calomel dès le début des hydropisies, mais en les associant aux autres diurétiques, digitale, scille ou strophantus, dont le sel mercuriel favorise l'action. Au lit du malade on tire donc un double parti de l'action diurétique des mercuriaux, soit comme agents principaux de la médication diurétique (*Méthode de Stokes* renouvelée par Jendrassik), soit comme agents auxiliaires des divers diurétiques (*Méthode mixte*).

Les observations de Stokes et les faits signalés par les autres cliniciens démontrent bien qu'il n'est pas indifférent de débuter par l'une ou par l'autre de ces méthodes. En voici la preuve. On prescrit un sel mercuriel; la diurèse se produit, l'hydropisie disparaît. Quelque temps se passe et voici que, chez le même malade, on veut combattre le retour des accidents par l'emploi des diurétiques classiques. Vaine tentative: ces médicaments n'agissent plus; et pour obtenir un nouvel effet diurétique, on doit de nouveau faire appel aux sels de mercure, dont l'action ne s'épuise pas.

En effet, tous les travaux modernes le prouvent, le calomel s'administre aisément à plusieurs reprises, et continue d'agir encore après les premiers succès.

Ce n'est pas tout; autre circonstance à noter. On ne doit pas se rebuter après un échec initial. L'action diurétique manque après les premières doses de sel mercuriel, soit; on attend quelques jours, puis on revient à son administration et souvent on obtient alors le résultat positif que l'on avait cherché inutilement.

Au reste, la *posologie* de cette médication est des plus simples. Elle consiste à faire ingérer quotidiennement aux malades trois ou quatre prises de 15 à 20 centigrammes de calomel. M. Jendrassik prescrit les doses les plus élevées sans crainte du mercurialisme. D'autres, par prudence, adoptent les doses les plus petites; mais tous s'entendent pour suspendre la médication après deux, trois ou quatre jours et dès que la polyurie s'établit. M. Terray va, il est vrai, plus loin: il attend les premières manifestations de l'intoxication mercurielle: stomatite et diarrhée.

Se produit-il des effets purgatifs sous l'influence du calomel? Dans ce cas, et cela s'explique, l'action diurétique est faible; mais cet accident ne fait pas obstacle au succès

final. On le comprend aisément, l'action purgative étant au même titre que l'action diurétique l'un des moyens de la médication hydragogue. Quelques thérapeutistes, entre autres, M. Brugnatelli, regardent la diarrhée comme un avantage. Ils la cherchent et volontairement la sollicitent par l'association du jalap au calomel.

La propriété de provoquer la diurèse chez les hydropiques est-elle un privilège appartenant en propre au calomel, ou bien une vertu commune au mercure et à ses composés? Ici, il existe une lacune dans l'histoire thérapeutique de ce métal et de ses sels. Naguère Burrow avait utilisé l'action diurétique des frictions mercurielles contre l'ascite de la cirrhose hépatique. Depuis, M. Rosenstein n'a pu obtenir le même succès contre les hydropisies cardiaques. Que conclure de résultats aussi contradictoires?

Le dernier de ces observateurs a essayé le sublimé sur six hydropiques. Une fois l'action diurétique parut réelle; une autre fois elle fut douteuse et quatre fois elle manqua. En outre les effets de l'iodure jaune et du chlorure de mercure ont été analogues, de sorte que, sans préjuger le résultat d'essais ultérieurs, on doit admettre provisoirement la supériorité du calomel sur les autres mercuriaux en raison de la facilité de son maniement, de l'aisance de son administration et de la faiblesse relative de sa toxicité.

En résumé, voici ma conclusion : l'action diurétique du calomel peut rendre des services contre les hydropisies des cardiopathes; mais après et malgré l'échec des autres diurétiques; — elle manque souvent et son emploi n'est pas sans danger dans la cirrhose et dans les néphrites avec anasarque.

Est-ce à dire, avec ceux qui l'ont en vain prescrit contre ces dernières hydropisies, que ce sel agit plus volontiers sur les individus en puissance de cardiopathies et jouerait le rôle d'un médicament cardiaque? Non assurément, car il ne modifie ni l'énergie, ni le rythme du cœur. Si pendant la durée de son action thérapeutique, on voit bien, il est vrai, le pouls se régulariser, ce phénomène secondaire est en rapport avec la résolution de l'hydropisie et non pas avec une modification de la motilité cardiaque, par l'agent médicamenteux.

On ne doit donc pas demander à cette médication plus qu'elle ne peut donner. C'est pourquoi je termine en répétant ce que j'ai déjà écrit plus haut : le calomel est un médicament de nécessité contre les hydropisies cardiaques; ce n'est pas un médicament de choix et en rappelant ce qu'un ancien médecin, Lentin, disait judicieusement du mercure : *Ubi omnia alia remedia fatescunt, mercurius sanat.*

Ch. Eloy.

CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES

Les lavements narcotiques.

On a souvent l'occasion de prescrire des lavements destinés à procurer aux malades un sommeil calme et suffisamment prolongé. On administre dans ce but le laudanum, le chloral, etc. Il est préférable de remplacer le laudanum par la teinture d'opium qui ne renferme pas de narcotine et calme davantage. Huit à dix gouttes de teinture d'opium suffisent à faire supporter les lavements d'hydrate de chloral parfois irritants, même lorsqu'ils sont pris dans du lait. Mais il vaut mieux encore administrer le chloral (2 grammes), le sulfonal (même dose) ou l'hypnone (dix ou vingt gouttes), en les associant à la gomme et à l'huile d'amandes douces. Voici la formule que nous recommandons :

Hypnone..........	X à XX gouttes.
Gomme en poudre......	3 grammes.
Huile d'amandes douces.	5 —
Eau.................	150 —

Pour un lavement.

Mélangez dans un mortier l'huile et la gomme, ajoutez l'hypnone, puis l'eau, petit à petit, en battant continuellement. Au bout de cinq minutes l'émulsion est parfaite. On peut remplacer l'hypnone par 1 ou 2 grammes de chloral ou de sulfonal. Ces corps introduits dans cette émulsion sont moins irritants pour la muqueuse rectale.

Pierre Vigier.

REVUE DES COURS ET DES CLINIQUES

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE : M. LE PROFESSEUR CHARCOT.

Chorée molle. — Le 8 décembre il vient à la consultation externe une femme paraisssant atteinte d'une hémiplégie gauche qui ne serait autre chose qu'une hémichorée molle consécutive à une hémichorée ordinaire. Il est bon de rappeler à cette occasion que la chorée molle n'est pas autre chose que la chorée ordinaire modifiée. Il n'est pas absolument rare, chez les enfants choréiques surtout, de voir survenir brusquement une paralysie qui peut atteindre les quatre membres, la moitié du corps ou un membre seulement. Cette paralysie est complète, ne s'accompagne pas de troubles de la sensibilité et a pour caractère constant (comme l'hémiplégie hystérique du reste) de ne pas présenter de déviation de la face.

C'est là un grand point pour le diagnostic de ces troubles passagers avec l'hémiplégie organique vulgaire. M. Charcot croit cependant avoir vu une fois, au temps où on ne connaissait pas encore l'hémispasme glosso-labié, la face prise dans une hémiplégie choréique.

Hémiplégie faciale. — Vient ensuite un homme atteint d'une hémiplégie faciale à type périphérique. M. Charcot indique, à propos de ce malade, la manière de faire le diagnostic du siège de la lésion. Il suit le facial dans son trajet depuis l'écorce jusqu'au trou stylo-mastoïdien, insiste sur les paralysies d'origine protubérantielle, montre les effets concomitants produits par la destruction en tout ou en partie du facial et du faisceau pyramidal son voisin et indique les symptômes résultant de cette division et capables d'éclairer le diagnostic. En procédant par exclusion on arrive à penser que le malade a une paralysie faciale d'origine auriculaire.

Amyotrophie articulaire. — Il y a six semaines un ouvrier est pris sans cause appréciable de douleurs dans l'épaule. Au bout de quatre jours ces douleurs sont si vives qu'il interrompt son travail. L'arthrite cède, mais on constate bientôt une atrophie énorme du deltoïde et également une atrophie de tous les muscles du bras et de l'avant-bras. Les réflexes sont forts. Il s'agit véritablement là de l'amyotrophie d'origine articulaire. Conformément à la règle, l'extenseur de la jointure (deltoïde) est le muscle le premier et le plus atteint. En six semaines il a donc pu survenir une atrophie aussi considérable du fait seul de

l'arthrite. Ces faits justifient la théorie de Vulpian basée sur le retentissement spinal de la souffrance articulaire; théorie que M. Charcot a faite sienne par le développement et les preuves cliniques qu'il lui a donnés.

Le professeur rappelle le fait d'un malade qui pris de plusieurs jointures successivement eut du retentissement spinal avec exaltation réflexe tels qu'un médecin des hôpitaux crut avoir affaire à une double paraplégie (supérieure et inférieure) spasmodique ayant produit des désordres articulaires. (Leçon du 8 décembre.)

Ataxie et hystérie chez le même sujet. — Fort heureusement pour les nosographes il n'y a pas d'hybrides en pathologie; malgré une intrication d'apparence indéchiffrable, il est toujours possible au clinicien de faire la part des maladies distinctes réunies par hasard chez un même sujet. M. Charcot, le 11 décembre 1888, montre à son cours une femme, du reste entachée d'hérédité nerveuse dès l'enfance, qui présente réunis le tabès et l'hystérie. Le professeur attire l'attention sur les troubles oculaires produits dans le présent cas par les deux affections; chacune imprimant aux symptômes son cachet particulier.

Du fait de son tabès la malade a du myosis et le signe d'Argyll Robertson; du fait de l'hystérie elle a un beau rétrécissement du champ visuel avec transposition du rouge. M. Charcot établit la différence qu'il y a entre l'achromatopsie hystérique et l'achromatopsie tabétique. La première (que présente la malade) consiste en un rétrécissement concentrique régulier du champ visuel, rétrécissement qui atteint naturellement et fait disparaître progressivement le bleu, le jaune, le rouge, le vert, le violet. Parfois le cercle du rouge est rejeté au centre par une transposition assez fréquente.

L'achromatopsie tabétique consiste en un rétrécissement irrégulier allant du centre à la périphérie et non de la périphérie au centre et atteignant les cercles des couleurs (sans transposition du rouge) en sens inverse de l'achromatopsie hystérique. Rien que par l'examen des yeux on peut donc, chez cette malade, faire le diagnostic de tabès et d'hystérie. L'analyse clinique ne fait qu'aider à constater le dualisme pathologique.

Sclérose en plaques et hystérie. — Une jeune fille du service de la clinique est atteinte de ces deux affections. Du côté des yeux elle présente du fait de la sclérose en plaques :

1° Une *paralysie associée des yeux* (cause de diplopies transitoires); du vague dans le regard;

2° Du *nystagmus ;*

3° Une sorte de *myosis* différant du myosis tabétique en ce qu'il s'agit dans l'espèce d'un myosis sthénique d'une véritable convulsion;

4° Une *décoloration* spéciale de la papille (cause d'amblyopie, de cécités plus ou moins passagères) absolument différente de la papille nacrée des tabétiques. C'est une décoloration spéciale du nerf optique qui amène rarement une cécité incurable. Il s'agit là d'une maladie inflammatoire, d'une véritable névrite. La fatalité est moindre que dans l'atrophie papillaire du tabès. Dans ce cas l'achromatopsie de la sclérose en plaques se traduit fonctionnellement, comme celle de l'ataxie, par une disparition du bleu et du jaune. Du fait de l'hystérie nous trouvons le rétrécissement concentrique habituel avec transposition du rouge, nous avons donc une espèce de fusion sans confusion, cependant des troubles oculaires dus à la névrite optique de la sclérose en plaques et du rétrécissement concentrique avec achromatopsie et transposition du rouge de l'hystérie. (Leçon du 11 décembre 1888.)

Folie du doute. — Il faut continuer à donner ce nom aux troubles mentaux appartenant à cette catégorie, bien que tous les malades ne présentent pas la folie du doute à proprement parler. M. Charcot présente à sa leçon une collection curieuse de bouts d'allumettes, de feuilles, de peaux d'oranges, de cailloux, de morceaux de viande, d'os, etc., etc. La malade qui collectionne ces objets dégoûtants est une commerçante des plus intelligentes, merveilleusement organisée pour les affaires. Les collectionneurs, les onomatomanes, les scrupuleux de toute nature, les arythmonomanes, les mysophobes, les métallophobes, constituent un grand groupe naturel auquel on a donné le nom assez impropre de dégénérés. Malgré le correctif de *supérieur* appliqué à certains de ces *dégénérés*, le terme est mauvais. Ces malades sont avant tout des héréditaires.

Tabès et maladie de Basedow. — A une des dernières séances de la Société médicale des hôpitaux M. Barié a présenté un malade atteint de maladie de Basedow et de tabès. Loin de considérer les deux maladies comme deux affections juxtaposées et sans autre lien entre elles que le lien de la famille neuro-pathologique, M. Barié a voulu voir dans les troubles bulbaires de Basedow, des signes d'une propagation au bulbe de la sclérose des cordons postérieurs. M. Charcot, à l'appui de l'opinion contraire à celle de M. Barié et soutenue par M. Joffroy à la Société des hôpitaux, montre un malade atteint de tabès et de maladie de Basedow; chez cet homme c'est la maladie de Basedow qui a commencé. On serait donc mal venu à dire que c'est le tabès, venu plusieurs années après, qui s'est propagé au bulbe.

Le professeur montre ensuite un autre tabétique atteint en même temps de paralysie générale progressive. S'agit-il donc d'une propagation de la lésion spinale au cerveau ou de la lésion cérébrale à la moelle.... On peut le soutenir, mais la vérité est que la série est la même. On peut avoir le tabès seul, ou le tabès avec la paralysie générale, ou le tabès avec une des formes de l'aliénation mentale, surtout la mélancolie. (Leçon du 21 décembre 1888.)

P. B.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie générale.

Nouveaux faits confirmant l'origine équine du tétanos, par M. le professeur Verneuil.

Je ne puis que me réjouir de l'activité avec laquelle on poursuit les recherches sur la nature et les origines du tétanos. Les communications se multiplient dans les Sociétés savantes et dans la presse et à en juger par les progrès que la question a faits depuis le temps relativement court où elle a été nettement posée, on peut espérer que la lumière ne tardera pas beaucoup à se faire sur les points principaux.

Je crois d'abord que la nature infectieuse et parasitaire n'est plus guère contestée, mais je reconnais que l'origine animale et l'origine tellurique se disputent encore (comme cela est juste d'ailleurs) la priorité. Je compte reprendre cette question le plus tôt possible devant l'Académie de médecine et exposer de nouveau la théorie que j'ai déjà formulée dans ma conférence du mois de janvier dernier; mais en attendant, pour entretenir le zèle de mes bienveillants collaborateurs et provoquer de nouvelles adhésions, j'emprunterai les colonnes de la *Gazette hebdomadaire* qui se sont si souvent ouvertes déjà, pour publier d'intéressantes observations inédites, bien favorables à mon hypothèse.

Voici d'abord un fait modèle, par sa netteté et sa puissance démonstrative. Je le dois à l'obligeance de M. le

docteur Peltier, médecin aide-major au 25e de ligne, à Cherbourg; il a été recueilli aux environs de Rennes.

Obs. I.— *Tentative de castration faite sur l'homme par un castreur de chevaux. Tétanos au cinquième jour. Mort le lendemain.* — M..., menuisier, âgé de quarante-deux ou quarante-trois ans, est mort il y a quinze jours de tétanos suraigu. Le décès à peine connu, la rumeur publique *affirme* que cet homme s'est fait opérer ou plutôt mutiler peu de temps auparavant par un individu dont la seule profession est de castrer les jeunes animaux, en particulier les chevaux.

La justice s'émeut de ces rumeurs et je suis requis, en l'absence du confrère civil, pour aller constater ce qu'il pouvait y avoir de fondé dans ces bruits.

Palpant les bourses des deux côtés en même temps, je trouve les deux testicules en place, mais à la partie postéro-inférieure du scrotum, du côté gauche, je constate la présence d'une plaie peu étendue, dont les lèvres sont renversées en dedans de manière à former un petit infundibulum à l'orifice duquel se trouve un bourdonnet de charpie imprégné de pus et maintenu par un suspensoir. Il n'y avait pas eu castration, mais vraisemblablement intervention quelconque, la plaie n'étant pas un simple trajet.

Le hongreur que désignait la rumeur publique est interrogé et il ne fait aucune difficulté d'avouer que, cédant aux sollicitations réitérées de M..., il avait, le 17 novembre, consenti, moyennant 5 francs, à lui faire cette opération. M..., espèce de maniaque au cerveau mal équilibré, voulait même qu'on lui enleva les deux testicules dont il souffrait, disait-il. Le hongreur décrivait avec complaisance l'opération pratiquée : il s'était servi pour cela de ses *instruments ordinaires;* ayant incisé les bourses, il avait fait sortir, disait-il, le testicule, appliqué un fil ciré et coupé net avec son canif. Il ne s'était pas produit d'hémorrhagie, et l'opération n'ayant pas eu de suites fâcheuses, les deux compères étaient allés, aussitôt après, prendre un café au cabaret voisin. L'opéré continua les jours suivants de vaquer à ses occupations habituelles comme si de rien n'était. Le 21, *quatre jours après*, dans l'après-midi, voulant fumer un cigare, il s'aperçoit qu'il a quelque difficulté à en couper le bout avec ses dents; il se met au lit seulement dans la soirée et meurt brusquement le lendemain 22, à six heures du soir, après avoir présenté les symptômes caractéristiques du tétanos.

Avis télégraphique est envoyé au parquet, qui se rend dans l'endroit avec un médecin chargé de pratiquer l'autopsie.

Prolongeant en haut et en bas l'incision existante pour ouvrir les bourses, on trouve un foyer dans lequel les tissus sont dilacérés et imprégnés de pus. La partie inférieure du testicule a été sectionnée; la surface de section est recouverte d'un exsudat fibrineux grisâtre; le parenchyme de la glande est infiltré de pus dans une certaine profondeur; les éléments du cordon, dans la partie extra-inguinale, sont agglutinés entre eux et difficiles à dissocier. Pas de péritonite; tous les viscères abdominaux sont parfaitement sains. Congestion pulmonaire, caillot volumineux dans le cœur droit. Veines et sinus de la dure-mère distendus par du sang noir. Le tissu cérébral est ferme, ne présente pas d'altérations visibles à l'œil nu, le piqueté est peut-être un peu plus marqué qu'à l'état normal. Rien dans les pédoncules ni dans le bulbe.

« Je n'ai, cher maître, que ce seul fait à vous présenter. Il est au moins authentique : j'ai vu moi-même le malade avant sa mort; le trismus, l'opisthotonos avec redoublements convulsifs très marqués ne permettent pas le moindre doute sur le diagnostic; j'ai assisté à l'autopsie, qui démontrait qu'une plaie avait été faite au scrotum, intéressant le cordon et le testicule; enfin j'étais présent à l'interrogatoire de l'homme qui avait fait cette opération et dont la profession, comme l'indique son enseigne d'ailleurs, est *affranchisseur de chevaux.*

« Quant à l'assertion de cet homme qui prétendait avoir extirpé complètement le testicule, elle s'explique par ce fait que M... devait être atteint d'un varicocèle volumineux et douloureux (il prenait tous les jours deux bains de siège froids par ordonnance de médecin et portait un suspensoir; de plus il avait déclaré à son opérateur que la partie gauche se gonflait parfois considérablement, descendant presque jusqu'à mi-cuisse). Après incision des enveloppes des bourses, le paquet variqueux faisant hernie aura été pris pour le testicule par l'empirique, qui aura tiré dessus et fait une ligature en masse.

« J'ajouterai que l'individu qui fait l'objet de cette observation n'était nullement alcoolique mais sujet à des crises nerveuses de nature indéterminée qui le rendaient malade parfois plusieurs jours de suite.

« Il eût été certainement fort important de savoir si le hongreur avait soigné antérieurement des chevaux tétaniques, mais on n'a pas songé à prendre ce renseignement.

« Recevez, cher maître, etc., etc.

« 3 décembre 1888. »

Le fait peut je crois se passer de commentaire, car il faudrait plus que du scepticisme pour ne pas voir ici l'origine équine et la contagion médiate par l'homme ou ses instruments.

La lettre suivante m'a été adressée le 29 juillet dernier par M. le docteur Justin Carlé, médecin en chef de l'hôpital espagnol de Buenos-Ayres.

Vénéré confrère,

J'ai été vivement frappé de l'exposition que vous avez faite sur la nature du tétanos dans votre conférence à l'Association française. En rassemblant mes souvenirs, j'ai reconnu la justesse de votre hypothèse, qui sera, je crois, bientôt admise par tous... Je ne saurais faire ici avec la rigueur scientifique nécessaire le récit des faits que j'ai autrefois rencontrés, mais je me promets, à l'avenir, d'examiner à ce point de vue les cas nouveaux; le suivant, tout récemment observé avec M. le docteur Carrera, semble tout à fait confirmatif.

Obs. II. — *Plaie du sourcil avec la mèche d'un fouet. Tétanos au huitième jour; mort rapide.* — C. J..., quarante-quatre ans, charretier, bonne santé habituelle, se fait, en *fouettant son cheval*, une petite blessure au-dessus du sourcil gauche au niveau du trou sus-orbitaire. Le lendemain, œdème considérable de la paupière supérieure, puis petit abcès qu'on ouvre et d'où sort un peu de pus de bonne nature. Pansement avec la glycérine phéniquée. Deux jours après, cicatrisation complète et disparition de l'œdème; tout semblait fini au bout du cinquième jour.

Trois jours plus tard, c'est-à-dire au *huitième jour* de l'accident, le blessé se plaint d'*un froid qui l'empêche d'ouvrir la bouche*. Le médecin diagnostique un trismus tétanique et prescrit le chloral à haute dose et la pilocarpine.

Le lendemain, M. Carlé constate le trismus absolu, la contracture des muscles du pharynx et du larynx, et des accès violents de suffocation. Injections de morphine et de cocaïne et lavement de chloral. A onze heures la contracture cède, la respiration se rétablit; mais deux heures plus tard les accidents reparaissent et le malade succombe après une demi-heure d'une lutte horrible.

M. Carlé fait ressortir avec raison les points suivants : la profession de charretier; l'instrument vulnérant, le fouet, lequel venait précisément d'être en contact avec le cheval; la marche suraiguë; la terminaison rapide; la limitation de la contracture aux muscles de la face, du larynx, du pharynx et de la respiration; ceux de la nuque, du dos, de l'abdomen, et des membres n'ayant pas été atteints. A quoi j'ajouterai à mon tour que la terminaison a été très rapide précisément à cause de l'envahissement en quelque sorte primitif des muscles de la déglutition et de la respiration.

Le même agent vulnérant, c'est-à-dire la mèche de fouet frappant la même région dans les mêmes circonstances, se retrouve dans les deux observations suivantes, que j'extrais de l'excellente thèse de M. le docteur d'Oliveiro Luzès (1).

Obs. III. — Cocher, vingt et un ans; fouettant ses chevaux, la mèche du fouet frappa l'œil gauche; plaie contuse de la cornée.

(1) *O Tetano*, thèse soutenue à Lisbonne dans le courant de 1888, p. 91.

Cinq jours après, premiers symptômes d'un tétanos qui guérit par le bromure de potassium, le sulfate de soude et le séné en lavement.

Dr Antonio Da Silva Oleiro.

Obs. IV. — *Blessure grave de l'œil gauche par la mèche d'un fouet. Tétanos au 9e jour; guérison* (Dr Luzès, obs. personnelle. Thèse, p. 95). — F..., trente-quatre ans, charretier, forte constitution, bonne santé, entre à l'hôpital le 31 décembre, service de clinique du professeur Oliveira Feijão.

En fouettant son cheval, il se frappe l'œil gauche avec la mèche du fouet; il en résulta une hémorrhagie abondante, la perte de la vue et au bout de deux jours l'élimination du globe oculaire.

Traitement par les lotions avec l'arnica et le sulfate d'atropine.

Le 9 janvier, dans la nuit, difficulté pour ouvrir la bouche et pour mastiquer, déviation de la commissure buccale droite.

Le 10, tremblements dans tout le corps augmentés, par la lumière et le bruit.

Le 11, le patient est transféré à la salle San Carlos où M. Luzès lui-même constate : globe de l'œil encavé, contracture des muscles de la face, douleurs de la nuque, pouls fréquent, 110; température, 39 degrés; tétanos confirmé.

Traitement par l'hydrate de chloral, guérison complète le 9 février.

Voici encore un autre fait du même genre, dans lequel le tétanos et la blessure eurent pour intermédiaire une panophthalmie.

Obs. V. — Un jeune garçon de dix-neuf ans reçoit dans l'œil gauche un coup de fouet. Deux jours et demi après, panophthalmie. Huit jours après la blessure, trismus; au neuvième jour, contractures des membres, puis paralysie partielle du moteur oculaire commun de l'œil gauche; au onzième jour, opisthotonos avec contractions toniques et classiques des membres. Délire et mort au quatorzième jour.

Le malade avait présenté en même temps des phénomènes d'ophthalmie sympathique à gauche. A l'autopsie, pas de méningite. Quelques ecchymoses dans le péricarde viscéral, l'hypertrophie de la rate et des ganglions mésentériques, la coloration foncée, laquée, du sang dans les grosses veines, font conclure à l'existence d'une maladie infectieuse. Lésions diverses des cellules du bulbe et de la moelle épinière (Becker, *Archiv. für Psychiatrie*, 1872, vol. XII, fasc. I, p. 250-251).

J'ai déjà signalé, dans mon long mémoire inséré dans la *Revue de chirurgie*, la mèche du fouet comme un dangereux agent vulnérant et cité d'assez nombreux faits à l'appui.

Je trouve encore dans la thèse de M. Luzès, p. 94, un cas de tétanos par morsure de cheval, à ajouter aux nombreux faits de même ordre que la science possède déjà. Il s'agissait d'un charretier de vingt-deux ans, blessé au petit doigt de la main droite le 30 mars. Entré à l'hôpital le même jour, il fut pris le 3 avril d'un tétanos auquel il succomba.

M. le docteur Legrip, qui exerce depuis de longues années à Chatou, a observé trois cas de tétanos, dont l'un chez un menuisier à la suite d'une morsure de cheval (1).

M. le docteur Germain (de Château-Thierry), qui m'a jadis fourni des documents, vient de m'en envoyer un nouveau.

Au mois de juillet dernier : Un boucher possédant plusieurs chevaux pour son commerce se pique à la main avec une esquille osseuse et meurt du tétanos.

M. le docteur Nègre, exerçant actuellement à Saint-Mandé a observé autrefois à Rodez le fait suivant :

Une femme de charretier, âgée de quarante ans, tenant une auberge et soignant elle-même tous les jours ses chevaux, se fait à la main droite une légère blessure qui ne l'empêche pas de continuer à panser ses animaux. Quelques jours après, elle est prise d'un tétanos subaigu dont elle est soignée et guérie par le docteur Albespy (de Rodez).

(1) Dans les deux autres cas, il s'agissait d'un cultivateur qui tombant sur la face dans son champ, se fit une large écorchure au nez et au front; il guérit en quatre semaines; puis d'un tonnelier qui, atteint de brûlures multiples, succomba assez rapidement. Ces cas étant lointains, M. Legrip n'a pu me donner de détails plus précis.

L'observation suivante m'a été communiquée par M. Paul Berger, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

Obs. VI. — Maréchal-ferrant de Sceaux, se fait le 14 août 1888, à neuf heures du soir, une plaie profonde à la face dorsale de la main, en brisant un carreau de verre; hémorrhagie artérielle arrêtée par la charpie et le perchlorure de fer, pas de phénomènes inflammatoires; bains et pansements phéniqués à partir du 16.

Le 20 août, le blessé, se sentant mal à l'aise, va à l'hôpital Cochin; on le panse à l'iodoforme. En rentrant chez lui, il ressent du trismus et de la raideur des muscles de la nuque et du dos; aussitôt, lavement de chloral et injection de morphine.

Le 21, aggravation et extension de la contracture, sauf aux membres; point de convulsions; pouls, respiration, température à l'état normal.

Chloral et morphine à hautes doses sans succès, la contracture se généralise, convulsions et accès d'asphyxie.

Le 23, malgré le sommeil chloralique, le patient est courbé en arc; le moindre attouchement provoque une suspension prolongée des mouvements du diaphragme, contracture de l'œsophage, crise violente consécutive à l'essai du cathétérisme œsophagien; température, 40 degrés; pouls variant de 60 à 140 pulsations.

Mort dans la nuit suivante.

Le malade avait ferré des chevaux le jour même où il s'était blessé.

J'ai cité déjà des faits analogues dans mes publications antérieures; ceux que je relate ici sont inédits, sauf un, et me sont parvenus dans ces derniers temps, ce qui démontrerait, soit dit en passant, qu'ils ne sont point rares.

Je voudrais qu'ils fussent pris en considération par quelques personnes qui, un peu à la légère et sans paraître bien au courant de la question, déclarent simplement que la provenance équine du tétanos humain est certainement inadmissible; puis par ceux encore qui croient plutôt à la provenance tellurique. C'est même pour ces derniers que j'écris aujourd'hui cette note, en leur faisant remarquer que chez aucun des malades cités plus haut les blessures n'ont été en rapport avec la terre.

Je terminerai par la relation de trois faits précieux. Les deux premiers établissent de la façon la plus nette la contagion équino-humaine directe. Je les dois à M. le docteur Santallier, médecin de la marine à Saint-Denis (île de la Réunion).

Obs. VII. — Un mulet laissé à l'écurie, à cause d'un accident survenu pendant la ferrure, se blesse à l'épaule en faisant des efforts pour s'échapper.

Un Indien, B..., palefrenier, chargé de le panser, en hachant des herbes pour couvrir la plaie, se blesse lui-même à la main, mais continue son service sans s'en préoccuper.

La semaine suivante, le mulet est emporté par le tétanos.

Dix jours plus tard, le palefrenier est pris lui-même de tétanos et succombe.

Ceci se passait en 1887, dans la banlieue de Saint-Denis, dans un établissement de vidange où il y avait environ quarante mulets et de nombreux coolies.

Quelques temps après, à Saint-Pierre, dans un autre établissement de vidange appartenant au même propriétaire, un incendie éclate; un mulet assez profondément blessé et gardé à l'écurie est pris de tétanos et en meurt.

Quelques jours après, son palefrenier, qui lui-même avait été légèrement brûlé, est pris de trismus et d'opisthotonos.

Un médecin appelé aussitôt institue le traitement et parvient à sauver le malade.

Qu'en diront ceux qui avancent qu'on n'a jamais vu les gens soignant les chevaux tétaniques être atteints eux-mêmes de cette maladie?

Enfin le fait suivant, unique à ma connaissance, montre

comment un cheval non tétanique, — mais certainement tétanifère suivant moi, — peut servir d'intermédiaire entre un homme récemment blessé devenant tétanique et un cheval antérieurement affecté de tétanos.

Je le dois à M. le docteur Tapie.

Obs. VIII. — Le 16 octobre 1887, à Auch, un sous-lieutenant de chasseurs, en promenade, tombe de son cheval, la main gauche prise sous le pied de l'animal. Le chaton de la bague portée au doigt annulaire coupe les parties molles et ouvre les gaines tendineuses.

Dix minutes plus tard, la main était plongée dans une solution de sublimé puis recouverte d'un pansement antiseptique bien fait.

Les jours suivants la blessure a bonne apparence et suppure à peine. Cependant, vers le douzième jour, trismus et raideur du cou.

Le lendemain, l'opisthotonos et les convulsions confirment le diagnostic.

Le malade traité par la chaleur, l'obscurité, le repos absolu et le chloral à la dose de 12 grammes par jour, se rétablit.

Le vétérinaire du régiment apprit à M. le docteur Tapie que dans l'écurie occupée par le cheval du lieutenant, deux chevaux avaient été atteints de tétanos trois mois auparavant; ils avaient guéri.

L'année précédente, dans le même régiment, on avait observé un cas de tétanos humain.

N'est-il pas logique d'admettre que le cheval du lieutenant, bien sain en apparence, portait sur lui, à l'état latent et sans en être incommodé, les germes tétaniques pris dans l'écurie contaminée huit mois auparavant et les transmettait à son maître à l'occasion d'une légère blessure, et malgré un traitement antiseptique local très précoce.

On voudra bien me rendre cette justice que si, ayant émis une hypothèse, je cherche de mon mieux à la faire prévaloir, je me fais un devoir de l'appuyer sur des faits aussi nombreux et aussi précis que possible.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MAURICE PERRIN.

M. le docteur *Motais* (d'Angers) se porte candidat au titre de correspondant national dans la première division (*Anatomie*) et M. le docteur *Félix* (de Bruxelles), candidat au titre de correspondant étranger dans la deuxième division (*Chirurgie*).

MM. les docteurs *Prieur* (à Gap) et *Huguenard*, médecin-major de 2e classe au 6e régiment de hussards, envoient les relevés des *vaccinations* et *revaccinations* qu'ils ont pratiquées en 1888.

M. le docteur *Ripault* adresse un mémoire sur *les dangers des purgatifs vrais dans les maladies infectieuses*.

M. le docteur *J. Comby* envoie une *Notice sur le professeur Boyer* et invite l'Académie à souscrire au monument qui doit être érigé à sa mémoire à Uzerche (Corrèze).

M. *Rochard* présente un volume sur *l'hygiène de la vue*, par MM. les docteurs *Galezowski* et *Kopff*.

M. *Larrey* dépose un ouvrage de M. le docteur *de Séré* sur *la virilité et l'âge critique de l'homme et de la femme* et fait don de plusieurs collections de recueils scientifiques et d'hygiène.

M. *A. Robin* présente le premier numéro de la *Revue des Pyrénées et de la France méridionale*, publiée par MM. *Sacaze* et *F. Garrigou*.

M. *A. Gautier* dépose un mémoire de M. *Œchsner de Coninck* sur *les acides oxybenzoïque et benzoïque*.

Tétanos. — La discussion sur l'étiologie du tétanos, soulevée au mois d'octobre dernier par M. Verneuil, reprend par un discours de M. *Nocard*. Pour lui, les faits expérimentaux sont venus si complètement confirmer les données de la clinique qu'il n'est plus possible de contester l'inoculabilité du tétanos traumatique; car, dans tous les cas où l'on connaît le traumatisme d'où procède le tétanos, il suffit d'inoculer le pus de la plaie, les bourgeons charnus ou même les tissus de la cicatrice, pour rendre tétaniques la plupart des animaux aptes à contracter la maladie. Or, le tétanos spontané ne diffère pas du tétanos traumatique, quant à ses symptômes, à sa marche et à ses modes de terminaison, d'où il est permis de conclure que l'un et l'autre ont une cause identique; ce qui les distingue seulement, c'est que dans un cas l'on connaît et dans l'autre on ignore la porte d'entrée du contage. Il est, il est vrai, plus difficile d'interpréter le rôle indiscutable du froid dans bon nombre de cas de tétanos, mais il est ici permis d'admettre que le bacille tétanigène existe dans l'organisme comme le pneumocoque dans celui des pneumoniques, préalablement au coup de froid, qu'il est resté inoffensif tant que leur santé a été parfaite et que la perturbation résultant du refroidissement en a tout à coup permis la diffusion et la prolifération.

Comme M. A. Guérin, M. Nocard ne croit pas que le tétanos soit transmissible par l'air, d'autant qu'il ne saurait donner au mot infection la signification restreinte qu'on lui accordait autrefois. Si le pansement de Lister est impuissant à prévenir cette affection, ce n'est pas parce qu'elle ne proviendrait pas d'un agent infectieux, mais plutôt parce que le contage tétanique possède une extrême résistance aux causes naturelles de destruction, ainsi que M. Nocart en fournit de nombreux exemples. Dans les cas de tétanos chirurgical ce sont surtout les instruments du chirurgien qui portent le contage sur la plaie opératoire; d'où l'indication très nette de les aseptiser par le flambage ou par l'immersion dans un bain d'huile chauffé au delà de 120 degrés centigrades. Depuis 1882, M. Nocard a fait 17 autopsies complètes de chevaux tétaniques; à part l'augmentation notable et constante du liquide céphalo-rachidien, il n'a rien constaté d'anormal; l'inoculation de tous les produits supposés infectieux, notamment de la substance nerveuse, a toujours été négative, sauf une fois. Le contage tétanique semble donc rester confiné au voisinage de la plaie d'où procède la maladie, de même que dans la diphthérie le microbe pathogène n'existe nulle part ailleurs que dans la fausse membrane. Enfin, la gravité du tétanos paraît être en raison inverse de la durée de son incubation; mortel lorsqu'il apparaît du septième au huitième jour, il guérirait lorsqu'il survient du vingtième au vingt-cinquième jour, si bien que le médecin trouverait dans la date de l'accident un élément précieux pour établir son pronostic.

Dans un long et important mémoire, M. *Leblanc* critique les diverses observations d'origine équine du tétanos, communiquées par MM. Verneuil et Ricochon. Il fait remarquer que dans ces cas les personnes blessées n'avaient été en contact qu'avec des chevaux sains ou avec des bœufs, des moutons ou des porcs ; il ne peut admettre en principe qu'un animal puisse transmettre à l'homme une maladie qu'il n'a pas. Examinant, par contre, les faits si nombreux de la pratique vétérinaire, il estime que dans cette question on doit tenir compte de la prédisposition; le germe n'agit que sur le sujet prédisposé et ce germe, s'il existe, réside dans le sol. Il ne croit pas à l'infection, encore moins à la contagion du cheval au cheval et du cheval à l'homme. Si l'infection était la seule cause du tétanos, l'autopsie devrait donner des résultats positifs et elle a échoué dans des cas nombreux. Aussi attendra-t-il des preuves nouvelles avant de se convertir à la doctrine de l'infection, cause unique du tétanos.

M. *Verneuil* craint que M. Leblanc n'ait examiné qu'une partie des observations qu'il a présentées et qui sont plus nombreuses que celles dont il vient de parler. Il se réserve de répondre en détail mardi prochain, en faisant l'exposé de sa doctrine à l'égard du tétanos.

Pathogénie de la fièvre. — M. *Hayem* communique un mémoire dans lequel M. le docteur Roussy rend compte d'expériences qui lui ont permis d'isoler d'un micro-organisme une substance chimique à laquelle il donne le nom de *pyrétogénine* et qui, inoculée à raison d'un demi-milligramme par kilogramme d'animal, détermine, chez le chien tout au moins, un accès de fièvre intense. D'où il conclut que la fièvre observée dans les différentes maladies est causée par une substance chimique identique ou semblable à celle-ci. De même il existerait des substances analogues, qui auraient des propriétés frigorigènes.

Ce mémoire sera discuté par l'Académie, lorsque M. Hayem aura donné lecture du rapport qu'il est chargé de faire.

Mortalité militaire aux colonies. — M. *Gustave Lagneau* présente un tableau comparatif de la mortalité des marins et des soldats français dans les colonies. Après avoir rappelé que nos jeunes gens de vingt à trente ans, en général, ont une mortalité annuelle de 8 à 10 sur 1000, il montre d'abord que les militaires à l'intérieur, en France, bien que soumis à l'élimination de tous les infirmes et débiles par des exemptions, dispenses et réformes, qui déchargent de nombreux décès l'obituaire de l'armée, présentent une mortalité au moins égale, de 9 à 11 sur 1000, par suite principalement de l'encombrement humain de la caserne.

Passant à l'Algérie, il rappelle que la mortalité, de 77 sur 1000 de 1837 à 1848, est descendue actuellement à la proportion d'environ 11 à 12 sur 1000, peu différente de celle de l'armée à l'intérieur.

Pareillement, mais plus rapidement la mortalité de nos soldats, de 61 sur 1000 en Tunisie en 1881, serait actuellement descendue à 12 sur 1000.

La mortalité de nos militaires est remarquablement faible dans nos possessions océaniennes, de 8 à 9 sur 1000 à Tahiti, à la Nouvelle-Calédonie.

Bien que la mortalité ait considérablement diminué aux Antilles françaises, où de 91 sur 1000 d'effectif, d'un onzième, de 1819 à 1855, elle serait arrivée à n'être guère ordinairement qu'environ deux fois plus forte qu'en France, elle s'élève bien davantage lorsque sévit la fièvre jaune.

Quoique beaucoup moindre pour les militaires que pour les colons cultivant le sol, la mortalité à la Guyane s'est montrée énorme lors d'épidémies de fièvre jaune, qui ont fait périr jusqu'à 237 hommes sur 1000 comme en 1855, près d'un quart de l'effectif.

Dans les Indes françaises, à Pondichéry, la mortalité serait d'environ 37 sur 1000.

Dans la Cochinchine, la mortalité considérable durant les premières années de l'occupation, de 115 sur 1000 en 1861, soit de plus d'un neuvième de l'effectif, serait progressivement descendue à n'être guère que le double qu'en France. Mais, pour cette colonie, comme pour toute autre, on ne peut exactement déterminer la mortalité réelle due au séjour colonial, par suite du rapatriement de nombreux malades, dont un certain nombre succombent ultérieurement.

Vu la diversité plus grande des saisons, le Tonkin serait plus salubre. Mais par suite de leur nombre insuffisant, les soldats fatigués seraient parfois fortement éprouvés. De 1882 à 1885, leur mortalité annuelle aurait été d'environ 40 sur 1000. Mais, en 1885, à partir d'août, durant quelques mois, le choléra fit périr 96 sur 1000 de l'effectif.

A la Réunion, la mortalité de nos soldats et marins serait modérément élevée, si dans ses hôpitaux ne venaient mourir les malades de Madagascar et des îles voisines. Aussi la mortalité ordinaire de 29 à 30 sur 1000 s'élève-t-elle de 70 à 113 sur 1000 lors de certaines expéditions dans les îles Madecasses.

Parmi nos colonies les plus insalubres, le Sénégal semble le plus redoutable. La mortalité moyenne de 148 sur 1000 de 1832 à 1837, a diminué de moitié, et est actuellement de 73 sur 1000, grâce à la moindre durée du séjour et au rapatriement rapide de 150 malades sur 1000 d'effectif, malades qui trop souvent succombent ou restent valétudinaires. Dans cette colonie, les épidémies de fièvre jaune font périr parfois plus de la moitié des Européens ; en 1830, en 1859, en 1878, il succomba 573, 610 et 526 malades sur 1000 Européens.

Pour atténuer la morbidité et la mortalité de nos troupes coloniales, non seulement de plus en plus on abrège leur temps de séjour ; on les envoie dans des sanatoria à des altitudes plus ou moins grandes, dans des îles assainies par les brises de mer ; on rapatrie promptement les convalescents et les malades transportables ; mais il faut surtout de plus en plus substituer les troupes indigènes tout acclimatées, aux troupes européennes, dont l'acclimatement est si difficile. Des volontaires doivent seuls fournir au recrutement des cadres et de quelques rares corps spéciaux.

En se créant des colonies, la France, non seulement accroît son importance politique et ses relations commerciales, mais aussi favorise notre émigration, qui en offrant, à nos nationaux, de larges débouchés, de nombreux moyens d'existence et de richesse, augmente le bien-être général et accroît notre natalité, actuellement si restreinte. Mais, ainsi que le font d'autres nations, ainsi que le fait l'Angleterre, la France doit publier les documents statistiques relatifs à la morbidité et à la mortalité de nos marins, de nos troupes coloniales. La nation qui fournit les hommes, les Parlements qui décident de la prise de possession de telle ou telle contrée, doivent connaître la dîme mortuaire de chaque campagne, de chaque occupation territoriale. Dans notre pays, plus riche que populeux, il importe que l'évaluation précise du nombre des malades et des morts permette d'appliquer constamment les mesures hygiéniques les plus propres à en restreindre les proportions. Il importe aussi que la mission périlleuse de nos troupes coloniales étant mieux appréciée, on sache récompenser nos soldats, nos marins proportionnellement aux dangers qu'ils courent pour étendre et maintenir au loin l'autorité de la France.

— L'ordre du jour de la séance du 19 février 1889 est fixé ainsi qu'il suit : 1° Rapport de M. Hayem sur un mémoire de M. le docteur Roussy concernant la pathogénie de la fièvre ; 2° Communication de M. Guyon sur la néphrorraphie ; 3° Discussion sur le tétanos. Inscrits : MM. Verneuil, Trasbot ; 4° Lecture de M. le docteur Pinard sur une observation de laparatomie dans un cas de grossesse extra-utérine.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1889. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

Réformes hygiéniques dans les services hospitaliers : M. Millard (Discussion : MM. Rendu, Lailler). — Du strophantus dans les maladies du cœur : M. Bucquoy. — Rapports du goitre exophthalmique et de l'ataxie : MM. Féréol, Ballet (Discussion : MM. Renault, Ollivier, Dumontpallier, E. Labbé). — Donations à la Société).

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, M. *Millard* fait savoir qu'il a appuyé auprès de l'administration les justes réclamations formulées par ses collègues pour l'exécution de réformes hygiéniques dans les hôpitaux Trousseau et des Enfants-Malades. L'administration fait preuve depuis longtemps déjà des meilleures intentions en vue des améliorations de cette nature ; elle a été déjà saisie, l'an dernier, d'un projet d'organisation de l'antisepsie médicale, et sur les instances de M. Grancher, formulées dans une lettre dont M. Millard donne lecture, elle a voté

une somme de 27 924 francs, destinée aux réformes réclamées dans cette lettre, et à l'installation d'une étuve à vapeur humide sous pression du système Geneste et Herscher. Une seconde décision, toute récente, a destiné à des réformes semblables la somme de 500 000 francs, provenant du ministère de l'Intérieur et prélevée sur la redevance des paris mutuels aux courses de chevaux. Sur le rapport de M. de Salverte, les crédits suivants ont été votés : 180 000 francs pour envoi à titre d'essai d'enfants scrofuleux dans les stations thermales ou maritimes ; 120 000 francs pour remplacement des étuves à désinfection par le nouveau système ; 200 000 francs pour l'amélioration du mobilier des services non seulement de chirurgie, mais de médecine et d'accouchements.

M. *Rendu* reconnaît le bon vouloir de l'administration, mais il fait observer que tant qu'on mettra vingt malades dans une salle où dix seulement peuvent respirer, tant que les services seront encombrés de brancards, on ne pourra réaliser une bonne hygiène et une désinfection suffisante.

M. *Lailler* pense qu'il vaudrait mieux répartir les 200 000 francs votés sur certains services spéciaux et non sur la masse, car alors on n'arrivera qu'à des avantages insignifiants pour chacun d'eux.

M. *Millard* répond que telle est en effet l'intention de M. Monod, directeur au ministère de l'Intérieur. Peut-être la Société des hôpitaux pourra-t-elle, en temps opportun, émettre un vœu à ce sujet.

— M. *Bucquoy* offre son travail sur *le strophantus dans les maladies du cœur*. Il fait savoir à ce propos que l'administration, sur l'avis formel du pharmacien en chef des hôpitaux, a décidé qu'elle ne délivrerait pas de strophantus. Les motifs allégués ne sauraient être valables puisque le strophantus du commerce, abondant sur le marché de Londres, est bien spécifié comme graines du strophantus Kombé, que son prix de revient est loin d'être excessif, et que ce n'est plus un médicament à l'essai, mais qu'il est employé régulièrement dans toutes les capitales de l'Europe et aux Etats-Unis. M. Bucquoy propose à ses collègues de faire un certain nombre de *bons* pour des pilules d'extrait de strophantus, destinées à leurs services respectifs ; il espère que l'on pourra ainsi forcer la main à l'administration.

— M. *Féréol* ne veut pas entrer dans la discussion des rapports du goitre exophthalmique et de l'ataxie ; mais il tient à remercier M. Barié d'avoir rappelé que, dès 1874, il avait signalé le tremblement comme un des symptômes de la maladie de Graves. Il relate une observation de goitre exophthalmique développé chez un homme de cinquante ans et dont la guérison a été complète sous l'influence de l'iode intus et extra. Il rappelle que, si la guérison de la maladie de Graves n'est pas rare chez les jeunes sujets, par contre elle est exceptionnelle chez les gens âgés, qui succombent d'ordinaire soit à une cachexie profonde, soit à une affection organique du cœur, ou à une sorte de consomption hyperpyrétique spéciale.

M. *Ballet* reconnaît la coexistence indéniable, signalée par M. Barié, du goitre exophthalmique et de l'ataxie, mais il ne saurait admettre, comme lui, que la maladie de Basedow soit la conséquence des lésions tabétiques du bulbe. M. Barié admet sans doute la maladie de Basedow, névrose, dont la réalité ne saurait être niée en présence de son étiologie par émotion morale, de la brusquerie de son apparition, de ses rémissions, de sa guérison et de ses récidives possibles. La discussion ne saurait s'engager sur ce point, mais sur celui de savoir si des lésions tabétiques bulbaires peuvent engendrer la maladie de Basedow. A propos du malade présenté, en 1874, devant la Société, par M. Féréol, M. Ballet lui-même, cherchant l'explication des phénomènes de tremblement, d'hémiparésie avec hyperesthésie à droite et hémianesthésie du côté opposé, avait pensé à l'existence d'une lésion bulbaire ; mais, depuis lors, les notions acquises en neurologie ont modifié son opinion, et il n'est pas douteux qu'il s'agissait de l'hystérie associée, chez ce malade, au goitre exophthalmique. Dans les cas analogues à ceux de M. Barié, on peut émettre deux hypothèses. La première, admise par M. Joffroy et par M. Ballet, mais que repousse M. Barié, est celle de la coexistence de l'ataxie et de la maladie de Graves. Il ne s'agit pas, d'ailleurs, d'une coïncidence fortuite ; elle résulte d'une tare originelle, ordinairement héréditaire, prédisposant certains individus à l'éclosion de différentes affections nerveuses. Les exemples de ce fait abondent : coexistence de plusieurs délires, de l'hystérie et des vésanies, des vésanies et de la chorée, de l'hystérie et du goitre exophthalmique, de l'ataxie et de la neurasthénie. C'est presque une loi de la pathologie nerveuse ; donc, rien de surprenant à l'association de l'ataxie et de la maladie de Basedow, manifestations d'une même cause : l'hérédité nerveuse. La seconde hypothèse, celle de M. Barié, paraît, par contre, inadmissible. Il faudrait admettre que les lésions tabétiques ont intéressé le noyau bulbaire du pneumogastrique ; mais, lorsque ce noyau dégénère, dans la sclérose latérale amyotrophique, par exemple, on observe bien de la tachycardie, mais il s'agit alors d'un trouble ultime, sans apparition des autres signes de la maladie de Basedow. En terminant, M. Ballet rappelle que M. Joffroy admet qu'au cours de l'ataxie, on peut observer une tachycardie, sans qu'on doive la regarder comme indiquant la coexistence de la maladie de Graves. Sur quels arguments cliniques s'appuie-t-il pour différencier la tachycardie de Basedow de celle qu'il rattache directement au tabes ? — En résumé : l'association possible de la maladie de Graves et du tabes est chose bien établie. L'hypothèse d'une lésion bulbaire dépendant de l'extension du processus tabétique ne paraît pas admissible. Il faut voir, dans les faits de ce genre, avec MM. Charcot et Joffroy, un exemple de ces associations d'affections nerveuses qui ne sont pas rares chez les héréditaires et les dégénérés.

M. *Renault* rapporte un cas de goitre exophthalmique très net, avec exophthalmie, goitre médiocre, et tachycardie, dans lequel tous les accidents disparurent après un accouchement à terme.

M. *Ollivier* a observé, chez un ataxique, une hyperhydrose et une séborrhée ayant disparu au bout de quelques mois alors que les symptômes du tabes continuaient à évoluer. Ces accidents paraissent relever d'un trouble du sympathique et démontrer, en particulier, l'influence du système nerveux sur la sécrétion sébacée.

M. *Ballet* rappelle qu'on observe assez fréquemment des troubles de même ordre chez les ataxiques : crises de diarrhée passagère, poussées de rougeur éphémère à la peau. Il a vu, une fois, une sialorrhée assez intense.

M. *Dumontpallier* est surpris d'entendre parler de la guérison du goitre exophthalmique ; il n'en connaît aucune observation, et n'en a jamais eu d'exemple parmi les nombreux goitres qu'il a rencontrés.

M. *Ballet* répond que les cas de guérison ne sont pas rares si l'on envisage non pas seulement les faits de goitre exophthalmique typiques, mais les formes frustes. Dans les cas les plus caractérisés la guérison est encore possible, bien qu'elle soit relativement rare. Il en rapporte un exemple des plus concluants. Bien des observations probantes ont été recueillies à la Salpêtrière après l'emploi des courants électriques et surtout des courants continus.

M. *E. Labbé* avait cru jusqu'ici que le goitre exophthalmique ne guérissait pas. Il a observé, pour sa part, plu-

sieurs fois l'association de la maladie de Basedow et de l'ataxie.

La séance est levée à cinq heures et quart.

André Petit.

— Suite de la liste des donations a la Société : MM. Baillarger, 50 francs; Charcot, 100 francs; Dumontpallier, 500 francs; Grancher, 1000 francs; Bourdon, 40 francs; Labric, 500 francs; Lereboullet, 100 francs; R. Montard-Martin, 100 francs; Hallopeau, 100 francs; E. Labbé, 200 francs; Hayem, 100 francs; Ferrand, 100 francs; Gouraud, 50 francs; Monteils (membre correspondant à Mende, Lozère), 100 francs; Hutinel, 100 francs.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1889. — PRÉSIDENCE DE M. LE DENTU.

Kyste dermoïde de la joue : M. Lannelongue. — Plaie pénétrante de l'abdomen : M. Baudon (Rapporteur : M. Chauvel. Discussion : MM. Kirmisson, Terrier, Quénu, Berger, Peyrot). — Anévrysme de la sous-clavière : M. Villadarès (Rapporteur : M. Nélaton. Discussion : MM. Terrier, Kirmisson, Marc Sée, Verneuil). — Myômes utérins pédiculés douloureux : M. Terrillon (Discussion : MM. Després, Routier, Terrier). — Laparotomie exploratrice : M. Duponchel. — Amputation de Lisfranc : M. Chauvel.

M. *Lannelongue* dépose une autre observation de kyste dermoïde de la joue à ajouter à celles qu'il a communiquées récemment. Il existait depuis la naissance une petite tache érectile précisément là où se montra la tumeur.

— M. *Chauvel* donne lecture de deux observations de plaies pénétrantes de l'abdomen par armes à feu, suivies de guérison sans intervention, par M. Baudon (de Nice). M. Chauvel a fait le relevé des cas de laparotomie faits pour les accidents de ce genre et a constaté qu'en Amérique du moins, la proportion des succès va en augmentant. Si l'on est moins heureux en France, cela tient à ce qu'on opère trop tard.

M. *Kirmisson*, au sujet du cas que M. Berger a rapporté dans la dernière séance, rappelle que tout le monde est d'accord en ce qui concerne les plaies de l'estomac, qu'elles guérissent spontanément dans la plupart des cas et qu'il faut en faire une classe à part. Le pronostic est bien différent pour les blessures de l'intestin grêle, et si en Amérique on obtient la guérison dans un tiers des cas, c'est que les chirurgiens les opèrent tous et très promptement.

M. *Terrier* pense qu'il faut ouvrir l'abdomen quel que soit le viscère atteint. Si les Américains réussissent, cela tient à ce que les blessés sont transportés très rapidement et trouvent à l'hôpital un chirurgien assistant qui opère dès leur entrée. En France l'intervention la plus hâtive ne peut pas se faire avant six ou huit heures.

M. *Quénu*, appelé une demi-heure après l'accident auprès d'une malade qui avait une plaie de l'estomac, n'intervint point quoiqu'il fût dans de bonnes conditions. Malgré le traitement médical, la malade mourut de péritonite au cinquième jour. Pour M. Quénu, il ne faut pas être demi-interventionniste; la règle est d'agir tout de suite ou pas du tout.

M. *Berger* fait remarquer que s'il est facile de trouver et de suturer la plaie de la face antérieure de l'estomac, celle de la face postérieure se cache si bien dans l'épiploon qu'il est parfois impossible de la rencontrer même à l'autopsie.

M. *Peyrot* raconte l'histoire d'une laparotomie faite seize heures environ après le coup de feu; des perforations doubles de l'estomac, du côlon transverse et du duodénum furent facilement trouvées et suturées; le projectile entouré de fragments de vêtement était logé derrière le duodénum. Le malade mourut vers le quatrième jour.

— M. *Nélaton* lit un rapport sur une observation d'anévrysme de l'artère sous-clavière traité par les courants continus et guéri en cinquante-cinq jours par M. Villadarès. L'interprétation de cette cure est assez difficile à donner à cause des lacunes que renferme l'observation.

M. *Terrier*. Comme on a simultanément traité le malade qui était syphilitique par l'iodure de potassium, il n'y a pas à chercher ailleurs que dans son influence la cause de la guérison. D'ailleurs les anévrysmes en général même chez les sujets non syphilitiques s'améliorent considérablement par les iodures et surtout par l'iodure de sodium.

M. *Kirmisson* rappelle que récemment M. Jaccoud a réuni une douzaine d'observations d'amélioration d'anévrysmes de l'aorte sous l'influence des iodures, et M. *Marc Sée* que l'Académie a adopté la même opinion sans conteste.

M. *Verneuil* pense que les chirurgiens ne profitent pas assez de cette méthode qui appartient à Bouillaud.

— M. *Terrillon* lit un mémoire sur l'extirpation des myômes utérins pédiculés douloureux. Ce n'est pas le volume de ces tumeurs qui est la cause de l'intervention opératoire, c'est d'une part la douleur spontanée, exagérée par la pression, la station debout, la marche, douleur toujours vive et que le décubitus dorsal seul soulage; d'autre part ce sont des troubles intestinaux, nausées, crampes douloureuses, vomissements, tous symptômes attribués presque toujours à une maladie d'estomac. Quoique ces fibrômes sous-séreux coïncident le plus ordinairement avec des fibrômes interstitiels ou avec des tumeurs semblables faisant saillie sous la muqueuse dans la cavité utérine, M. Terrillon s'est contenté dans les quatre cas qu'il a opérés d'enlever la tumeur pédiculée et les douleurs ont complètement cessé. Il attribue ces vives souffrances à des adhérences entre le grand épiploon et ces tumeurs mamelonnées, irrégulières, flottant dans de larges limites dans l'abdomen; quant aux adhérences, elles seraient provoquées par des poussées de péritonite partielle, comme la clinique a permis de l'observer dans un cas.

M. *Després* ne s'explique pas que des malades conservant des fibrômes interstitiels après ablation des pédicules ne souffrent plus.

M. *Routier* a enlevé un corps fibreux de 2 kilogrammes et demi flottant à côté d'un utérus énorme; grâce à la castration faite simultanément la malade a guéri.

M. *Terrier* croit que si les adhérences épiploïques sont l'origine des douleurs, il y a aussi les inflammations des annexes à invoquer comme cause dans presque tous les cas.

M. *Terrillon* n'a envisagé que les fibrômes pédiculés douloureux par eux-mêmes, sensibles à la pression et indépendamment de toute autre tumeur de l'utérus.

— M. *Duponchel* présente un malade atteint de troubles digestifs variés à la suite d'un coup de pied de cheval sur l'abdomen. Des plaques de péritonite tuberculeuse furent reconnues par une laparotomie exploratrice et depuis l'opération le malade est complètement rétabli.

— M. *Chauvel* montre un malade auquel il a pratiqué une amputation de Lisfranc avec un lambeau plantaire plus long que celui qui est conseillé dans les livres classiques.

M. *Delens* a fait une opération semblable selon la méthode classique et a obtenu un très bon résultat.

— M. *Horteloup* présente un nouveau modèle de sonde

dans lequel est supprimé le cul-de-sac qui existe entre l'œil de la sonde et son extrémité. Cette modification en rend le nettoyage facile et l'antisepsie plus parfaite.

P. Villemin.

Société de biologie.

SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1889. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Sur la crampe des écrivains : M. Féré. — Sur la structure de la glande pinéale : MM. Mathias-Duval et Kalt. — Les sauterelles en Algérie : M. Künckel d'Herculais. — Influence de la respiration sur les contractions cardiaques : M. Brown-Séquard. — Des microbes de l'estomac : M. Abelous. — Dosage de l'acide benzoïque et de l'acide salicylique : M. Oeschner de Coninck. — Sur l'estomac du cachalot : MM. Beauregard et Pouchet. — A propos d'une altération des ongles : M. Chouppe. — Effet de l'excitation du bout périphérique du nerf vague sur la respiration : M. Laulanié.

M. *Féré* a observé un cas de crampe des écrivains survenu à la suite d'émotions répétées chez un musicien (un flûtiste) ; il y eut d'abord impotence fonctionnelle des doigts qui s'appliquent sur la flûte, puis crampe des muscles antagonistes. Conformément à la théorie d'après laquelle cette affection dépend surtout d'un épuisement général, M. Féré la traita avec succès par le massage et par la suralimentation.

— M. *Kalt* a étudié avec M. *Mathias-Duval* la structure chez l'orvet et chez différents oiseaux de la glande pinéale, qu'il faut, comme on sait, considérer comme un troisième œil; elle diffère sur certains points chez ces animaux et chez les mammifères.

— M. *Künckel d'Herculais* a étudié les sauterelles qui l'année dernière ont envahi l'Algérie; ces sauterelles n'appartiennent pas, comme on l'avait cru, à l'espèce *Acridium peregrinum;* M. Künckel d'Herculais a d'abord déterminé cette nouvelle espèce, puis ses conditions de vie, les conditions dans lesquelles les œufs sont pondus, etc. Toutes ces recherches n'ont pas été inutiles à la détermination des meilleurs procédés à employer pour la destruction des criquets.

— M. *Brown-Séquard* a continué ses expériences, dont il a parlé dans la dernière séance, relatives à l'influence inhibitoire des mouvements respiratoires, particulièrement de l'inspiration, sur les contractions cardiaques; il présente des tracés qui montrent bien cette influence.

— M. *Abelous* (de Montpellier) fait une communication sur les microbes de l'estomac; il en a déterminé seize espèces qu'il a cultivée en différents milieux : les uns agissent sur les substances hydrocarbonées, les autres sur les aliments azotés; il en a retrouvé plusieurs espèces dans les matières fécales; d'autres espèces doivent se retrouver dans la salive.

— M. *Quinquaud* présente un travail de M. *Oeschner de Coninck* sur une méthode de dosage de l'acide benzoïque et de l'acide salicylique, quand ils se trouvent en même solution.

— M. *Beauregard* fait en son nom et au nom de M. *Pouchet*, une description sommaire de l'estomac du cachalot, estomac proprement dit, jabot, sac duodénal.

— M. *Chouppe* a observé, à la suite d'inbection, une altération trophique de l'ongle du médius qui, au bout de quelque temps, fut suivie d'une altération semblable se produisant au médius de l'autre main.

— M. *Chauveau* présente une note de M. *Laulanié* sur l'arrêt de la respiration causé par l'excitation du bout périphérique du nerf pneumogastrique.

BIBLIOGRAPHIE

De l'étiologie de la phthisie pulmonaire et laryngée et de leur traitement à toutes les périodes de la maladie, par M. le docteur Libermann, ancien médecin principal de l'armée. — Paris, 1888, G. Masson.

Ainsi que le dit l'auteur de ce travail, il peut paraître hardi, en présence de la doctrine microbienne qui domine actuellement la pathologie, d'avancer sur la phthisie pulmonaire une théorie nouvelle où le microbe ne joue aucun rôle. Ce n'est pas que M. Libermann nie l'existence du bacille de Koch. Ce bacille, il l'a vu, dit-il, non seulement dans les crachats des phthisiques, mais aussi dans ceux de la bronchite simple et de la pneumonie catarrhale, et pour cette raison même il le regarde comme le produit et non comme la cause de la tuberculose. Celle-ci ne serait, selon lui, que le terrain propice au développement du micro-organisme. Tout autre et non microbienne est pour M. Libermann l'origine de la phthisie pulmonaire. Ayant remarqué que presque tous les phthisiques présentent, dès le début de leur mal ou même *avant*, une altération de la voix, il a été porté à examiner le larynx de ses tuberculeux, et chez tous il a trouvé une paralysie d'une des cordes vocales ou même des deux. Ces altérations vocales ne pouvant, dans sa pensée, se rattacher qu'à une lésion du nerf pneumogastrique, il s'est mis à étudier l'état de ce nerf chez les phthisiques, et de ses recherches anatomiques il a déduit les conclusions que voici :

Le nerf pneumogastrique, toujours enflammé chez les phthisiques, passe dans ses altérations par quatre phases ou degrés successifs qui sont : la congestion, l'exsudation séreuse, la prolifération du tissu conjonctif et enfin l'infiltration graisseuse du nerf. A chacun de ces degrés correspondrait une lésion plus ou moins avancée du poumon ou du larynx. Au premier degré répondraient les troubles de la voix et la paralysie des cordes vocales, signes précurseurs de la tuberculose à venir; au second, l'apparition des granulations grises du larynx ou du poumon ; au troisième, les troubles fonctionnels du poumon et l'hémoptysie; au quatrième, l'infiltration caséeuse du parenchyme pulmonaire et les altérations profondes de la muqueuse laryngée. De plus, la lésion du poumon siégerait toujours du même côté que la paralysie de la corde vocale. Enfin, toutes les lésions laryngo-pulmonaires seraient d'ordre trophique et la conséquence d'une inflammation *à frigore* du nerf pneumogastrique.

Voilà assurément une théorie aussi nouvelle qu'inattendue, aussi simple qu'originale, mais qui, nous le craignons fort, trouvera bien des incrédules et soulèvera plus d'une objection. On se demandera surtout si la tuberculose des organes autres que le larynx et le poumon, n'est pas, elle aussi, la suite d'une névrite. Ce point, que l'auteur a laissé dans l'ombre, aurait mérité d'être élucidé par lui dans l'intérêt même de sa doctrine. Mais nous ne prétendons ici ni critiquer ni louer l'œuvre de M. Libermann. Nous nous bornons à l'analyser et nous laissons le soin de la juger aux médecins des hôpitaux, mieux placés que nous pour contrôler sur le cadavre les recherches anatomo-pathologiques de l'auteur, et sur les malades le traitement qu'il préconise contre la phthisie pulmonaire. Ce traitement aussi original et aussi inattendu que la théorie dont il découle, vise exclusivement l'inflammation du pneumogastrique. Pour décongestionner ce nerf, il suffirait de l'électriser deux fois par jour, dans son parcours cervical, à l'aide de courants continus. M. Libermann dit avoir fait *avorter* par ce moyen des phthisies pulmonaires commençantes et ne se traduisant encore que par des signes rationnels, tels que la paralysie de la corde vocale et les hémopty-

sies. Ce traitement préviendrait même l'éclosion de la tuberculose chez les sujets héréditairement prédisposés. Il serait donc à la fois curatif et prophylactique. Quant à la phthisie confirmée avec productions caséeuses, les courants voltaïques n'ont pas de prise sur elle et le traitement des symptômes lui est seul applicable. Nous ne suivrons pas M. Libermann dans l'exposé du traitement symptomatique qu'il a adopté. Qu'il nous suffise d'avoir résumé et mis en relief ce que le mémoire de notre excellent confrère et ami offre de neuf et d'original.

V. Widal.

VARIÉTÉS

Réforme de l'examen d'aptitude des médecins-majors de l'armée.

Une excellente mesure vient d'être prise par la direction du service de santé. L'examen d'aptitude des médecins de l'armée, au lieu d'être subi au siège de chacun des grands commandements militaires et jugé par les directeurs régionaux du service de santé, sera désormais confié à un jury spécial. De plus, cet examen sera facultatif pour les médecins-majors de 1re classe. Il en résultera, nous aimons à l'espérer, que cet examen pourra devenir un peu plus sérieux que par le passé, et conférer dès lors un titre sérieux à ceux qui l'auront mérité. Nous ne souhaitons plus qu'une chose, c'est que l'on revienne aussi, au moins pour les médecins-majors de 1re classe, à la division du concours en concours de médecine et concours de chirurgie. Il serait vraiment déplorable d'empêcher à partir de ce grade une spécialisation nécessaire. Voici les principaux passages de la note ministérielle.

L'examen d'aptitude institué par les décisions des 26 avril et 24 mai 1883 restera facultatif, sans condition d'ancienneté, pour les médecins-majors de 1re classe, et obligatoire pour les médecins et pharmaciens-majors de 2e classe appartenant à la moitié la plus ancienne du cadre.

Les professeurs agrégés du Val-de-Grâce, les répétiteurs de l'Ecole de Lyon, ainsi que les médecins ayant précédemment satisfait aux épreuves de l'ancien concours pour le service hospitalier, en seront seuls dispensés.

Les médecins-majors de 1re classe, les médecins et pharmaciens-majors de 2e classe ne pourront être proposés pour le grade supérieur, sauf en campagne, qu'autant qu'ils auront subi avec succès l'examen d'aptitude qui comprendra les épreuves déterminées par la circulaire du 24 mai 1883.

Toutefois, pour la quatrième épreuve, les candidats pourront être interrogés non seulement sur les lois, décrets, instructions et règlements énoncés par ladite circulaire, mais sur toutes les dispositions nouvelles ayant un caractère général ou concernant spécialement le service de santé.

..... Le jury d'examen est composé de trois membres, savoir :

Pour les médecins : le médecin inspecteur général, ou un médecin-inspecteur, président ; deux médecins principaux, dont un professeur du Val-de-Grâce.

Pour les pharmaciens : le pharmacien inspecteur, président ; un médecin principal ; le pharmacien professeur au Val-de-Grâce.

Le ministre désigne les présidents et choisit les membres des jurys sur une liste présentée par le comité technique de santé.

L'épreuve écrite est éliminatoire :

La composition est faite par les candidats partout le même jour, à la même heure et au lieu de leur résidence.

Le sujet de cette composition, choisi par le jury, est envoyé aux directeurs du service de santé de chaque corps d'armée, sous autant de plis cachetés qu'il y a de garnisons possédant des candidats. Le directeur provoque les ordres nécessaires pour que ceux-ci soient convoqués et réunis à l'heure et au jour fixés et fait parvenir les plis cachetés, par l'intermédiaire du commandement, aux commandants d'armes.

..... La décision du jury est notifiée par le ministre (7e direction) aux candidats. Ceux qui ont été déclarés admissibles sont convoqués à Paris (hôpital du Val-de-Grâce) où ils subissent les épreuves définitives.

..... L'ordre dans lequel les candidats sont appelés à subir les épreuves définitives, ainsi que les questions auxquelles ils doivent répondre, sont déterminés par le sort. Le nombre des questions mises dans l'urne est toujours double de celui des candidats.

Les épreuves sont notées de 0 à 20 par chaque membre du jury.

La moyenne des notes ainsi obtenues à chaque épreuve est multipliée par les coefficients suivants : 1re épreuve : coefficient, 12 ; 2e épreuve : coefficient, 15 ; 3e épreuve : coefficient, 10 ; 4e épreuve : coefficient, 8.

L'admissibilité exige un minimum de 132 points.

Nul candidat n'est admis s'il n'a obtenu 495 points au moins pour l'ensemble des épreuves.

Concours d'agrégation de chirurgie. — Le jury se trouve constitué de la manière suivante : président, M. Verneuil ; juges titulaires, MM. Trélat, Le Fort, Duplay, Tarnier, Ollier (de Lyon), Lannelongue (de Bordeaux), Dubreuil (de Montpellier), Gaulard (de Lille) ; juges suppléants : MM. Panas, Reclus, Budin, Pinard.

Les candidats sont, d'après l'ordre de la Faculté pour laquelle il se sont fait inscrire :

Paris. — Chirurgie : MM. Barette, Bazy, Beurnier, Broca, Castex, Clado, Hartmann, Marchant, Ménard, Michaux, Nélaton, Phocas, Picqué, Pollosson, Ricard, Rochard, Routier, Truffier, Verchère, Villar et Walther. — Accouchements : MM. Auvard, Bar, Boissard, Bonnaire, Bureau, Doléris, Lepage, Olivier, Planchard, Potocki, Tissier.

Lyon. — Chirurgie : MM. Gangolphe, Genevey-Montaz, Rochet, Vallas.

Lille. — Chirurgie : MM. Carpentier, Coppens. — Accouchements : M. Turgard.

Bordeaux. — Chirurgie : M. Courtin. — Accouchements : MM. Chambrelent, Rivière.

Montpellier. — Chirurgie : MM. Estor, Février.

Concours d'agrégation (*Médecine*). — Les dernières questions orales ont été les suivantes : MM. Balzer : Du collapsus. — Davezac : Des agents pyrétogènes. — Gilbert : De la vaccination antivariolique. — Babinski : Des réactions cellulaires en présence des microbes pathogènes.

Concours du Bureau central. — Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien du Bureau central s'ouvrira le 25 mars à midi.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 25 février et sera clos le lundi 11 mars à deux heures.

— Un concours pour la nomination à une place d'accoucheur du Bureau central sera ouvert le lundi 6 mai à midi. Le registre d'inscription sera ouvert le lundi 1er avril et clos le mercredi 17 à trois heures.

Médecine. — Ont été désignés pour faire partie du jury du prochain concours du Bureau central (*Médecine*), sous réserve des changements qui pourraient ultérieurement se produire : MM. Dreyfus-Brisac, Potain, Gombault (de Beaujon), Desnos, Dujardin-Beaumetz, Labadie-Lagrave, Richet.

Association générale des médecins de France. — L'Assemblée générale de l'Association qui devait avoir lieu le dimanche 28 avril est reportée, à cause de l'Exposition universelle, au dimanche 12 mai.

Association générale des médecins de France (*Séance annuelle de la Société centrale*). — Le 3 février dernier se réunissaient, sous la présidence de M. Lannelongue, les membres de la Société centrale. Dans un discours très applaudi, le président a fait ressortir le rôle moralisateur de la Société et la satisfaction que, les premiers, en éprouvent ceux qui ont la mission de répartir pour le mieux les économies communes. « Notre nombre augmente, a-t-il dit, nos ressources augmentent plus rapidement encore, mais l'Association générale des médecins de France est une œuvre à laquelle nous devons tous chercher à imprimer une impulsion continue. »

Après M. Lannelongue, M. Piogey, secrétaire, a rendu compte des actes de la Société. Le nombre des pensionnaires s'est élevé de 80 à 100. Les ressources de la Société augmentées, grâce aux legs de MM. Roth et Bell, lui permettent de venir en aide à un plus grand nombre d'infortunés.

M. Brun, trésorier, annonce qu'il a touché le legs de 150000 francs fait par M. Roth. Il y a actuellement, ajoute-t-il, 826 sociétaires, dont 185 versent une cotisation supérieure à la cotisation réglementaire et variant de 15 à 1000 francs, sans compter les 35 cotisations perpétuées par des membres décédés. 6850 francs ont été distribués en secours à 53 personnes; c'est peu, mais la plupart de ces personnes étaient étrangères à l'Association. La Société centrale a fourni une contribution volontaire de 2000 francs à la caisse de pensions de retraites de l'Association.

La Société centrale est donc dans une situation financière excellente; elle possède 61142 fr. 43 de fonds disponibles; 1844 francs de rente française pour cotisations perpétuées, et sa participation au fonds commun de l'Association générale, ce qui lui a permis de faire allouer deux pensions, chacune de 600 francs, à deux sociétaires âgés et infirmes et d'en réclamer deux autres lors de la prochaine assemblée générale.

Au cours de la séance, M. le docteur Bucquoy a été élu, à l'unanimité des membres présents, vice-président de la Société, en remplacement de M. Le Roy de Méricourt, démissionnaire, et à la fin de la séance ont été élus membres de la Commission administrative: MM. les docteurs Jules Besnier, Bonin, Bourot, Diday, Raymond Durand-Fardel, Hervé de Lavaur, Gustave Lefèvre, Moreau (de Tours), Ozenne, Paul Reynier, Turner et Voelker.

Association médicale mutuelle de la Seine. — Cette Association, fondée par M. le docteur Lagoguey, a tenu dimanche dernier, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sa deuxième assemblée générale annuelle.

L'effectif de la Société qui était, l'année dernière, de 76 membres, avec un capital de 6721 francs, s'est élevé à 147 membres, avec un capital de 15800 francs. Le nombre des membres honoraires a augmenté dans des proportions notables, et parmi eux, on compte six professeurs de la Faculté.

L'Association est donc moralement et matériellement très prospère. Le rapport du trésorier, M. Fissiaux, est concluant à cet égard. Les recettes, pendant ces deux premières années, se sont élevées à 20259 francs; les dépenses à 4902 fr. 75; parmi ces dernières, figurent surtout 329 journées de maladies, réparties entre plusieurs confrères. Il reste en caisse près de 16000 francs sans compter les recettes courantes.

Société protectrice de l'enfance. — L'Assemblée générale de la Société aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, rue de la Sorbonne, 15, le dimanche 17 février 1889, à deux heures précises, sous la présidence d'honneur de M. Rousse, de l'Académie française.

Ordre du jour: 1° la protection de l'enfance, par M. le docteur Marjolin; 2° compte rendu moral et financier, par M. le docteur Blache; 3° rapport sur les mémoires pour la question de prix, par M. le docteur Fauvelle; 4° rapport sur les récompenses décernées aux médecins-inspecteurs, par M. le docteur Béclère; 5° rapport sur les récompenses accordées aux mères-nourrices, par M. Mansais, référendaire au sceau de France.

La répression des remèdes secrets. — On annonce que, sur une Commission rogatoire de M. Guillot, juge d'instruction, des flacons contenant des drogues diverses devant guérir les maladies les plus secrètes ont été saisis et que les médecins dont les noms figurent sur les étiquettes de ces flacons, seront poursuivis pour exercice illégal de la médecine s'ils ne peuvent justifier du titre de docteur.

Il serait à désirer que l'on pût saisir de même les nombreux médicaments secrets qui sont vendus en si grand nombre, grâce aux réclames de prospectus aussi insinuants que mensongers N'est-ce pas commettre le délit d'escroquerie ou celui de tromperie sur la qualité de la marchandise vendue que d'abuser aussi audacieusement de la crédulité publique? On peut et l'on doit autoriser les spécialités pharmaceutiques. Il faudrait pouvoir poursuivre les médicaments secrets.

Banquet offert a M. Diday. — Le 31 janvier dernier les membres de la Société nationale de médecine de Lyon se sont réunis pour offrir un banquet à leur ancien secrétaire général M. Diday. De nombreux toasts ont été portés au médecin de l'Antiquaille, au publiciste éminent, au secrétaire général, qui a bien mérité de la science et de la médecine lyonnaise.

Création d'un fonds d'encouragement pour les études sur la guérison de la tuberculose.

Vingt-cinquième liste.

Mme Raymond	500 fr.	
Direction générale des bains de mer de Monaco	300	
Société de médecine vétérinaire pratique à Paris	200	
M. le professeur Lannelongue	200	
M. le professeur Chauveau	100	
M. le professeur Nocard	100	
M. Verneuil	100	
Conseil général de l'Oise	599	15
Commune de Nogent-sur-Marne	100	
— de Beaume-la-Rollande	66	70
— de Lanthenay	53	65
— de Doulaincourt	50	
— d'Hautmont	49	40
— de Ham	40	
— de Verneuil	37	
— de Vareddo	31	
— de Carvin	25	
— d'Avallon	25	
— du Perreux	20	
— de Sainte-Geneviève-des-Bois	20	
— de Vaux	14	
— de Sainte-Preuve	10	
— d'Escosse	10	
— de Champagnole	10	
— de Quessy	5	
— de Guerchy	5	
— de Boran	1	
Total	2.671 fr.	90
Montant des listes précédentes	74.656	84
Total général	77.328 fr.	74

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 22 février 1889). — *Ordre du jour:* A l'occasion du procès-verbal: M. Sevestre: Mode de transmission des maladies. — M. de Beurmann: Un cas de mort par tétanie dans le cours d'une dilatation de l'estomac. — M. Huchard: Sur un nouveau syndrome cardiaque: l'embryocardie. — M. Debove: Présentation de malade.

Nécrologie. — Le docteur Jules Honnorat, ancien interne des hôpitaux de Lyon, médecin des hôpitaux de Vienne, vient de succomber aux suites d'un empoisonnement septique. Notre confrère venait d'opérer un enfant atteint du croup. Il se blessa avec le bistouri dont il venait de se servir. Une lymphangite des plus graves se déclara aussitôt. Le docteur J. Honnorat emporte en mourant l'estime et les regrets de tous ses collègues.

Mortalité a Paris (5e semaine, du 27 janvier au 2 février 1889. — Population: 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 18. — Variole, 3. — Rougeole, 39. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 54. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 190. — Autres tuberculoses, 23. — Tumeurs: cancéreuses, 50; autres, 3. — Méningite, 40. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 58. — Paralysie, 10. — Ramollissement cérébral, 9. — Maladies organiques du cœur, 61. — Bronchite aiguë, 29. — Bronchite chronique, 52. — Broncho-pneumonie, 63. — Pneumonie, 62. — Gastro-entérite: sein, 16; biberon, 35. — Autres diarrhées, 1. — Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 18. — Sénilité, 29. — Suicides, 9. — Autres morts violentes, 16. — Autres causes de mort, 196. — Causes inconnues, 14. — Total: 1111.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

18384. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 20 février 1889.

Académie de médecine : **Néphrorrhaphie. — Trépanation dans un cas d'épilepsie.** — *Société des hôpitaux :* **Les maladies contagieuses.**

La discussion sur le tétanos a été continuée par M. Trasbot et M. Verneuil. Nous attendrons que M. Verneuil ait complété la réponse qu'il a commencée hier pour résumer les arguments développés de part et d'autre.

Dans cette même séance deux communications chirurgicales, du plus haut intérêt ont été faites à l'Académie. M. le professeur Guyon a magistralement exposé les motifs qui doivent faire préférer la néphrorrhaphie à la néphrectomie, précisé le mode opératoire de la fixation du rein et donné à l'appui de ces considérations cliniques deux observations d'ectopie douloureuse du rein traitées avec succès par la néphrorrhaphie.

L'observation communiquée à l'Académie par M. Péan, en son nom et au nom de MM. Gilbert Ballet et Gélineau, aura le plus grand et le plus légitime retentissement. Elle prouve en effet avec quelle précision, quelle certitude les élèves de M. Charcot peuvent aujourd'hui, de la doctrine des localisations cérébrales, déduire les applications pratiques si bien indiquées autrefois par M. J. Lucas-Championnière. N'est-ce pas en s'appuyant sur tous ces travaux que M. Gilbert Ballet a pu, avec une sûreté diagnostique vraiment admirable, marquer sur la boîte crânienne le point précis où devait être appliquée une rondelle de trépan ? Et ne convient-il pas de louer aussi le docteur Gélineau qui a su reconnaître par les caractères de son *aura* intiale l'épilepsie partielle dont était atteint le malade et, par conséquent la cause pathologique de ses accès ? Après avoir rendu pleine et entière justice à l'habileté opératoire du chirurgien qui a mené à si bonne fin une opération des plus délicates, ne convient-ils pas, avec M. Péan, qui l'a fait lui-même et en excellents termes, de proclamer hautement qu'en France, aussi bien qu'en Angleterre, la doctrine des localisations cérébrales a rendu les plus grands services.

— Nous devons également appeler l'attention de nos lecteurs sur l'important travail qu'a bien voulu nous donner M. le professeur Bouchard (p. 120) et qui résume si nettement ses remarquables découvertes sur le rôle des poisons d'origine microbienne.

— La *Société médicale des hôpitaux* va commencer, à l'occasion de la communication qui lui a été faite par M. Millard (voy. p. 111), une discussion qui sera des plus intéressantes et des plus utiles si des conclusions tant soit peu précises en peuvent être déduites. Tout en reconnaissant, en effet, l'immense service que rendrait à l'hygiène hospitalière l'adoption de toutes les mesures dont M. Grancher a si nettement précisé l'utilité ; tout en constatant les résultats si remarquables qu'a déjà obtenus M. Sevestre, nous devons cependant affirmer encore la nécessité de bien connaître, alors qu'il s'agit de maladies infectieuses, le mode suivant sur lequel se fait la contagion et la durée de celle-ci. Ce sont là des questions sur lesquelles, dans sa lettre à l'administration de l'assistance publique, M. Grancher appelle l'attention des cliniciens ; ce sont celles qui devront être sérieusement discutées devant la Société des hôpitaux.

Or, si l'on se place non pas seulement au point de vue de l'hygiène hospitalière mais au point de vue de la pratique médicale, il faut bien avouer que ces diverses questions sont loin d'être définitivement résolues. Parmi les maladies de l'enfance, la rougeole et la diphthérie, nous dit M. Grancher, sont les plus contagieuses et au point de vue de la mortalité les plus redoutables. La scarlatine, la varicelle, la fièvre typhoïde, la coqueluche, etc., peuvent être contractées dans les salles mais le sont rarement. Admettons-le pour l'hôpital. En est-il de même en ville? Au point de vue de la contagiosité, la rougeole qui se transmet avant que l'éruption se soit manifestée, c'est-à-dire alors que, le plus souvent, elle est encore méconnue, qui dès lors en dix à douze jours frappe tous les enfants d'une même famille, est évidemment des plus contagieuses. Dès qu'un enfant rubéolique se trouve atteint, il est presque toujours trop tard pour l'isoler et préserver ses frères et sœurs; mais le germe contagieux est-il aussi persistant, aussi tenace que celui de la scarlatine? Peut-il rester adhérent à un lit, à une chambre? Est-il nécessaire de désinfecter longuement et minutieusement les appartements où l'on a traité un rubéolique? Faut-il pendant quarante jours interdire à celui-ci la vie commune; et les règlements

qui l'empêchent de reprendre ses études ne sont-ils point à cet égard trop rigoureux? En ce qui concerne la scarlatine, les conditions ne sont-elles point tout à fait différentes? La maladie est-elle contagieuse dès l'apparition des premiers symptômes (vomissements et fièvre) ou même dès que l'éruption s'est manifestée? Ne peut-on pas espérer, par un isolement rigoureux, préserver, dans un même appartement, plusieurs enfants qui cependant n'eussent pas échappé à la contamination rubéolique? Par contre ne faut-il pas isoler très longtemps, peut-être même plus de quarante jours, l'enfant atteint de scarlatine? Ne sait-on pas que le germe de cette maladie reste attaché avec une ténacité désolante aux meubles, aux tentures, à la literie? Les prescriptions universitaires et les règlements sanitaires imposant la désinfection ne doivent-ils pas être infiniment plus sévères quand il s'agit de la scarlatine que lorsqu'on a affaire à la rougeole? Et pour la coqueluche? A quelle date commence le danger de transmissibilité de la maladie? N'est-ce point dès le début, avant même que la toux ne présente ses caractères spécifiques? N'est-ce point longtemps encore après que la période aiguë de la maladie a cessé? Contentons-nous de poser aujourd'hui toutes ces questions. Si elles pouvaient être discutées par les savants expérimentés qui, à la *Société des hôpitaux*, ont toute autorité pour les résoudre, les médecins praticiens auraient grand intérêt à écouter leurs avis et à suivre leurs conseils.

— Cette étude de la contagiosité des maladies épidémiques a de nombreux points de contact avec celle qui a pour objet l'évaluation numérique des décès que courent à Paris les maladies contagieuses. Aussi avons-nous pensé rendre service à nos lecteurs en demandant à notre distingué confrère, M. le docteur Jacques Bertillon, l'article qu'on lira ci-dessous. Les bulletins statistiques que nous publions chaque semaine, s'ils permettent de connaître avec précision le mouvement des maladies épidémiques, ne peuvent en effet faire apprécier les résultats que donnent au point de vue de la mortalité les progrès de l'hygiène ou de la thérapeutique. Il faut, pour y arriver, additionner tous les chiffres que nous donne si exactement M. Bertillon et les comparer aux chiffres des années précédentes. C'est ce travail qu'a bien voulu établir pour nous le savant et zélé directeur de la Statistique municipale.

On remarquera, dans les tableaux dressés par M. Bertillon, l'atténuation si notable du chiffre des décès occasionnés par la fièvre typhoïde. C'est le résultat le plus important à signaler. On verra de plus qu'à tous les points de vue — nous ne parlons que des maladies épidémiques — l'année 1888 a été bien partagée. Les décès par rougeole, variole, scarlatine et coqueluche, ont été inférieurs à ceux des années précédentes. On lira aussi avec un vif intérêt ce qui nous est démontré au sujet de l'état sanitaire de la presqu'île de Gennevilliers.

DÉMOGRAPHIE

Du degré de fréquence des principales causes de mort à Paris pendant l'année 1888.

L'année 1888 s'est fait surtout remarquer par la rareté relative de la fièvre typhoïde et de la rougeole. La plupart des autres maladies ont eu une fréquence à peu près normale.

La *fièvre typhoïde* n'avait jamais été si rare à Paris depuis que la statistique parisienne est publiée régulièrement, c'est-à-dire depuis vingt-quatre ans. On verra par la lecture de la colonne 2 de notre tableau II, que jusqu'en 1879, cette fièvre conservait une fréquence voisine de 50 décès annuels pour 100 000 habitants (sauf le siège et l'épidémie de 1876). En 1880, cette fréquence double brusquement; pendant cinq ans de suite la fièvre typhoïde conserve cette fréquence exagérée; enfin, dans les quatre dernières années, elle a diminué peu à peu; le chiffre de 1887 est analogue à ceux d'autrefois et celui de 1888 est plus favorable encore.

Comme toujours (1), la fréquence de la fièvre typhoïde a été au minimum en juin (45 décès pendant ce mois); elle s'est relevée à partir de septembre.

TABLEAU I. — Ville de Paris. — *Sur 100 000 habitants, combien de décès causés par chaque maladie?*

Maladies causes de décès.	1887.	1888.
Fièvre typhoïde	61	33
Variole	17	11
Rougeole	72	40
Scarlatine	10	8
Coqueluche	19	12
Diphthérie et croup	70	77
Erysipèle	9	7
Autres maladies épidémiques	1	1
Phthisie pulmonaire	446	430
Autres tuberculoses	55	56
Tumeurs cancéreuses	99	102
Méningite simple	78	74
Congestion et hémorrhagie cérébrales	105	110
Ramollissement cérébral	22	25
Maladies organiques du cœur	133	134
Bronchite aiguë	59	63
Bronchite chronique	85	85
Pneumonie et broncho-pneumonie	190	184
Gastro entérite (de 0 à 5 ans)	168	167
Diarrhée (plus de 5 ans)	11	10
Affections puerpérales	14	14
Débilité congénitale	53	58
Sénilité	62	68
Suicide	38	35
Autres causes de décès	458	461
Total des décès pour 100 000 habitants	2335	2266

Comme toujours, le quartier le plus frappé a été le Gros-Caillou (environ 70 décès pour 100 000 habitants), où se trouvent plusieurs casernes. Parmi les quartiers éprouvés, il faut citer les Quinze-Vingts (66 décès pour 100 000 habitants) (2).

Variole. — Cette maladie est extrêmement irrégulière dans ses apparitions, ainsi qu'on le verra par la colonne 3 de notre tableau II. L'exemple de l'Allemagne prouve qu'on peut la supprimer entièrement par l'obligation de la vaccine et de la revaccine. Sa fréquence en 1888 a été faible, étant donnés les chiffres ordinairement observés à

(1) *De l'augmentation de fréquence des principales maladies épidémiques à Paris et de leurs saisons d'élection* (1865-1883), par Jacques Bertillon (*Annuaire statistique* de Paris 1883 et Congrès d'hygiène de la Haye).

(2) Conformément à un usage qui s'est perpétué de 1865 à 1880, nous ne comptons pas dans le nombre des décès parisiens les décès d'individus domiciliés dans la banlieue, et qui ne sont venus à Paris que pour se faire soigner à l'hôpital de maladies contractées dans leurs communes. Nous sommes obligé d'agir ainsi pour pouvoir comparer les chiffres qui précèdent 1880 et ceux qui suivent cette date. Mais il faut compter autrement lorsque l'on compare la mortalité de Paris à celle des villes étrangères (Décision du Congrès de Budapest). Les chiffres que nous citons sont toujours rapportés à 100 000 habitants (et pour la banlieue à 10 000 seulement). Ces chiffres ne sont encore à présent que provisoires, mais ils ne différeront vraisemblablement pas des chiffres définitifs.

Paris. Contrairement aux autres maladies épidémiques, la variole n'a pas de saison d'élection. En 1888, elle a été plus fréquente pendant les six premiers mois de l'année que pendant les six derniers.

Le quartier le plus frappé a été la Villette (58 pour 100 000 habitants).

TABLEAU II. — *Pour* 100 000 *habitants, combien de décès par chacune des maladies indiquées?*

ANNÉES. Col. 1.	FIÈVRE TYPHOÏDE. Col. 2.	VARIOLE. Col. 3.	ROUGEOLE. Col. 4.	SCARLATINE. Col. 5.	COQUELUCHE. Col. 6.	DIPHTHÉRIE Col. 7.
1865...	64	42	19	8	12	53
1866...	53	32	45	4	10	45
1867...	48	17	34	4	11	36
1868...	51	33	34	7	12	41
1869...	54	36	27	14	7	41
1870...	132	531	42	12	12	27
1871...	243	149	32	14	14	30
1872...	54	5	31	7	10	62
1873...	53	0,9	30	5	4	64
1874...	43	2	33	4	13	53
1875...	53	13	34	4	15	67
1876...	102	19	44	7	10	79
1877...	61	7	33	5	26	121
1878...	40	4	32	3	13	93
1879...	53	43	43	4	13	84
1880...	92	99	44	16	24	94
1881...	87	44	40	20	22	99
1882...	143	28	45	7	9	100
1883...	88	20	49	4	30	84
1884...	67	3	67	7	20	86
1885...	59	8	68	6	12	73
1886...	42	9	54	18	25	67
1887...	61	17	72	10	19	70
1888...	33	11	40	8	12	77

Rougeole. — Cette maladie a notablement augmenté de fréquence depuis 1865; après s'être maintenue jusqu'en 1878 à une proportion voisine de 33 décès pour 100 000 habitants, elle s'est élevée bien au delà pendant les neuf années suivantes. Elle est revenue à 40 pendant l'année dernière.

La rougeole est une maladie très régulièrement saisonnière; toujours son maximum se rencontre vers juin et son minimum en octobre. En 1888, le maximum a été un peu retardé (juillet, 90 décès; et août, 90 décès); son minimum a été comme toujours en octobre (42 décès). Sa fréquence a beaucoup augmenté en décembre.

On peut dire que la fréquence de la rougeole dans les différents quartiers de Paris se proportionne exactement au degré d'aisance de la population. Aussi les quartiers du centre sont presque tous épargnés; les seuls parmi eux qui aient été atteints sont les quartiers relativement peu aisés de la Sorbonne (dont la partie inférieure est très misérable), de Saint-Avoie, Saint-Merri et Saint-Gervais. Parmi les faubourgs, les plus frappés sont les plus pauvres, la Gare (134 décès pour 100 000 habitants), la Maison-Blanche (155 décès pour 100 000 habitants), et enfin Charonne (147 décès pour 100 000 habitants).

Scarlatine. — Cette fièvre, toujours rare à Paris, a présenté cette année un chiffre moyen (8 décès pour 100 000 habitants).

Coqueluche. — L'augmentation de la coqueluche dans ces dernières années n'a pas été progressive comme celle de la diphthérie, ni brusque comme celle de la fièvre typhoïde; elle s'est manifestée par des poussées épidémiques plus fréquentes (colonne 6 du tableau II). En 1887 et surtout en 1888, elle est revenue aux proportions qu'elle avait ordinairement avant 1876.

Diphthérie. — Cette maladie augmente très régulièrement de fréquence à Paris depuis vingt-quatre ans (colonne 7 du tableau II). On peut résumer les chiffres de la colonne 7 de notre tableau II de la façon suivante : pour 100 000 habitants, il y a eu à Paris :

En 1865-67................	45	décès par diphthérie.
En 1868-69 et 1872-78.....	64	—
En 1879-82................	99	—
En 1883-88................	76	—

Malgré cet accroissement incessant, la diphthérie est moins redoutable à Paris que dans la plupart des villes allemandes, mais les villes anglaises en sont beaucoup moins atteintes.

En 1888, la fréquence de la diphtérie (77) a été à peu près double de ce qu'elle était il y a vingt ans; mais ce chiffre, qui aurait semblé naguère considérable, doit être aujourd'hui regardé comme moyen.

La diphtérie est assez régulièrement saisonnière. Fréquente en février, mars et avril, elle décroît jusqu'en août, septembre et octobre où se trouve son minimum. C'est précisément ce qui est arrivé en 1888 (février, 203 décès; mars, 178; avril, 182; mai, 184... août, 99; septembre, 70).

De même que la rougeole, la diphthérie est rare dans les quartiers riches, fréquente dans les quartiers pauvres. Des quarante quartiers du centre, le seul qui soit frappé par la diphthérie est le Gros-Caillou (environ 133 décès pour 100000 habitants), tandis que presque tous les quartiers de la périphérie (quartiers pauvres) sont sérieusement atteints. Nous citerons notamment : Picpus (131); Necker (140); Grenelle, (164); Javel (171); et enfin les faubourgs les plus pauvres de Paris : la Salpêtrière (148); la Gare (151); les Carrières d'Amérique (181), et Charonne (145 décès pour 100000 habitants).

Nous n'insisterons pas sur les autres causes de mort dont la fréquence ne varie guère d'une année à l'autre. Elles ont été en 1888 ce qu'elles sont à peu près chaque année. On remarquera la fréquence sans cesse croissante du suicide, qui a fait l'année dernière plus de victimes que la fièvre typhoïde.

État sanitaire de la plaine de Gennevilliers irriguée à l'eau d'égout. — L'enquête sanitaire que le Préfet de la Seine, sur ma proposition, a prescrite dans toutes les communes du département de la Seine, m'a permis de poursuivre les recherches que j'avais entreprises l'année dernière (*Revue scientifique* du 3 mars 1888) sur l'état sanitaire de Gennevilliers et autres lieux arrosés à l'eau d'égout.

La plaine irriguée (étendue irriguée, 600 hectares) se trouve située dans la presqu'île de Gennevilliers formée au nord de Paris par une boucle de la Seine. La petite ville de Gennevilliers est située au milieu de ce vaste champ d'irrigation, et les villes d'Asnières et de Colombes y sont enclavées par leur côté est et leur côté nord. La totalité de la plaine reçoit en moyenne, par jour, 85000 mètres cubes d'eau d'égout (sur 300000 mètres cubes que produit la ville de Paris). La plaine irriguée est entièrement drainée;

la quantité d'eau qui sort des drains est incomplètement connue (les compteurs trouvent 18 000 mètres cubes d'eau par jour). Cette eau est aussi limpide que l'eau de roche.

On sait combien a été discutée l'influence des irrigations sur l'état sanitaire. Notre tableau III montre que cette influence est nulle. Les maladies épidémiques (1) ne sont ni plus rares ni plus fréquentes dans la plaine irriguée qu'elles ne le sont dans le reste de l'arrondissement de Saint-Denis. La rougeole y est même plus rare. D'autres maladies (et notamment la pneumonie) sont plus rares à Gennevilliers que dans les autres communes du nord de Paris et en somme la mortalité y est plus faible. Il va de soi que ces heureux résultats ne viennent pas des irrigations, mais seulement de ce que Gennevilliers, Asnières, Colombes ne sont pas habités par une population vouée à la grande industrie, comme le sont Saint-Denis, Clichy, etc.

TABLEAU III. — *Sur 10 000 habitants, combien de décès causés par chaque maladie?*

MALADIES CAUSES DE MORT.	GENNEVILLIERS ASNIÈRES COLOMBES. Total : 33 302 hab.		AUTRES COMMUNES DE L'ARRONDISSEMENT DE SAINT-DENIS. Total : 311 840 hab.	
	1887.	1888.	1887.	1888.
Fièvre typhoïde	7	7	7	6
Variole	4	1	4	3
Rougeole	3	3	9	5
Scarlatine	1	2	1	1
Coqueluche	»	1	3	2
Diphthérie	14	13	10	12
Phthisie et autres tuberculoses	51	46	52	54
Tumeurs (cancer, etc.)	9	11	9	13
Méningite simple	4	11	13	10
Apoplexie cérébrale, paralysie, ramollissement	23	23	21	21
Maladies organiques du cœur	12	17	14	14
Pneumonie et bronchite aiguë	24	20	36	35
Bronchite chronique	9	10	10	9
Diarrhée (athrepsie, etc.)	20	20	32	33
Fièvre et péritonite puerpérales	2	2	2	1
Autres maladies puerpérales	»	»	2	1
Débilité congénitale	7	4	6	7
Sénilité	11	8	9	10
Suicide	6	4	5	4
Autres morts violentes	5	5	4	4
Autres causes de mort	37	48	41	45
Causes inconnues	1	1	2	2
Total des décès pour 10 000 hab.	260	257	292	292

Tel est l'enseignement qui ressort de ce tableau. Il ressort avec la même netteté des chiffres relatifs aux années 1885 et 1886. Ce qui fait leur intérêt, c'est leur monotonie; les mêmes chiffres se retrouvent à chaque colonne, montrant ainsi qu'ils ne sont en rien influencés par les irrigations.

Peut-être répondra-t-on que l'eau d'égout ne contamine pas l'air (parfaitement inodore, soit dit par parenthèse) de la région irriguée, mais qu'elle souille les légumes qu'elle arrose; que ce sont ces légumes que l'on doit mettre en suspicion légitime; que ces herbes transportées à Paris pour y être vendues, peuvent porter sur elles quelque microbe malfaisant et donner la fièvre typhoïde à ceux qui les mangent; que là seulement est le danger, et que sur ce danger nos chiffres ne nous fournissent aucune lumière.

Mais je pense que le lieu du monde où l'on mange le plus de légumes de Gennevilliers doit être Gennevilliers lui-même; si donc ces légumes étaient dangereux, nos chiffres nous en auraient dit quelque chose; or ils ne nous montrent rien de pareil.

Jacques Bertillon.

(1) Naturellement les individus domiciliés dans les communes suburbaines, mais morts à Paris, ont été comptés comme s'ils étaient morts à leur domicile.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie générale.

Sur le rôle des poisons d'origine microbienne dans les maladies infectieuses, par M. Ch. Bouchard.

M. Hayem a lu à l'Académie de médecine, dans la séance du 12 février dernier, une note de M. Roussy dont les conclusions figurent au *Bulletin*. Les règlements de l'Académie s'opposant à ce que la discussion s'engage sur les travaux d'un savant étranger à cette compagnie tant qu'ils n'ont pas été l'objet d'un rapport, et, d'autre part, le rapport qui devait être lu dans la séance du 19 février ayant été ajourné, je me décide à publier les réflexions qui m'ont été suggérées par la lecture faite par M. Hayem. Les faits qui y sont relatés intéressent cette conception nouvelle de la virulence d'après laquelle les agents pathogènes des maladies infectieuses seraient nuisibles surtout par les matières chimiques qu'ils sécrètent. A vrai dire la conception n'est pas nouvelle; elle a provoqué des recherches déjà anciennes qui la rendaient vraisemblable; mais sa démonstration expérimentale définitive est de date récente.

Les faits de M. Roussy n'ont trait qu'à un côté spécial et restreint de la virulence, à l'état fébrile. Quand les promesses de cette communication seront réalisées, ces faits prendront place à la suite de ceux qui établissent déjà que, dans certaines maladies infectieuses, la fièvre est produite par des matières *pyrétogènes*, comme on disait il y a plus d'un quart de siècle, secrétées par les microbes pathogènes. Quand enfin M. Roussy aura établi que la substance dont il parle est un corps chimiquement défini, il aura le mérite d'avoir isolé le premier l'un de ces corps qui n'ont encore été étudiés que physiologiquement et qui donnent aux produits de secrétion de certains microbes leur propriété pyrétogène. Malheureusement cette substance n'est pas encore définie; et plus malheureusement encore on se refuse à nous dire par quel microbe elle est fabriquée.

Sans m'arrêter à une question de procédure, je ne veux voir dans cette communication que les promesses dont la réalisation très désirable ne peut manquer de nous être apportée prochainement par M. Roussy et à son très grand honneur. Ils m'offrent l'occasion que je saisis d'exposer les résultats de recherches poursuivies dans la même direction soit par moi, soit par quelques-uns de mes collaborateurs.

Cette question de l'intoxication par les matières chimiques solubles résultant de la vie des microbes a eu deux phases distinctes : l'une concerne la septicité, l'autre la virulence proprement dite. Entre les deux la distinction n'est pas fondamentale, plusieurs microbes des putréfactions étant capables de s'élever à la dignité de virus.

Quand Gaspard produisait la maladie et la mort par l'injection des matières putrides, il ne concevait comme possible et ne discernait que l'intoxication là où d'autres, plus tard, n'ont voulu voir que l'infection. Il a fallu deux tiers

de siècle pour élucider cette question qui, posée en 1822, a reçu ses derniers développements en décembre 1887, dans un mémorable travail de MM. Roux et Chamberland. Les matières putrides, débarrassées de tout microbe, tuent par intoxication; parmi les microbes des putréfactions, les uns peuvent être sans danger introduits dans le corps des animaux vivants, d'autres sont capables de détruire la matière vivante comme la matière morte; mais ces derniers ne produisent la maladie et la mort que parce qu'ils secrètent dans l'économie vivante les mêmes poisons qu'ils fabriquaient dans la matière morte.

Pour les maladies virulentes proprement dites, la question s'est posée dans les mêmes termes.

Le 15 avril 1878, M. Toussaint formule, à titre de pure hypothèse et sans preuve, l'idée que la bactérodie charbonneuse secrète une matière toxique, soluble, phlogogène.

Le 10 novembre 1879, M. Chauveau invoque la même idée pour expliquer des faits constatés expérimentalement : le charbon qui tue nos moutons indigènes rend seulement malades les moutons algériens; M. Chauveau pense que ce malaise éprouvé par les moutons algériens est dû à un poison soluble fabriqué par les bactéridies.

Il fallait vérifier expérimentalement cette hypothèse. C'est ce qu'avaient fait déjà, en 1878, et avec un résultat négatif, MM. Tiegel et Zahn qui, injectant la culture charbonneuse filtrée constatèrent qu'ils ne provoquaient aucun trouble morbide.

Le 3 mai 1880, M. Pasteur fournit le premier document expérimental favorable à cette théorie : il injecte à une poule l'extrait de 120 centimètres cubes de culture filtrée du choléra des poules, l'animal reste pelotonné et somnolent comme les poules inoculées avec le virus. Ces symptômes, à vrai dire, ne sont pas bien spéciaux ; l'expérience prouve au moins que l'extrait de la culture d'un microbe pathogène peut être toxique.

Le 26 novembre 1880, M. Chauveau reprodnit avec plus de fermeté son hypothèse en vue d'expliquer les phénomènes morbides graves provoqués chez des moutons réfractaires par l'injection de 15 à 70 centimètres cubes de sang charbonneux renfermant jusqu'à deux cent milliards de bactéridies.

L'idée que la virulence consiste en une intoxication par des poisons que sécrèteraient les microbes se faisait vraisemblable mais ne s'imposait pas encore.

En novembre 1884, j'ai démontré que si l'on injecte dans les veines du lapin l'urine de l'homme cholérique filtrée ou chauffée, on produit, indépendamment des phénomènes propres à l'injection de l'urine normale, certains effets spéciaux singulièrement analogues aux symptômes cholériques : cyanose des muqueuses, hypothermie considérable, crampes des membres postérieurs, diarrhée d'abord stercorale, puis blanchâtre et rougeâtre avec desquamation de l'épithélium intestinal, absence de bile dans l'intestin et distension de la vésicule, albuminurie progressivement croissante aboutissant à l'anurie, enfin la mort après trois ou quatre jours de maladie. Ce n'était pas le choléra, c'était une intoxication à son image. Le poison cholérique était démontré ; il était secrété par le microbe pathogène ou par les cellules humaines aux prises avec ce microbe. Je posai l'alternative sans la trancher quand je communiquai ces faits au Congrès de l'Association française pour l'avancement des Siences, tenu à Grenoble en septembre 1885.

Parmi les alcaloïdes fabriqués par les microbes, il en est un que M. Brieger a extrait en 1885 de la culture du bacille d'Eberth : c'est la typho-toxine qui produit une intoxication dont quelques caractères rappellent certains symptômes ou accidents de la fièvre typhoïde de l'homme. Il n'est pas démontré que cette substance soit le vrai ou le seul poison typhique, mais il y avait dans cette constatation une raison de plus de soupçonner que dans les maladies infectieuses certains phénomènes morbides sont d'ordre toxique et que le poison est secrété dans le corps de l'individu malade par le microbe pathogène.

La démonstration expérimentale de la réalité de cette opinion a était faite d'une manière définitive par M. Charrin, dans mon laboratoire. M. Charrin avait établi que si l'on inocule au lapin le bacille pyocyanique de manière à ne pas produire une mort rapide, soit qu'on ait conféré à l'animal un certain degré d'immunité par une vaccination antérieure, soit qu'on choisisse un microbe peu virulent, soit qu'on injecte la culture de ce microbe en petite quantité, soit enfin qu'on l'introduise sous la peau et non dans les veines, on produit la fièvre, la diarrhée, l'albuminurie, l'amaigrissement, une monoplégie ou une paraplégie spasmodique sans lésions anatomiques nerveuses ou musculaires, la paralysie vésicale et la mort, tout cela évoluant en un temps qui peut varior de quinze jours à plusieurs mois.

Dans une note publiée le 24 octobre 1887, M. Charrin a montré que ces symptômes, y compris les paralysies spasmodiques, peuvent être provoqués chez le lapin par l'injection de cultures pyocyaniques débarrassées de tout microbe par le filtre ou la chaleur.

Ces poisons morbides que le bacille pyocyanique fabrique ainsi *in vitro*, il les sécrète aussi dans le corps des animaux inoculés. Je l'ai démontré le 4 juin 1888, en recueillant les urines des animaux atteints de la maladie pyocyanique et en injectant ces urines dépourvues de tout microbe à des animaux sains. J'ai reproduit ainsi les symptômes caractéristiques de la maladie pyocyanique y compris les paralysies spasmodiques.

Mes injections d'urines cholériques avaient démontré deux choses : elles établissaient l'existence de poisons morbides dans certaines maladies infectieuses, poisons auxquels sont dus les principaux symptômes de ces maladies; elles prouvaient de plus que l'économie est capable de se débarrasser de ces poisons, qu'elle les élimine par les émonctoires, spécialement par les reins. Mes injections d'urines pyocyaniques prouvaient que ces poisons morbides éliminés par les urines étaient d'origine microbienne, fabriqués dans l'organisme animal infecté comme ils le sont *in vitro*.

MM. Charrin et Armand Rüffer ont apporté un surcroît de preuves à cette manière de voir, dans une communication en date du 13 octobre 1888. Ils injectent à un lapin sain la culture chauffée et filtrée du bacille pyocyanique, recueillent ses urines et les injectent à un autre animal sain; ils voient se développer chez ce dernier animal les symptômes de la maladie pyocyanique et en particulier une monoplégie spasmodique.

La réalité de l'existence de poisons morbides fabriqués par les microbes que M. Charrin avait démontrée pour la maladie pyocyanique en octobre 1887, a été prouvée également par MM. Roux et Chamberland pour la gangrène gazeuse en décembre 1887; par MM. Chantemesse et Widal pour la fièvre typhoïde en février 1888; par MM. Roux et Yersin pour la diphthérie en décembre 1888. J'avais moi-même, au commencement de cette même année, démontré que si les cultures charbonneuses semblent n'être pas toxiques, il y a dans la sérosité de l'œdème charbonneux, une matière éminemment vénéneuse.

A ne considérer que l'état fébrile, élément important mais contingent de la virulence, et qui est seul visé dans la note de M. Roussy, on soupçonnait depuis longtemps qu'il pouvait être produit, dans les maladies infectieuses, par des substances solubles, et, à ce point de vue, O. Weber, dès 1864, avait déjà distingué les matières pyrétogènes des matières phlogogènes. La réalité de cette hypothèse a été surabondamment démontrée par M. Chauveau, dans ses injections de matières putrides stérilisées.

Ces expériences, à la vérité, ne prouvaient pas que cette matière soluble pyrétogène fut d'origine microbienne, car les extraits des tissus d'animaux sains, non putrides, peuvent provoquer la fièvre. Le ferment soluble de la coagulation, introduit dans les veines, peut élever la température jusqu'à 44 degrés, et MM. Charrin et Armand Rüffer ont établi que le bouillon ordinaire, non altéré, introduit dans les veines ou sous la peau, produit un accès fébrile avec élévation thermique de 2 degrés, dont l'évolution totale peut varier de huit à douze heures. Il y a des substances d'origine végétale, des alcaloïdes en particulier, qui produisent la fièvre : la vératrine, la cocaïne, par exemple.

Le même effet a été obtenu avec des alcaloïdes d'origine putride. C'est ce qu'a vu M. Brieger, à la suite de l'injection de la mydaléine. Mais, comme cette substance a été extraite non de cultures pures mais de tissus animaux putréfiés, on pourrait peut-être, à la rigueur, prétendre que son origine microbienne n'est pas absolument démontrée. Les expériences faites dans mon laboratoire, par MM. Charrin et Armand Rüffer, communiquées le 1er février 1889, démontrent d'une manière décisive qu'un microbe pathogène, même cultivé dans un milieu inerte, produit des substances qui, injectées à l'animal sain, donnent lieu à un état fébrile cyclique, avec élévation thermique de 2°,5, avec acmé au bout de trois heures, et avec une durée totale qui peut atteindre et dépasser quarante-huit heures. C'est avec la culture stérilisée, chauffée et filtrée du bacille pyocyanique que ces résultats ont été obtenus.

Nous avons la pensée, mes collaborateurs et moi, que les choses se passent de la même façon dans la pathologie humaine; que les poisons pyrétogènes peuvent être sécrétés dans le cours de certaines maladies infectieuses, et qu'ils peuvent s'éliminer par les urines comme les autres poisons normaux ou pathologiques. En effet, tandis que les urines normales, comme je l'ai établi, sont hypothermisantes, MM. Charrin et Armand Rüffer ont reconnu que l'injection de l'urine des animaux pyocyaniques provoque la fièvre, et la même constatation a été faite avec l'urine d'un malade atteint de pneumonie tuberculeuse.

Séméiologie.

Note sur l'exploration manuelle du rein,
par M. le docteur Frantz Glénard.

Les résultats que l'on peut obtenir, grâce à l'exploration manuelle du rein, sont, de jour en jour, plus appréciés, non seulement en médecine, mais encore en chirurgie. Dans l'une de ses dernières cliniques (*Gaz. hebd.*, p. 88), M. le professeur Guyon qui, depuis plus de vingt ans, a fait connaître et perfectionné les procédés d'exploration destinés à déterminer la sensibilité du rein, ses variations de volume, sa mobilité, ses déplacements, etc., a bien voulu parler de mes recherches à cet égard. Je me considère dès lors comme autorisé à préciser encore ce que j'ai désigné sous le nom de *palpation néphroleptique* et à appeler l'attention des lecteurs de la *Gazette hebdomadaire* sur les résultats que peut donner cette palpation. Comme il arrive souvent que l'on me cite parmi ceux qui se contentent de l'exploration du rein à l'aide d'une seule main, je crois devoir tout d'abord reproduire ici la description que j'ai souvent donnée de l'exploration néphroleptique. « J'étreins (1) largement et solidement de la main gauche, — pour la recherche du rein droit, — pouce en avant, médius en arrière, la zone des parties molles immédiatement sous-jacente au rebord costal. Les doigts forment ainsi un anneau étroit, *qui sera complété* à sa partie interne, en arrière par la colonne vertébrale, en avant *par la main droite; celle-ci* déprime en effet la paroi antérieure dans le prolongement de l'extrémité du pouce gauche, qui se trouve à la hauteur et au-dessous de l'extrémité de la neuvième côte droite..., *la main droite* étant chargée surtout de déprimer, le pouce gauche surtout chargé de palper. C'est à ce pouce gauche que doit être dévolu le rôle intelligent... Lorque la néphroptose paraît avoir atteint la limite inférieure de son incursion, — sous l'influence d'une forte inspiration, on augmente brusquement la constriction exercée à travers les tissus par les doigts, en rapprochant le plus possible l'une de l'autre les extrémités du médius et du pouce gauche. Pendant ce temps *la main droite* veille à ce que la ptose ne soit pas déviée vers la ligne médiane et n'échappe ainsi à la pression ou à la préhension de la main gauche. »

Sur un sujet à ventre un peu gros, la manœuvre que je viens d'indiquer peut, il faut en convenir, devenir infidèle, mais c'est à la condition que ce ventre soit non seulement gros, mais *tendu;* car si le ventre, tout en étant gros est en même temps flasque et dépressible, le *pincement de Glénard*, comme dit M. le professeur Guyon, est encore réalisable. Il n'est réellement infidèle que si le ventre est gros et tendu. Or, dans des cas pareils, aucun procédé ne peut éclairer la mobilité du rein.

Je n'ai d'ailleurs jamais prétendu sentir l'extrémité inférieure du rein passer et repasser dans l'anneau vivant que forme la main. Bien au contraire, je me suis exprimé de la manière suivante, relativement au premier degré que je propose d'admettre dans la mobilité du rein (néphroptose) :

« Il est évident, ai-je dit, que ce diagnostic du premier degré ou pointe de néphroptose serait contesté par tout médecin qui serait appelé à le contrôler sans avoir déjà, par devers lui, une grande expérience de la palpation du rein mobile. Car, dans ce cas, on ne sent que le pôle inférieur du rein. Il ne s'agit plus ni de capture, ni de sillon; c'est à la fin du temps d'affût, au moment où l'on espère saisir la ptose, que l'on sent profondément un corps orbe, lisse, dur, du volume d'une noix, qui, sous l'influence de la pression brusque, exercée par les extrémités du médius et du pouce gauche (pour le rein droit), saute comme une bille et s'échappe en haut, en laissant aux doigts une sensation analogue à celle qu'ils éprouvent lorsqu'ils viennent de projeter par pression un noyau de cerise. Telle est pour moi la pointe de néphroptose ou néphroptose du premier degré, car *on ne peut atteindre le rein à l'état normal.* »

La preuve que telle est bien ma manière de voir, c'est que j'ai publié la statistique suivante : sur une série de 950 malades, atteints de troubles divers des fonctions digestives et chez lesquels j'ai cherché délibérément la mobilité du rein par le procédé que je recommande, j'ai trouvé 145 cas de rein mobile à divers degrés et, sur ces 145 cas, 62 cas seulement des premier et deuxième degrés réunis, — le deuxième degré de néphroptose se distinguant du premier, parce que l'on peut retenir « capturer », entre les doigts, le rein que vient d'abaisser l'inspiration, tandis qu'au premier degré il est si peu abaissé qu'il glisse en haut sans pouvoir être retenu; se distinguant du troisième degré, parce que dans celui-ci on peut pincer l'hypochondre *au-dessus* du rein et déprimer un sillon entre le rein et le foie. En somme, je n'ai pu déceler nettement ces deux premiers degrés de mobilité (néphroptose) du rein, que 62 fois sur 950 malades (1). Cette faible proportion des cas dans lesquels on l'observe, les degrés insensibles que l'on note

(1) F. Glénard, *A propos d'un cas de neurasthénie gastrique (entéronéphroptose traumatique). Diagnostic de l'entéroptose.* Conférence clinique faite à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 8 mars 1887. *Province médicale*, 16 avril 1887 et nos suivants.

(1) Cette statistique acquiert une singulière valeur de ce fait que, sur une seconde série de 423 malades, j'ai trouvé 67 cas de néphroptose et, sur ces 67 cas, non seulement la même proportion relativement au sexe, mais la même

en clinique entre la mobilité légère (néphroptose du premier degré) dans un cas et la mobilité extrême (néphroptose du quatrième degré); dans un autre cas, enfin, les traits manifestes de parenté que l'on observe dans l'allure du syndrome (entéroptose) chez les divers malades, présentant des degrés variés de néphroptose, autorisent à dire, d'abord que c'est bien le rein que l'on fait « sauter » lorsqu'on atteint cette petite tumeur mobile, et ensuite que, puisqu'il est atteint par les doigts, c'est qu'il a une mobilité anormale et qu'il est déjà prolabé; sinon, on ne l'atteindrait pas, ce qui est la règle, ainsi que je m'en suis assuré chez les sujets bien portants, quelque maigre et flasque que soit leur abdomen.

Tels sont les seuls points au sujet desquels j'ai cru devoir insister dans cette courte note. Ils se rapportent à des faits cliniques aisés à vérifier et qui, en raison de l'importance qui s'attache aujourd'hui aux recherches de ce genre, me paraissaient devoir être rappelés.

REVUE DES COURS ET DES CLINIQUES

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. LE PROFESSEUR POTAIN.

Traitement des tænias.

Après avoir insisté sur les difficultés que présente parfois le diagnostic de l'helminthiase et sur la nécessité de n'instituer une médication que lorsque l'on a reconnu la nature du ver intestinal qu'il faut combattre, M. Potain examine quelle est la valeur des différents *tænicides*. Les uns, dit-il, agissent par traumatisme sur le ver. Ce sont les poudres de fer, d'étain, de zinc, de charbon.

Il en est d'autres qui sont des *poisons chimiques*, depuis le pétrole et la noix vomique, jusqu'au cyanure de potassium, que M. Peter a indiqué comme ayant, par hasard, guéri un Américain.

Dans une autre classe, il faut ranger les *stupéfiants* tels que l'acide carbonique, l'éther, l'alcool. Dans quelques cas, on a vu le parasite rendu à la suite d'une forte absorption de liquides alcooliques. Mais ce sont là des exceptions. Les médicaments tænicides sont en général des *spécifiques*. Encore la plupart d'entre eux donnent-ils des résultats médiocres. Trois des principaux appartiennent à la matière médicale exotique. C'est d'abord le Musenna, sorte d'acacia dont on donne l'écorce en poudre et qui serait très utile en Afrique; en France, les résultats sont beaucoup moins beaux, et on n'a guère à enregistrer que des revers. Vient ensuite le kamala, qui provient du fruit d'une euphorbiacée de l'Inde; on en administre 12 grammes dans un purgatif huileux. Jadis en odeur de sainteté, ce médicament est aujourd'hui délaissé. Vient enfin le kousso qui, pendant quelque temps, a été à peu près le seul médicament prescrit en France. On fait macérer puis infuser les fleurs de cet arbrisseau à la dose de 20 grammes, et on avale le mélange. L'activité des fleurs mâles et femelles diffère; telle est là peut-être la cause de la variabilité des résultats obtenus. La préparation est d'ailleurs nauséeuse. On a alors essayé de granuler le médicament, mais il faut avaler 48 grammes de ces granules pour ne prendre que 16 grammes de fleurs. Sur 737 cas, Bérenger-Féraud n'a relevé que 67 succès, soit 1 pour 10.

En Abyssinie, le kousso est très employé, mais ce n'est pas pour se guérir du parasite qu'on l'emploie. Les Abyssiniens se contentent d'en évacuer une partie. Le ver se régénère peu à peu et sa présence provoque des contractions intestinales favorables contre la constipation qui est, chez eux, endémique. Parmi les médicaments tirés de plantes indigènes, il faut citer, en première ligne, la fougère mâle. Son rhizome renferme une huile volatile qui s'emploie sous forme de poudre ou d'extrait éthéré. On prescrit d'ordinaire 4 grammes de poudre en suspension dans une potion. Trousseau donnait à la fois l'extrait et la poudre et terminait par trois gouttes d'huile de croton: l'application du traitement était difficile.

Il faut préférer les capsules contenant de l'extrait éthéré et du calomel; mais pour réussir il faut en avaler 16 au moins, ce qui complique le traitement. De plus, il est certain que si certaines plantes sont actives, comme celles que l'on recueille dans les Vosges, il en est d'autres qui restent inactives, par exemple celles de Normandie.

La graine de courge vient ensuite. On doit employer les graines du potiron commun, les autres sont inactives ou mal connues. La partie utile serait le périsperme qui renferme une sorte de résine verdâtre; cependant quelques médecins ont eu moins de succès avec ce périsperme. Il faut donc mieux employer les graines, mais après les avoir mondées; 50 à 60 grammes de graines bien mondées représenteront 140 grammes de semences entières. On pilera en pâte et on administrera le médicament soit sous forme d'électuaire, soit, ce qui est mieux, en émulsion dans du lait. Ensuite, on fera prendre un purgatif quelconque. Bérenger-Féraud a relevé 20 succès sur 349 cas, soit 4 pour 100. Mais peut-être les résultats seraient-ils plus brillants si l'on avait soin de noter la provenance des graines.

La racine de grenadier, déjà employée par les anciens Romains, est l'un des médicaments tænifuges les plus recommandés dans ces derniers temps. On emploie l'écorce de la racine et celle des branches en rejetant les rameaux de l'année. Quand elle est fraîche, cette écorce est très active; elle s'altère, du reste, assez facilement. Cette altération spontanée se remarque pour la plupart des tænifuges, et c'est une des raisons pour lesquelles il vaut mieux choisir ceux qui proviennent de plantes indigènes. Le kamala, le kousso, par exemple, deviennent inactifs au bout d'un an et demi à deux ans.

Pour le grenadier, on se sert de la poudre, de l'infusion, de l'extrait. Il faut prescrire 60 grammes de poudre, préparation désagréable et peu efficace. L'infusion est plus utile et se fait avec 60 grammes d'écorce fraîche ou sèche. L'état de dessication importe peu parce que, s'il y a moins de substance active, il y a moins d'eau; par contre, il ne faut jamais employer d'écorce vieillie. On met les 60 grammes d'écorce dans 750 grammes d'eau que l'on fait bouillir, on laisse macérer vingt-quatre heures, puis on évapore à 500 grammes. On termine le traitement en donnant un purgatif approprié à l'état des voies digestives du malade.

Bérenger-Féraud, sur 832 cas, a relevé 50 pour 100 de succès. L'extrait donne des résultats médiocres. On pourrait essayer de l'administrer en cachets et de faire boire

proportion relativement aux degrés de la néphroptose. Je ne m'attendais vraiment pas à une aussi exacte confirmation:

Proportions relatives à la fréquence, à la répartition, suivant les sexes et au degré de la néphroptose (rein mobile) dans les affections chroniques de l'appareil digestif observées à Vichy.

Série I: 950 cas observés, 145 néphroptoses, 15,2 pour 100.
Série II: 123 cas observés, 67 néphroptoses, 13,4.

Proportion des néphroptoses relative au sexe.

Série I: 145 néphroptoses, 128 femmes, 88,2 pour 100.
Série II: 67 néphroptoses, 59 femmes, 88,0 pour 100.

Proportion des néphroptoses relatives au degré.

Série I: 145 néphroptoses, 47 premier et deuxième degrés, 32 pour 100.
Série II: 67 néphroptoses, 21 premier et deuxième degrés, 31 pour 100.

On peut donc considérer comme exactes (au moins pour la clinique de Vichy où ces observations ont été relevées) les proportions suivantes, basées sur l'examen de 1373 malades (677 hommes, 696 femmes).

Sur 100 malades, il y a 14 cas de néphroptose (rein mobile).
Sur 100 cas de néphroptose, il y a 88 femmes et 12 hommes.
Sur 100 cas de néphroptose, il y a 32,5 cas de néphroptose des premier et deuxième degrés.

ensuite au malade une certaine quantité d'eau; car cette dilution a pour objet de faciliter et de rendre plus rapide l'évacuation du médicament dans l'intestin où il agit et d'empêcher son absorption dans l'estomac.

Le principe actif de la racine de grenadier est la pelletiérine. C'est un alcaloïde liquide qui peut former un sulfate solide. Le sulfate de pelletiérine devient actif quand il est associé au tannin, qui le rend cependant beaucoup moins soluble; la nature exacte du corps qui se forme alors n'est pas bien établie. Mais grâce à cette préparation on a obtenu 65 et même, dans ces derniers temps, 79 pour 100 de succès. Au début, on donnait 0,70 centigrammes; actuellement, on a reconnu que 0,30 sont suffisants. Une dose forte est loin, en effet, d'être inoffensive. La racine de grenadier cause des vertiges, des palpitations, de l'angoisse précordiale, des nausées, des vomissements, de la faiblesse générale, des crampes dans les membres inférieurs. Quelquefois il y a des accidents persistants, de la paralysie tenace des muscles intestinaux. De là la nécessité d'administrer des purgatifs assez énergiques et d'attendre quelque temps avant de recommencer le traitement.

Quel que soit l'anthelminthique choisi, un certain nombre de précautions sont à prendre. L'animal doit être expulsé pendant l'engourdissement. Un purgatif prescrit la veille a des inconvénients, car il est d'observation que, quand le tænia est irrité, il se cramponne davantage. On se bornera donc à ordonner la diète lactée dès la veille et un lavement purgatif pour vider le gros intestin. L'anthelminthique sera donné en deux fois à une demi-heure d'intervalle et le malade restera au lit pour éviter, autant que possible, les étourdissements et les nausées. La nature du purgatif est à peu près indifférente, mais celui-ci devra être donné après un intervalle ni trop long, ni trop court. On le fera prendre quand certains mouvements dans l'abdomen indiqueront que le ver se détache, c'est-à-dire une demi-heure à trois quarts d'heure après l'administration du spécifique. Quand on le donne trop tôt, le spécifique n'a pas le temps d'agir; quand on le donne trop tard, le ver est sorti de son engourdissement. Il faut bien recommander au malade de se placer au-dessus d'un vase plein d'eau pour rendre le parasite, de ne pas tirer sur l'animal, s'il sort peu à peu, au lieu de tomber en bloc. S'il tarde à sortir, on recourra à un lavement purgatif. Si on échoue, il faut attendre pour agir que le tænia ait donné de nouvelles preuves de sa présence.

A l'occasion de cette leçon, déjà résumée dans l'*Union médicale*, M. le docteur Giquel nous adresse la lettre suivante :

Dans une leçon faite récemment à la Charité sur le *traitement des tænia*, M. le docteur Potain passe en revue les différents médicaments qui ont été essayés pour nous débarrasser de ces hôtes incommodes et parfois dangereux. Il y en a cinquante, parmi lesquels un petit nombre seulement est destiné à rester dans la thérapeutique.

Le mucenna est inerte lorsqu'il arrive en France.

Le kamala réussit peu.

Le kousso est nauséeux et tellement répugnant que beaucoup de malades ne peuvent le supporter. Toléré il ne donne guère plus d'un dixième de succès.

L'extrait éthéré de fougère mâle est infidèle dans son action.

La racine de grenadier est active à l'état frais, mais lorsqu'elle a été conservée pendant quelque temps dans nos pharmacies, elle est une arme insuffisante pour expulser l'ennemi.

Le sulfate de pelletiérine associé au tannin est d'un prix élevé et paraît, dans certains cas, aussi dangereux pour l'homme que pour l'helminthe.

Reste la graine de courge dont on fait une pâte qui, préparée la veille a fermenté pour le lendemain et a pris un goût de souris devant lequel j'ai vu reculer des hommes résolus.

En face de ces inconvénients nombreux des tænifuges administrés par les vieux procédés, et après avoir éprouvé plusieurs insuccès, le praticien peut se trouver embarrassé. Quel médicament devra-t-il proposer à un malade ennuyé de tentatives infructueuses? Quelle forme donnera-t-il à ce médicament? Devra-t-il attendre pour agir que le ver reformé laisse échapper des anneaux? L'observation suivante répond à ces question.

A..., âgé de vingt-deux ans, est atteint depuis trois ans de tænia médiocanellata dont il a vainement essayé de se débarrasser en employant plusieurs tænifuges et en particulier le kousso et la graine de courge. Désireux de chasser son helminthe et fatigué des drogues indigestes et des purgations qu'il avait prises jusqu'alors, il employa, d'après mes conseils, peu de temps après une tentative dont le résultat avait été fort incomplet, le procédé suivant : Chaque matin, on lui apportait du marché, des graines fraîches de citrouille; il en mettait dans sa poche une poignée et fréquemment, dans la journée, il mangeait sans compter un certain nombre de ces graines préalablement décortiquées à l'aide de ses ongles. Pendant près de quinze jours il rendit à chaque selle des fragments plus ou moins longs de tænia et des cucurbitins isolés. Pendant la troisième semaine de son traitement, rien de suspect n'apparaissant dans les garderobes, il s'en tint là. Plusieurs années ont passé depuis ce moment et la guérison est bien acquise.

Le patient se loue beaucoup de ce mode de traitement qui a donné un résultat vainement recherché auparavant, sans qu'il ait eu l'ennui de prendre de nouvelles purgations et d'interrompre le cours de ses occupations. Le seul inconvénient qu'il ait ressenti de cette absorption prolongée de la graine de courge a consisté en un peu de pesanteur d'estomac lorsque la quantité prise en un jour a été trop considérable.

De cette observation on peut conclure : 1° Que la graine de courge est un médicament efficace autant qu'inoffensif;

2° Qu'elle peut donner un résultat complet sans le secours des purgatifs;

3° Qu'il n'est pas nécessaire d'attendre, pour l'administrer utilement, que le ver soit pourvu d'un grand nombre d'anneaux;

4° Enfin, et c'est là le point le plus important, que lorsqu'on n'est pas parvenu à expulser un tænia avec des doses massives de médicament et pour ainsi dire par surprise, on peut avoir raison de l'entozoaire par un empoisonnement chronique.

Dr Giquel (de Vannes).

Nous n'ajouterons que quelques mots à la lettre de notre honoré confrère. Dans une série d'articles publiés en 1876 (*Gaz. hebdomadaire*, p. 451 et suiv.) nous avons déjà indiqué les avantages et les inconvénients des différents tænicides et montré tout à la fois et les dangers que présente souvent l'administration du kousso et les heureux effets que peuvent produire les graines de courge. Nous rappelions à ce sujet les observations d'Archambault et les recherches chimiques de Heckel et de Vigier. Mais, dans cet article, nous insistions surtout sur la nécessité de n'employer jamais que de bons médicaments. La recommandation paraît banale. Elle a cependant son importance. Si l'on échoue si souvent, en effet, avec l'extrait éthéré de fougère mâle où avec l'écorce de racine de grenadier, c'est que l'on emploie trop souvent des produits anciens ou mal préparés. Il en est de ces médicaments spécifiques comme de la digitale et de l'aconit. Les résultats qu'ils produisent sont en raison directe du soin que l'on a mis à récolter et à conserver la matière première, à préparer et à administrer le médicament composé. D'autre part, les différents helminthes nécessitent chacun une médication différente; c'est pourquoi il importe, comme l'a fait remarquer M. Potain, de préciser le diagnostic, avant d'agir et, pour agir efficacement, de se procurer des médicaments bien recueillis et bien préparés.

L. L.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des Sciences.

Nouvelles recherches démontrant que la toxicité de l'air expiré ne dépend pas de l'acide carbonique, par MM. *Brown-Séquard* et *d'Arsonval*. — L'air qui sort du poumon de l'homme ou des mammifères domestiques est un air toxique. Le poison qu'il contient peut tuer les animaux douze ou vingt-quatre heures après son injection sous-cutanée, stomacale ou abdominale. La toxicité de l'air expiré n'est pas due à la présence de microbes. Soumis à une température de 100 degrés en vases clos, le liquide provenant de la condensation des vapeurs, sortant avec l'air atmosphérique, est aussi meurtrier que lorsqu'on l'emploie sans avoir été chauffé. MM. Brown-Séquard et d'Arsonval, après avoir vérifié à diverses reprises cette toxicité du poison pulmonaire, se sont préoccupés de démontrer que l'acide carbonique n'est pour rien dans cette toxicité. Ils ont employé, dans ce but, un appareil spécial composé d'une série de vases métalliques ou étuves dans lesquels une trompe aspirante fait passer un courant d'air continu qui les parcourt successivement. Il en résulte qu'un animal placé dans l'étuve par laquelle entre l'air extérieur respire de l'air pur, alors que tous les autres animaux, soumis à l'expérience dans les autres étuves, respirent de l'air de plus en plus vicié. Il va sans dire que le dernier animal, c'est-à-dire celui dont l'étuve avoisine le plus la trompe aspirante, respire l'air ayant passé par les précédentes étuves et que celui de la deuxième étuve ne respire que l'air de la première.

Les étuves sont faites de telle sorte que les excréments, tant solides que liquides, expulsés par les animaux, ne peuvent y séjourner, non plus que les débris alimentaires.

De jeunes lapins de cinq à sept semaines, mis dans huit vases de cette sorte, y sont morts très rapidement, excepté ceux qui étaient dans le premier et le second, en appelant *premier* le vase par lequel l'air entre dans l'appareil. La mort a eu lieu quelquefois pour le lapin des deux derniers vases, et même pour celui du sixième, au bout de deux ou trois jours. Quelques lapins ont cependant résisté quatre, cinq ou six jours dans les deux dernières étuves. Bien qu'un peu plus tardive, en général, la mort a eu lieu en une semaine dans le quatrième vase, et à peine quelques jours plus tard dans le troisième. Les lapins des cages 1 et 2 ont survécu très longtemps et ne sont morts que par suite d'un accident, le second animal montrant cependant que sa santé était alors très altérée.

Lorsqu'on retirait un lapin mourant de l'une des cages 3, 4, 5, 6, 7 ou 8, il revenait, en général, à la vie et même à la santé, mais après un temps assez long (de cinq à dix ou douze jours).

La quantité d'acide carbonique, qui était très inférieure à 1 pour 100 dans la cage 2, n'a guère été au-dessus de 2 ou 3 pour 100, en général, dans les étuves de 6 à 8. Avec une plus grande vitesse du courant d'air, il y a eu parfois encore moins d'acide carbonique dans les dernières cages.

Il fallait cependant démontrer que l'acide carbonique n'était pour rien dans ces intoxications successives. Or, bien que MM. Brown-Séquard et d'Arsonval aient déjà, à diverses reprises, démontré que l'acide carbonique pur (non chargé de vapeurs d'acide chlorhydrique) peut être inhalé en proportion notable dans l'air atmosphérique par l'homme, le chien, le lapin et d'autres mammifères ; bien qu'ils aient pu respirer pendant plus d'une ou deux heures de l'air contenant 20 pour 100 de CO^2 sans en être incommodés d'une façon marquée, et surtout sans effet durable. Il leur fallait, pour prouver la toxicité du poison pulmonaire, donner des preuves plus acceptables par tout le monde.

L'absorption de l'acide carbonique par un alcali n'était point applicable. Les alcalis absorbent, en effet, le poison pulmonaire et purifient l'air qui passe à travers leurs solutions.

« Pour arriver à notre but, disent les auteurs, nous avons employé un moyen très simple, qui a consisté à ajouter à notre appareil deux autres étuves semblables aux précédentes, mais séparées des six premières par un large cylindre en verre rempli de perles en verre imprégnées d'acide sulfurique concentré. L'air sortant de la cage 6 passe dans l'intérieur de ce cylindre et, après avoir été soumis à l'influence de l'acide sulfurique, se rend dans l'une des cages additionnelles et de là dans l'autre, d'où il sort attiré par la trompe aspirante. Or, l'acide sulfurique s'empare du poison pulmonaire et des substances organiques (quelles qu'elles soient) qui proviennent des six premières cages, tandis que l'acide carbonique passe librement. L'air arrivant dans les deux nouvelles étuves est donc de l'air privé du poison pulmonaire, mais chargé d'acide carbonique. Or, cet air ne tue pas et nous avons par là, à la fois, une preuve nouvelle de l'innocuité de l'acide carbonique et de la toxicité du poison pulmonaire.

« La mort, dans ces expériences, a lieu comme dans les cas d'injection de liquide pulmonaire dans le sang ou sous la peau. Les symptômes qu'on observe sont les suivants : la respiration est ralentie ; le cœur est activé ; la température s'abaisse lentement, mais, à la fin, considérablement ; de la diarrhée survient très vite et dure tant que vit l'animal. La mort a lieu sans agonie ou tout au moins sans convulsions. L'attitude du cadavre montre qu'il n'y a pas eu de lutte ; il repose sur ses pattes repliées et sur son ventre et son thorax, comme dans le sommeil. L'autopsie fait voir que l'animal est mort avec ce que l'un de nous a appelé *arrêt des échanges entre les tissus et le sang*. Il y a du sang rougeâtre, au lieu du sang noir qu'on trouve dans les morts ordinaires, dans le ventricule droit; le sang, plus abondant que dans ces derniers cas dans le ventricule gauche, y est rosé. L'aorte et la veine cave contiennent bien plus de sang qu'à l'ordinaire et la couleur de ce liquide est d'un rouge beaucoup moins noirâtre que dans la mort après agonie. La vessie et le rectum ne se sont pas vidés. Les poumons sont d'un rouge plus ou moins tendre. Ils contiennent des ecchymoses et des foyers d'inflammation, comme chez les animaux tués par une injection de liquide pulmonaire dans les bronches. Ils sont aussi emphysémateux. Le foie, les reins et les autres viscères abdominaux sont congestionnés. Il y a assez souvent des hémorragies dans l'intestin, et quelquefois dans le péricarde.

« On se demandera si c'est bien à un poison venant des poumons qu'est due la mort des animaux dans ces expériences : la réponse est facile à donner. Les symptômes et l'état des organes qu'on observe après la mort se retrouvent dans les cas de ces individus comme dans ceux des animaux tués par une injection de poison pulmonaire dans le sang ou sous la peau. Qu'il y ait dans l'air confiné d'autres causes capables d'altérer la santé que le poison provenant des poumons, nous ne voulons pas le nier ; mais il nous semble, par la raison que nous venons de donner, que c'est surtout, sinon exclusivement, à ce poison que la mort est due, dans notre expérience, après la respiration d'air confiné, pendant quelques jours. »

Des abcès spirillaires ; par MM. *Ar. Verneuil* et *Clado*. — Poursuivant une série de recherches entreprises dans le but de préciser le rôle des nombreux microbes que l'on peut rencontrer dans le pus des abcès, MM. Verneuil et Clado se sont préoccupés d'examiner au point de vue bactériologique le contenu des abcès en communication indirecte avec la cavité buccale ; il leur semblait possible, *a priori*, que les microbes de la salive s'engageant dans les

vaisseaux lymphatiques pussent parvenir jusqu'aux ganglions et se mélanger au pus des adénites cervicales. Or, ces prévisions se sont pleinement réalisées dans deux cas dont ils communiquent l'observation.

La présence dans le pus des ganglions sous-maxillaires de spirilles de la salive semble prouver que les microbes de la salive, et surtout les spirilles, possèdent à un très haut degré les propriétés phlogogène et pyrogène, sans compter la tendance à produire des phlegmons septiques et gangréneux. Les adénites aiguës du triangle sous-claviculaire, de l'aisselle, du pli de l'aine sont, en effet, incomparablement plus bénignes. Mais ce n'est point seulement dans le système lymphatique et dans les ganglions que la pénétration des fluides buccaux cause de grands désordres; le tissu conjonctif peut être aussi gravement atteint. On peut observer des panaris et des phlegmons dus à l'auto-inoculation de produits extraits des dents cariées ou de leur voisinage. Tout porte à croire que ces accidents sont dus à des microbes pathogènes et très probablement à des spirilles.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MAURICE PERRIN.

M. le docteur *Poncet* (de Cluny) se porte candidat au titre de correspondant national dans la division de chirurgie.

M. le docteur *Creuzat* envoie un *Pli cacheté* renfermant une note sur une *sonde dilatatrice, à double courant, pour injections intra-utérines*.

M. *Mouté* envoie une brochure sur *les sarcosporidies*.

MM. *Fleury* (à Bourges) et *Foucé* (à Albi) adressent des rapports sur leurs services départementaux des enfants assistés et de la protection des enfants du premier âge en 1887.

M. le docteur *J. Bœckel* envoie un ouvrage sur la *résection du genou*.

MM. les docteurs *Weill*, médecin principal de 2e classe, et *Cliquet*, médecin-major de 2e classe, adressent une *Note* manuscrite sur une *épidémie de fièvre typhoïde* dans la garnison de Reims.

M. le docteur *Renaut*, médecin-major de 2e classe, envoie le compte rendu des *vaccinations* et *revaccinations* qu'il a faites en 1888 au 5e chasseurs d'Afrique.

M. *Léon Colin* présente le *Traité des maladies des pays chauds*, de MM. les docteurs *Kelsch* et *Kiener*.

M. *Goubaux* dépose un *Traité des maladies parasitaires non microbiennes des animaux domestiques*, par M. *Neumann* (à Toulouse).

M. *Riche* présente une brochure de M. *Zune* sur l'*analyse des eaux potables*.

M. *Tarnier* dépose des *Leçons de gynécologie opératoire*, par MM. les docteurs *Vulliet* et *Lutaud*.

M. *Hérard* présente, au nom de M. le docteur *Garcin*, une *Étude sur la valeur du traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'acide fluorhydrique*.

M. *Dujardin-Beaumetz* dépose un nouveau modèle de *siphon*, imaginé par MM. *Ferrand* et *Gattl* afin d'empêcher le liquide d'être en contact avec le métal et, de la part de M. *Douliot*, des échantillons de biscuit préparé avec de la *fromentène*.

Mortalité militaire aux colonies. — M. *Rochard*, à propos de la communication faite à la dernière séance par M. Lagneau, fait observer que le chiffre réel de la mortalité parmi les troupes de l'infanterie de marine est de 44 pour 100. Il appuie les remarques faites par M. Lagneau en faveur des mesures propres à diminuer cette mortalité.

Ablation d'une tumeur cérébrale dans un cas d'épilepsie, guérison. — M. *Péan*, en son nom et au nom de MM. les docteurs *Gilbert-Ballet* et *Gélineau*, communique une observation d'épilepsie partielle chez un homme de vingt-huit ans, qui paraissait due à l'existence d'une tumeur cérébrale siégeant au voisinage des centres moteurs du membre inférieur droit. Une couronne de trépan fut appliquée, après avoir bien délimité la région; la tumeur fut enlevée par morcellement et la plaie suturée, puis traitée antiseptiquement. Les accidents ont disparu depuis cette époque, soit depuis deux mois et demi.

Néphrorraphie. — A propos de deux cas dans lesquels il a pratiqué avec succès la néphrorraphie, M. *Guyon* fait connaître les raisons pour lesquelles il a fait choix de cette opération de préférence à la néphrectomie; il insiste sur l'indiscutable utilité de la conservation d'un organe sain et la bénignité relative des néphrectomies secondaires; d'ailleurs, dans la pyonéphrose, la mortalité de ces dernières est de 30 pour 100, tandis que celle des néphrectomies primitives est de 40 pour 100. L'ablation du rein ne doit être qu'une opération de nécessité; sa fixité est l'opération de choix; c'est à elle qu'il est rationnel de recourir tout d'abord dans les cas où la mobilité rénale détermine des accidents non justifiables du traitement médical ou des appareils.

Il faut remarquer, d'autre part, que les succès durables appartiennent tous aux opérateurs qui ont suturé directement le rein en passant à travers sa substance. Considérant le peu de résistance de sa capsule propre, la friabilité de son tissu, M. Guyon, dans les deux cas précités, a passé les fils profondément et non sous la capsule, en ne comprenant qu'une même épaisseur de tissu rénal. Aucun accident n'en est résulté; les urines n'ont jamais été teintées ni diminuées dans leur quantité; il n'y a eu aucune douleur. Il a cru également nécessaire de multiplier les points, de répartir les attaches nouvelles du rein sur les deux lèvres profondes de la plaie, de superposer à la suture de fixation une suture de soutien et pour que la soudure réno-pariétale se fît en toute sécurité, il a pensé que la suspension de l'organe à la dernière côte était nécessaire. Ce sont là les conditions de la réussite. Il s'était enfin demandé s'il ne serait pas nécessaire d'aviver le rein pour assurer sa fixation; il est maintenant disposé à croire qu'il suffit de mettre bien à nu la surface à fixer.

Tétanos. — M. *Trasbot* ne croit pas qu'il soit possible d'invoquer l'action des instruments tranchants comme agents de production du tétanos; il signale de nombreux faits où il n'a pu en être ainsi. Il admet l'incurabilité de cette affection, mais il ne croit pas à son origine équine.

M. *Verneuil* commence une communication sur ce sujet. Elle sera résumée lorsqu'elle sera achevée, à la prochaine séance.

— L'ordre du jour de la séance du 26 février est ainsi fixé: 1° rapport de M. *Cornil* sur un travail de M. *Babès*; 2° suite de la discussion sur le tétanos (inscrit: M. *Verneuil*). 3° lectures par M. *Fort* sur le traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'électrolyse linéaire; par M. le docteur *Pinard* sur la laparotomie dans un cas de grossesse extra-utérine; par M. *Fredet* sur les accidents à la suite des morsures de vipères.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1889. — PRÉSIDENCE DE M. LE DENTU.

Plaies pénétrantes de l'abdomen : M. Reclus. Discussion : MM. Terrier, Kirmisson, Périer, Berger, Lucas-Championnière, Trélat — Résection totale de la clavicule : M. Després. Discussion : MM. Segond, Marchand, Polaillon. — Anomalie de l'annulaire : M. Tachard.

M. *Reclus* fait une communication au sujet des plaies pénétrantes de l'abdomen par armes à feu. Il est une formule qui résume son opinion : s'abstenir sous le couvert d'un traitement médical et n'intervenir que lorsque les phénomènes de péritonite éclatent. Entre l'abstention absolue et l'intervention systématique il y a place pour une pratique intermédiaire. Tout l'intérêt de la discussion porte sur le problème suivant: l'oblitération spontanée de la plaie intestinale peut-elle se produire assez souvent pour que le chirurgien puisse faire fond sur elle ou bien est-ce une curiosité pathologique rare et sur laquelle il n'est pas permis de compter? D'abord M. Reclus admet que perforation de l'intestin et pénétra-

tion abdominales sont synonymes et coexistent toujours. Lorsqu'il y a hématémèse, melèna, issue de gaz ou de matières par la plaie, les adversaires de sa doctrine prétendent que ces symptômes sont dus à des plaies de l'estomac ou du gros intestin, lesquelles guérissent spontanément d'ordinaire, tandis que les plaies de l'intestin grêle ne guérissent pas. Il faudrait admettre, si l'on se base sur la situation de l'orifice d'entrée du projectile, que la balle ne dévie jamais et ensuite qu'il n'y a jamais qu'un seul viscère atteint. Or, dans l'immense majorité des cas, les plaies sont multiples et l'intestin grêle est presque toujours blessé. Dans ces conditions, sur 114 cas de blessures de l'intestin par armes à feu relevés dans divers auteurs, il y eut 94 guérisons et 20 morts, soit une léthalité d'environ 20 pour 100. Dans sa statistique personnelle M. Relcus compte une guérison sur cinq cas. Enfin il cite un exemple de plaie de l'intestin par coup de couteau, où trois perforations étaient déjà oblitérées par des adhérences agglutinatives. Ce sont surtout les manipulations que l'on fait subir à l'intestin par la laparatomie qui aggravent le pronostic et donnent des résultats déplorables.

M. *Terrier* ne peut pas admettre les propositions de M. Reclus. Une ouverture de la paroi abdominale n'entraîne pas une ouverture intestinale. Quand celle-ci existe, quel que soit l'organe lésé, il faut intervenir et faire des sutures, car une quantité infinitésimale de matière suffit pour donner lieu à une péritonite septique. Si les insuccès sont si nombreux, cela tient à ce qu'on n'a rien de prêt dans les hôpitaux parisiens. On ne peut juger la question à l'heure actuelle.

M. *Kirmisson.* Etant donnée une plaie de l'épigastre ou des flancs on est en droit de supposer une plaie de l'estomac ou du gros intestin, tandis que dans toute plaie de la région périombilicale, fatalement l'intestin grêle est lésé.

M. *Périer* a soigné un malade ayant reçu un coup de couteau dans le ventre et auquel il signa son exeat au bout de douze jours, persuadé qu'il n'avait pas eu de perforation intestinale. Quelque temps après il fut ramassé dans la rue et mourut de péritonite suraiguë en huit heures. M. Brouardel, qui fit l'autopsie, trouva deux anses perforées.

M. *Berger* cite un cas d'un médecin russe, Constantin Kolbin, où l'issue par la plaie de matière liquide jaunâtre ne permettait pas de douter d'une blessure de l'intestin grêle. Le malade refusa l'opération et guérit en cinquante jours.

M. *Lucas-Championnière* ne peut accepter qu'il y ait plaie de l'intestin toutes les fois qu'il y a un trou par coup de feu sur le ventre.

M. *Trélat.* Il n'est pas exact de dire que des matières liquides sortant par une plaie proviennent de l'intestin grêle : le cœcum en fournit de semblables. L'opinion univoque de tous les chirurgiens est que l'ouverture de l'intestin dans la cavité péritonéale met le blessé dans une situation des plus graves. Enfin il n'y a pas que les conditions de matériel qui soient insuffisantes dans les hôpitaux; celles du personnel le sont également.

M. *Reclus.* Le simple aperçu de la plaie de la paroi abdominale doit suffire comme indication aux laparatomistes, puisque s'ils attendaient un autre signe de perforation ils opéreraient trop tard. Un bouchon septique n'infecte pas fatalement tout le péritoine; il peut faire naître des adhérences qui limitent l'envahissement et c'est précisément parce qu'il y a un grand nombre de cas où la nature empêche cette affusion qu'il est préférable de s'abstenir.

M. *Terrier.* M. Reclus croit que la laparatomie aggrave la situation; M. Terrier pense au contraire qu'il faut faire tous ses efforts pour fermer toutes les plaies.

— M. *Després* présente une pièce résultant de l'ablation totale de la clavicule pour un ostéosarcome chez une jeune fille de quatorze ans. Il a employé le procédé de Chassaignac, qui consiste à scier l'os en son milieu et à détacher successivement chaque moitié.

M. *Segond* a enlevé une clavicule passée pour ainsi dire tout entière à l'état d'ostéosarcome en faisant basculer l'os de dehors en dedans. La tumeur examinée au laboratoire de M. Trélat fut qualifiée de cancer de la clavicule. Le malade mourut au neuvième jour, guéri de sa plaie opératoire, mais avec un énorme cancer primitif du rein gauche.

M. *Marchand* a enlevé la presque totalité de la clavicule pour une tumeur que l'histologie montra être du carcinome. Le malade guéri succomba par la suite à une hématémèse foudroyante dont un cancer de l'estomac devait être l'origine.

M. *Polaillon* a publié dans les bulletins de la Société de chirurgie un cas d'ablation de la clavicule pour ostéosarcome. Le malade mourut pour ostéosarcome du fémur.

M. *Després* pense qu'il faut enlever la totalité de l'os et que l'opération est singulièrement facilitée par la section préalable en son milieu.

— M. *Tachard* lit une observation d'anomalie congénitale de l'annulaire consistant en une simple hypertrophie graisseuse déformant le doigt et empêchant ses fonctions.

Paul Villemin.

Société de biologie.

SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1889. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Présentation d'ouvrage : M. Malassez. — Des variations de l'hémoglobine chez les hystériques et les épileptiques : M. Féré. — De l'état mental aux approches de la mort : M. Féré. — Procédé d'étude pour les phénomènes vaso-moteurs : M. Gley. — Sur la sortie des globules polaires de l'œuf : M. Giard. — Troubles trophiques consécutifs à la section du trijumeau : M. Laborde. — De la présence dans le sang des substances vaccinantes : M. Charrin. — Influence des hautes pressions sur les phénomènes de putréfaction : M. Regnard.

M. *Malassez* présente, de la part de MM. *Kelsch* et *Kiener*, un ouvrage intitulé : *Traité des maladies des pays chauds.*

— M. *Féré* a étudié, au moyen des procédés hématoscopiques de M. Hénocque, la durée du temps de réduction de l'oxyhémoglobine chez les hystériques et chez les épileptiques. Il a constaté l'existence chez les hystériques de différences latérales notables : ainsi du côté anesthésié le temps de réduction est plus long. Les excitations périphériques, les émotions, le sommeil font varier ce temps dans des limites assez étendues. Chez les épileptiques, il a vu à la suite des accès en série diminuer l'oxyhémoglobine.

— M. *Féré* rapporte quelques faits intéressants concernant l'état mental aux approches de la mort.

— M. *Gley* décrit un procédé permettant la destruction complète de la moelle, sans hémorrhagie, chez les mammifères. Grâce à l'emploi de ce procédé, il a pu étudier différents phénomènes vaso-moteurs indépendamment de toute influence nerveuse d'origine centrale : c'est ainsi que dans ces conditions la strophantine produit encore une vaso-constriction générale très nette. De cette façon il est donc facile de séparer dans la production des actions vasomotrices ce qui revient au système nerveux bulbaire et aux centres médullaires des variations d'origine exclusivement

périphérique. M. Gley a entrepris également au moyen de ce procédé de vérifier sur les mammifères les expériences bien connues d'Huizinga sur la grenouille sur le rôle réflexe des ganglions sympathiques.

— M. *Giard* étudie la signification du phénomène que l'on décrit sous le nom de sortie des globules polaires. Il s'attache à montrer que ce fait, auquel on a donné surtout jusqu'ici une explication physiologique, peut recevoir une explication morphologique; il le considère comme représentant chez tous les métazoaires, en vertu des rapports qui unissent l'ontogénie à la phylogénie, le stade de protozoaire.

— M. *Laborde* présente un lapin chez lequel, à la suite de la section intra-crânienne du trijumeau, sont survenus des troubles trophiques de l'œil qui ont manifestement débuté par la profondeur et un développement des plus exagérés des dents.

— M. *Charrin* a trouvé dans le sang des lapins inoculés avec le bacille pyocyanique les substances vaccinantes contre la maladie elle-même; mais elles ne font sans doute que traverser ce milieu, car elles sont moins actives que les matières solubles sécrétées par les microbes, il en faut une bien plus grande quantité pour vacciner. Ainsi d'ailleurs le bacille lui-même séjourne peu dans le sang.

— M. *Regnard* a soumis des morceaux de viande à une pression de 600 atmosphères et a vu que la putréfaction ne se produisait pas, même au bout de quarante jours. On ne peut cependant conclure de cette expérience que les corps qui tombent au fond de la mer ne se putréfient pas, car nous ne savons s'il n'existe pas dans les grands fonds des microbes qui, habitués à cette vie sous haute pression, ne peuvent produire la putréfaction.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1889. — PRÉSIDENCE DE M. FERNET.

Appareil pour lavage de la vessie sans sonde: M. Duran (d'Amboise) (Discussion: MM. C. Paul, Dujardin-Beaumetz). — Nouvelle préparation d'huile grise pour injections hypodermiques: M. P. Vigier (Discussion: MM. Mayet, Boymond).

M. *Duran* (d'Amboise) présente un appareil qu'il a inventé pour pratiquer le lavage de la vessie sans sonde; c'est une sorte d'irrigateur donnant, sous une pression réglable à volonté, un jet mince de liquide à l'extrémité d'une canule uréthrale en gomme. Un robinet permet de suspendre ou de rétablir l'écoulement. L'auteur en a obtenu sur lui-même d'excellents effets et a même pu déterminer des contractions vésicales suffisantes pour amener l'expulsion de graviers.

M. *C. Paul* rappelle que M. Bertolle a cherché, il y a une vingtaine d'années, à pratiquer le lavage de la vessie sans sonde; depuis lors, on a inventé dans ce but un certain nombre d'appareils qui ont tous été successivement délaissés. Il demande en quoi l'appareil de M. Duran (d'Amboise) est supérieur à l'irrigateur ordinaire.

M. *Duran* répond que l'irrigateur est difficile à nettoyer et que, de plus, il développe une pression invariable qu'on ne peut régler à volonté, ce qui est un gros inconvénient en présence d'une tolérance vésicale absolument variable d'un sujet à l'autre.

M. *Dujardin-Beaumetz* rappelle, comme M. C. Paul, que des tentatives assez nombreuses dans cette voie se sont succédé sans obtenir un grand succès. D'ailleurs M. Guyon et les autres chirurgiens s'occupant spécialement des voies urinaires paraissent avoir définitivement repoussé la méthode comme offrant des inconvénients graves, et en particulier celui de ne pas laisser apprécier la résistance de la vessie dont on juge mieux avec la seringue adaptée à une sonde. On doit donc se montrer très circonspect en pareil cas, lorsque l'on voit les maîtres les plus compétents recourir à d'autres procédés.

— M. *P. Vigier* fait connaître un nouveau mode de préparation de l'huile grise pour injections hypodermiques mercurielles. (Voy. le n° du 1er février, p. 69.)

M. *Mayet* demande s'il n'y a pas inconvénient pour des injections hypodermiques à employer de l'onguent mercuriel qui présente toujours un certain degré de rancité, puisque l'on se sert de graisse légèrement rance afin d'éteindre plus facilement le mercure.

M. *Vigier* n'a rien à craindre de semblable car il n'emploie pas de graisse rance et se sert d'onguent mercuriel très frais. On éteint rapidement le mercure dans la graisse fraîche en utilisant la teinture éthérée de benjoin.

M. *Boymond* croit qu'on a proposé, en Allemagne, pour la préparation de l'huile grise, d'éteindre directement le mercure dans la vaseline au moyen de la teinture éthérée de benjoin.

M. *P. Vigier* a essayé ce procédé, qui est de Neisser (de Breslau), mais il doit déclarer qu'il n'a pas réussi.

— Congrès de thérapeutique. — M. Dujardin-Beaumetz annonce à la Société que le Congrès se réunira du 1er au 5 août. Les séances auront lieu le matin et le soir. Les questions proposées sont : 1° antithermiques et analgésiques; 2° toniques du cœur; 3° parasiticides des microbes pathogènes; 4° nouvelles drogues végétales.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

André Petit.

Société anatomique.

SÉANCE DU 25 JANVIER 1889. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

M. *Darier:* Note sur un *kyste épidermique de la paume du pouce.*

— M. *Louis Wickham* présente un *anévrysme de l'aorte* ayant perforé le sternum.

— M. *J. Reboul* décrit une *artropathie tabétique du genou.* Les lésions des nerfs sont nulles.

— M. *G. Poupinel* présente une *tumeur kystique maligne de l'ovaire* où l'épithéliome s'associe au kyste dermoïde.

— M. *H. Delagénière* communique un fait de *cure radicale d'une cystocèle inguinale.*

— M. *Chipault* fait voir une *hernie para-inguinale étranglée.*

— M. *Girode* relate un fait d'*adéno-épithéliome du rein,* associé à de la néphrite interstitielle par artério-sclérose.

SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1889. — PRÉSIDENCE DE M. LETULLE.

MM. *Hartmann* et *Mordret :* Note sur l'*anatomie du premier cunéiforme.*

— M. *Buscarlet* communique un cas de *kyste muqueux intra-musculaire.*

— M. *Lejars* fait voir un *kyste synovial du poignet* engaînant l'artère radiale.

— M. *Terrillon* fait une communication sur une *salpingo-ovarite tuberculeuse* ayant simulé ce qu'on appelle phlegmon du ligament large.

— M. *Chaput* décrit une *amputation* intra-calcanéenne horizontale.

Séance du 28 février 1889. — Présidence de M. Cornil.

M. *Lyot* montre une *salpingite suppurée* coïncidant avec un kyste de l'ovaire.

— M. *Tissier* fait voir une pièce de *ramollissement du cerveau chez une femme atteinte de chorée sénile*.

— M. *Chipault* présente un *lipome calcifié de la cuisse*.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Récidives du cancer, par M. Kœnig (de Gœttingue). — Dans l'état actuel de la science, il ne saurait être question d'assurer une cure radicale du cancer, si l'on prend le mot au pied de la lettre. Mais on doit se trouver heureux si, à l'aide d'une opération qui n'est pas trop meurtrière, on obtient plusieurs années de survie sans récidive. Ainsi on doit se déclarer relativement satisfait par l'*ablation du sein* avec curage de l'aisselle; Kœnig obtient environ 20 pour 100 de guérisons temporaires, datant de trois ans au moins. Mais l'imminence de la récidive est toujours à redouter. Certes, plus de la moitié des repullulations ont lieu avant la fin du premier semestre, puis un tiers avant la fin de l'année. Mais il y a environ 15 pour 100 de récidives tardives, pouvant avoir lieu au bout de quatre ans; une femme, restée indemne pendant dix ans et demi, a été prise à ce moment d'une récidive ganglionnaire sus-claviculaire, à marche très rapide. Quelquefois il arrive des récidives tardives dans la cicatrice: au bout de cinq ans dans un cas des Kœnig. Dans un fait de Rosenbach, une femme a eu un noyau dans la cicatrice au bout de huit ans; extirpation; même accident quatre ans après. Sans doute il s'agit de greffes (faites pendant l'opération), qui sommeillent plus ou moins longtemps.

En est-on là pour le *rectum?* Kœnig ne le pense pas. Il conteste d'abord d'abord la bénignité des extirpations, malgré Bardenheuer. En défalquant même les décès trop rapides où l'opération n'est peut-être pas directement en cause (?), il reste à Kœnig 24,5 pour 100 de mortalité; et 16 pour 100 au moins s'il s'en tient aux dix dernières années, avec une bonne antisepsie. D'autre part, les survivants ont pour la plupart une incontinence dégoûtante, sont exposés à une atrésie grave du nouvel anus. La colotomie est donc, la plupart du temps, préférable jusqu'à nouvel ordre. Elle permet aux malades de vivre quelquefois deux ans, deux ans et demi sans souffrir; la malpropreté de l'anus est moindre; les risques opératoires sont nuls. (*Ueber die Prognose der Carcinome nach chirurgischen Eingriffen, mit besonderer Berüchsichtigung der Carcinoma recti* in *Arch. f. klin. Chir.*, 1888, t. XXXVII, p. 461.)

Ulcère tuberculeux de la langue; ablation; mort le septième jour de tuberculose miliaire aiguë, par M. F.-G. Shepeard (de Montréal). — L'opération a été faite sur le diagnostic erroné d'épithélioma. Erreur difficile à éviter sur un homme de soixante-quatre ans, chez lequel les antécédents héréditaires et personnels étaient nuls, pour une ulcération à base dure, s'accompagnant d'engorgement des ganglions sous-maxillaires. L'autopsie seule a rectifié le diagnostic. (*A case of excision the tongue, followed by death from acute miliary tuberculosis*, in *Ann. of Surg.*, 1888, t. VIII, p. 368.)

Anévrysme de l'axillaire; ligature de la sous-clavière, par M. G.-A. Wright. — Homme de quarante-neuf ans, syphilitique. Le résultat a d'abord été bon. Mais deux mois après le malade mourut de « maladie aortique ». L'autopsie n'a pu porter que sur la région thoracique. Le sac est plein de caillots solides et stratifiés à la périphérie, un peu moins au centre. Il adhère intimement aux nerfs du plexus brachial (point important si l'on se place au point de vue de l'extirpation du sac). (*Ligatur of subclavian artery for axillary aneurmis*, in *Ann. of Surg.*, 1888, t. VIII, p. 362.)

Corps étrangers articulaires, par M. O. Vœlker (de Brunswick). — Observation d'un homme qui, dans un mouvement de maniement d'arme, reçut un choc violent sur le condyle interne du fémur gauche; douleur syncopale. La semaine suivante, gonflement articulaire, hydarthrose. Soupçonnant un corps étranger, Vœlker fit l'arthrotomie et ne trouva absolument rien jusqu'au moment où son ongle fut un peu arrêté par une légère rainure du condyle fémoral interne. Il fit un peu pénétrer son ongle, pour bien constater ce dont il s'agissait, et, à son grand étonnement, vit sauter de là le corps étranger tant cherché, long de 25 millimètres, large de 22, épais de 11. Lavage, suture, drainage. Guérison. C'est un cas indiscutable de corps étranger par traumatisme d'une articulation préalablement saine. Cela concorde bien avec les expériences cadavériques de Kragelund (Copenhague, 1886); cet auteur, par des chocs intenses sur le condyle fémoral interne, parvient à en isoler des fragments sensiblement biconvexes, qui ne sont pas, il est vrai, détachés complètement du corps, mais sont faciles à arracher ensuite au tire-fonds. Sur le vivant, l'isolement complet se fait ensuite par un processus d'ostéite raréfiante. Pour Kœnig (*Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, t. XXVII), le trauma se borne à causer des troubles nutritifs et de là une « ostéo-chondrite disséquante », qui libère un fragment osseux. Vœlker ne le pense pas, et il admet même, allant plus loin que Kragelund, que la violence initiale peut à elle seule provoquer la séparation complète. (*Beitrag zur Frage von der Enstehung der krorpelig-knochernen Gelebkmäuse*, in *Arch. f. klin. Chir.*, 1888, t. XXXVII, p. 782.)

Greffes de muqueuses, par M. A. Wœlfler (de Graz). — Si l'on veut parer aux rétrécissements cicatriciels, le seul moyen radical consiste à remplacer la surface cicatricielle par une surface muqueuse. Pour cela la greffe est souvent le seul procédé possible. Mais elle n'a pas donné jusqu'à présent de bien bons résultats. Il y a seulement eu quelques expériences de Czerny, quelques faits heureux de Stellwag pour guérir le symblépharon. Wœlfler a d'abord cherché à éviter la récidive dans les rétrécissements de l'urèthre, où il faut extirper le périnée fistuleux. Il a en premier lieu essayé de transplanter de petits morceaux de conjonctive de lapin et a échoué; de même avec des petits morceaux de muqueuse humaine; mais il a réussi en taillant des lambeaux comme ceux que Thiersch emploie pour les greffes épidermiques; ils sont constitués par des lanières minces, larges de 1 à 2 centimètres. Cela est facile à découper, avec un rasoir, à la surface d'un utérus en prolapsus. Ces lanières sont appliquées surl a surface granuleuse, mais ne sont pas suturées. Des essais heureux ont été faits en transplantant ainsi à la surface d'ulcères de jambe bien bourgeonnants des lambeaux de muqueuses diverses de lapin, de grenouille. Les observations cliniques portent sur trois excisions du périnée calleux et fistuleux; deux blépharoplasties; une rhinoplastie; une geno-plastie. (*Ueber die Technik und den Werth von Schleimhautübertragungen*, in *Arch. f. klin. Chir.*, 1888, t. XXXVII, p. 709.)

BIBLIOGRAPHIE

Anatomie des centres nerveux. — Leçons professées par M. le docteur Ludwig Edinger. Traduit de l'allemand par M. Siraud, externe des hôpitaux de Lyon. Avec 122 figures intercalées dans le texte. Paris, 1889. J.-B. Baillière et fils.

Nous sommes heureux d'avoir à signaler cet ouvrage, qui permettra au public médical français de prendre connaissance des intéressantes leçons professées en Allemagne par Edinger, sur l'anatomie du système nerveux. Nous devons nous efforcer de nous tenir au courant des travaux parus à l'étranger, ne fût-ce que pour ne pas encourir le reproche si bien mérité par nos voisins de l'autre côté du Rhin, qui professent un dédain affecté pour les publications du corps médical français. Aussi, devons-nous faire d'autant meilleur accueil aux leçons d'Edinger que, sans parler de leur très réel mérite, elles font une juste mention des recherches entreprises en France par Gratiolet, Luys, Charcot, Bouchard, Brissaud, Ballet, Ferré, etc. Le fait est assez rare pour mériter d'être signalé.

Cet ouvrage renferme dix leçons, dont la première est consacrée à la description des méthodes adoptées dans l'étude des centres nerveux : coupes minces en série, de Stilling; observation du développement de l'enveloppe médullaire, de Flechsig; examen histologique de coupes ou de dissociations.

Dans la seconde leçon l'auteur étudie les formes et les rapports généraux du cerveau, prenant comme point de départ le développement de l'encéphale chez l'embryon. Procédé rationnel qu'il suit, d'ailleurs, dans les diverses parties de son ouvrage, mettant amplement à profit les notions précieuses fournies par l'embryogénie et l'anatomie comparée. Dans les leçons suivantes, il décrit avec un soin minutieux la constitution des différents centres gris de l'encéphale, et des multiples faisceaux blancs qui les relient entre eux, ou les rattachent à l'axe médullaire, indiquant chemin faisant les renseignements que l'anatomiste peut puiser dans la physiologie expérimentale et la pathologie.

Enfin, les trois dernières leçons renferment la description de la moelle allongée, du cordon médullaire, des racines des nerfs périphériques, et des ganglions spinaux.

Nous ne pouvons évidemment résumer une semblable étude anatomique; qu'il nous suffise de dire que, grâce à la précision du style et à la netteté des nombreuses figures, demi-schématiques pour la plupart, la lecture en est assez attachante pour compenser ce que le sujet peut offrir par lui-même d'aridité inévitable.

Nous adressons au traducteur de sincères félicitations pour avoir su mener à bien une tâche qui n'était pas sans difficultés : nous avons conscience qu'il a fait œuvre utile et nous pensons que tous ceux qui liront son livre seront de notre avis.

André Petit.

Études thérapeutiques et bactériologiques sur le furoncle de l'oreille, par M. le docteur Lœwenberg. — Paris, 1888.

Dans cette nouvelle publication, notre distingué confrère confirme les résultats que lui avaient donné des recherches commencées il y a bientôt dix ans, sur le furoncle de l'oreille et la furonculose générale. Qu'il résulte de l'action du *staphylococcus albus*, comme l'a trouvé M. *Lœwenberg*, du *staphylococcus aureus*, ainsi que l'admettent d'autres observateurs, le furoncle est une maladie microbienne, qui naît et se propage par contagion. On comprend ainsi l'apparition successive de clous dans le voisinage d'un premier, leur extension par inoculation, par grattage à des parties éloignées. Peut-être, chez certaines personnes, une constitution spéciale des tissus, des humeurs, favorise leur multiplication. Bien qu'il en soit, c'est par les antiseptiques seuls qu'il faut les combattre, et la solution saturée ou mieux *sursaturée* d'acide borique dans l'alcool absolu, est le topique qui, au moins pour l'oreille, remplit le mieux ce but. Judicieusement employé, c'est-à-dire en bains auriculaires de dix à quinze minutes de durée, la tête inclinée latéralement pour rendre le conduit auditif vertical, il amène d'autant plus rapidement que la tumeur est moins avancée, l'avortement du furoncle. Notre confrère insiste sur les difficultés et les dangers de l'incision dans ce canal contourné et rétréci; il trace au praticien le diagnostic entre l'otite moyenne aiguë et le furoncle profond du conduit auditif, et montre l'importance de s'opposer à l'auto-contagion qui donne à l'affection une durée parfois interminable.

J. C.

Traité d'hystérotomie et d'hystérectomie par la voie vaginale, par M. le docteur Laurent Secheyron, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Toulouse, précédé d'une préface de M. Péan, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Académie de médecine, avec figures et tableaux dans le texte. — Paris, 1889, O. Doin.

M. L. Secheyron est digne de bien des éloges pour le labeur considérable dont il vient de faire preuve. Il est à peine sorti de l'internat depuis un an, docteur du début de cette année, que le voici à la tête d'un Traité d'hystérotomie et d'hystérectomie par la voie vaginale! Ce volume, de plus de huit cents pages, réunit avec soin les matériaux publiés sur ce point; il établit des statistiques nombreuses. Cela est fait avec compétence, car depuis plusieurs années déjà M. Secheyron étudie la gynécologie avec prédilection.

Il est bien certain, cependant, qu'il n'aurait guère pu nous fournir déjà des données et des appréciations exclusivement personnelles sur ces interventions si graves et si délicates dont il décrit dans son traité les indications et le manuel opératoire. Il a été guidé dans ses études par un chirurgien passé maître dans l'art des interventions gynécologiques. Nous trouvons en effet ici le reflet fidèle de la pratique de M. Péan, l'analyse complète de ses travaux, l'exposé de ses procédés.

Nous ne croyons pas devoir indiquer tous les points étudiés par M. Secheyron : ce serait passer toute la chirurgie utérine en revue; tous les cas où l'utérus est incisé ou excisé, où l'on fait par conséquent l'hystérotomie ou l'hystérectomie.

Disons seulement qu'avec M. Péan, l'auteur se déclare partisan de l'hystérectomie totale pour cancer utérin dès que le diagnostic est posé; qu'il nous fait connaître deux observations où M. Péan a enlevé la matrice pour parer à des accidents graves de phlegmasie péri-utérine. Pour le reste, nous ne nous arrêterons que sur le traitement des myomes utérins.

Là, M. Péan est, en principe, opposé à la castration ovarienne, moins efficace qu'on ne le prétend et, de plus, cause de stérilité. M. Secheyron insiste sur ce dernier argument, sur « le respect que l'on doit au don précieux de la maternité ». Or, l'ablation des myomes par le vagin « conserve à la femme son plus noble attribut ». Cette ablation se fait, après débridement du col, et au besoin du corps de l'utérus, pour les myomes interstitiels du corps aussi bien que pour ceux du col. Si la tumeur est volumineuse, le

morcellement permet d'en venir à bout. Ces interventions, pendant longtemps proscrites, se font aujourd'hui sans hémorrhagie grâce à l'emploi des pinces hémostatiques. Sur quarante opérations, trois morts seulement sont enregistrées : le résultat est beau. Il serait meilleur encore si l'on se décidait toujours à attaquer le néoplasme de bonne heure.

Dans cette énucléation avec ou sans morcellement, tout comme dans l'hystérectomie vaginale, l'hémostase par la pince joue un rôle considérable, et il est naturel que l'on trouve dans ce livre toutes les polémiques de priorité soulevées par cette méthode chirurgicale si précieuse. M. Péan les indique dans la préface; M. Secheyron y revient à plusieurs reprises dans le courant du livre. L'élève semble même avoir tendance à exagérer la parole du maître. Il pense que « les pinces ont le mérite de servir à ménager le sang avant et pendant l'opération ». Nous croyons que peu de vaisseaux saignent avant l'opération et qu'il ne faut pas être plus royaliste que le roi.

A. B.

Traité pratique de bactériologie, par M. E. Macé. Paris, J.-B. Baillière, 1889.

L'étude de la bactériologie doit faire maintenant partie des études médicales et il n'est plus permis à un médecin instruit d'ignorer les éléments de cette jeune science qui a déja apporté à la médecine un si lumineux appui.

A côté des importants traités de Cornil et Babès, Van Ermenghem, Crookshank, etc., il restait une place pour un livre plus élémentaire et, tout à la fois, pratique. C'est ce qu'a compris M. Macé et tel est le but et l'intérêt de son *Traité pratique de bactériologie.*

Ce livre qui est destiné à devenir un vade-mecum du laboratoire renferme en même temps des notions suffisantes pour ceux qui veulent seulement se faire une idée de l'état actuel de la bactériologie et trouver des indications relatives à la plupart des micro-organismes isolés et étudiés jusqu'à ce jour.

C'est en effet l'histoire des bactéries qui occupe la plus large place dans le traité et, avant d'aborder cette partie descriptive, l'auteur a voulu familiariser le lecteur avec la morphologie et la biologie de ces infiniment petits en choisissant ses exemples parmi les espèces les plus intéressantes, soit par suite de leur rôle en pathologie, soit en raison de la facilité que l'on a de se les procurer.

Après quelques pages d'historique et des considérations sur l'origine des bactéries et leur place parmi les êtres vivants, pages dont la lecture est pleine d'intérêt, M. Macé passe en revue les caractères des bactéries, leurs fonctions, l'action de divers agents sur ces micro-organismes, et l'action de ces micro-organismes sur les différents milieux.

L'étude des différents procédés permettant d'isoler et de cultiver les bactéries ainsi que les méthodes spéciales d'examen microscopique font l'objet des chapitres suivants. Dans toute cette partie, le livre de M. Macé se montre un excellent manuel de laboratoire. La composition des divers milieux de culture, les soins relatifs à leur préparation, les méthodes employées pour obtenir leur stérilisation; les nombreux procédés de culture, en vases fermés, sur plaques, sont exposés avec détails et permettent au lecteur désireux d'aborder le côté pratique de ces si intéressantes recherches, de s'initier peu à peu aux méthodes utilisées et reconnues comme les meilleures. Cette première partie, toute pratique, se termine par un résumé du manuel opératoire permettant de rechercher les bactéries dans les liquides et dans les tissus.

La seconde partie forme le côté plutôt descriptif et théorique du traité : elle renferme la classification et la description des espèces que l'auteur divise en trois familles : 1° Coccacées comprenant les genres *micrococcus*, *sarcina*, *leuconostoc*, *ascococcus*; 2° Bactériacées comprenant les genres *bacillus*, *spirillum*, *leptothrix*, *cladothrix*; 3° Beggiatoacées renfermant seulement les genres *beggiatoa* et *crenothrix*.

Des tableaux récapitulatifs placés à la suite des genres les plus riches en espèces permettent une détermination plus facile et plus rapide. L'auteur a seulement le tort de ne pas assez mettre en garde contre les modifications quelquefois très profondes que le moindre changement dans la constitution du milieu de culture imprime aux caractères les plus saillants des cultures des micro-organismes : c'est là, les bactériologues le savent bien, un écueil considérable et que l'on ne parvient pas toujours à franchir malgré toute la patience et la persévérance qui doivent être l'apanage de ceux qui se livrent aux études microbiologiques.

Pour terminer ce *Traité pratique* M. Macé expose dans les derniers chapitres l'état de nos connaissances sur les bactéries de l'air, de l'eau, du sol et du corps humain, ainsi que les procédés usités pour ce genre de recherches.

En résumé, l'avantage de ce livre consiste essentiellement en ce qu'il est clair et pratique.

Gabriel Pouchet.

VARIÉTÉS

Société protectrice de l'enfance. — La séance annuelle de la Société s'est tenue dimanche dernier 17 février dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne. Ne pouvant, faute de place, analyser ici les rapports lus à l'assemblée générale par M. le docteur Blache, qui a écrit le compte rendu moral et financier de la Société, et par les médecins dévoués qui ont signalé les œuvres ou les mérites de ses lauréats, nous tenons au moins à dire quelques mots du discours de M. Marjolin.

Comme toutes les fois qu'il prend la parole, dans ces réunions d'une Société qui lui doit tout, le président n'a point voulu parler des services qu'il a déjà rendus et qu'il rendra durant de longues années encore à la protection de l'enfance. Il s'est appliqué à montrer combien trop souvent encore on néglige les devoirs qu'imposent la loi Roussel et les instructions du ministère.

« La cause de tout ce mal, a-t-il ajouté, puisque notre devoir est de dire la vérité, provient de notre propre insouciance et des mutations continuelles dans le personnel administratif. Les rapports succèdent aux enquêtes, s'accumulent dans les bureaux, et les réclamations les plus pressantes restant sans effet, le danger persiste, s'aggrave, le pays continue à souffrir et à se dépeupler.

« En présence d'une pareille situation, faut-il se décourager et tout abandonner? Ne devons-nous pas, au contraire, combattre énergiquement et chercher le moyen le plus puissant, le plus efficace pour conjurer le mal?

« L'Etat ne pouvant suffire à tout et n'étant pas toujours assez secondé, il faut donc revenir à la source inépuisable, à la charité, et faire un appel à tous les cœurs de bonne volonté, et, si grave que soit la situation, ne jamais désespérer. »

Après cet appel qui, nous aimons à l'espérer, sera entendu, M. Marjolin aborde la question du surmenage intellectuel et, parlant surtout de l'éducation des filles, critique avec autant de finesse que de bons sens l'extension abusive des programmes.

« En donnant à notre époque une extension aussi grande aux programmes des études des sciences naturelles, n'est-on pas allé un peu trop loin pour des intelligences aussi jeunes ? et de toutes ces notions superficielles accumulées en si peu de temps, qu'en restera-t-il plus tard ? Des idées inexactes, confuses et rien de plus. Pour moi, j'en suis persuadé et je ne suis pas seul à avoir cette conviction, que toutes ces sciences ne sont pas indispensables pour faire de la jeune fille une bonne mère de famille, dirigeant bien sa maison et faisant le charme de son intérieur. Que ce soit dans la mansarde de l'ouvrier ou dans le salon le plus opulent, la femme qui a été bien élevée, suivant sa position, n'a rien à envier à ces encyclopédistes de

rencontre, à ces prétendues savantes, car elle sera toujours respectée, admirée et utile à son pays, n'importe dans quelle situation. »

On ne saurait mieux dire et ce qu'il convient de regretter c'est qu'il ne soit point possible de reproduire tout ce discours, si bien pensé, si bien écrit.

Concours d'agrégation. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 19 février 1889, l'ouverture du concours pour dix places d'agrégés des Facultés de médecine (section de chirurgie et accouchements), précédemment fixée au 1er mars 1889, est ajournée au jeudi 7 du même mois.

Faculté de médecine. — Le prix Lacaze (phthisie pulmonaire), d'une valeur de 10000 francs, a été décerné à M. le docteur Malassez, directeur du laboratoire d'histoire au Collège de France, pour ses travaux sur la tuberculose.

Écoles de médecine. — Par arrêtés du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 19 février 1889, des concours s'ouvriront :

1° Le 4 novembre 1889, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble ;

2° Le 5 novembre 1889, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de phathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Limoges ;

3° Le 6 novembre 1889, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes ;

4° Le 6 novembre 1889, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

Concours du Bureau central. — Les candidats du concours qui doit s'ouvrir le 27 février pour la nomination à trois places de médecins des hôpitaux de Paris sont au nombre de 66 ; ce sont MM. les docteurs Achard, Babinski, Barbe, Barthélemy, Béclère, Bélin, Blocq, Bourcy, Bourdel, Bruchet, Capitan, Cayla, Charrin, Chéron, Dalché, Darier, De Gennes, Delpeuch, Deschamps, Despréaux, Dreyfous, Duhief, Duflocq, Duplaix, Durand-Fardel, Florand, Galliard, Gallois, Gauchois, Gilles de la Tourette, Giraudeau, Girode, Havage, Hirtz (Hippolyte), Hischmann, Jeanselme, Launois, Lebreton, Leduc, Le Gendre, Lermoyez, Leroux, Liandier, Marfan, Mathieu, Martin de Gimard, Martinet, Ménétrier, Molènes (de), Morel-Lavallée, Œttinger, Petit, Polguère, Poupon, Queyrat, Raymond, Ribail, Richardière, Robert, Roger, Sapelier, Siredey, Thibierge, Thoinot, Variot et Weber.

Le jury définitif se compose de MM. les docteurs Desnos, Dreyfus-Brisac, Dujardin-Beaumetz, Ferrand, Labadie-Lagrave, Lacombe et B. Anger.

Hôpital du Midi. — M. Humbert, agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital du Midi, commencera des leçons sur les *maladies vénériennes* et les *maladies des organes génito-urinaires*, le mardi 26 février, à neuf heures et demie, et les continuera les vendredis et mardis suivants à la même heure.

École de médecine militaire de Lyon. — Ont été nommés à la suite du concours qui vient de se terminer au Val-de-Grâce :

M. Cahier, médecin-major de 2e classe, répétiteur d'anatomie normale et pathologique.

M. Brousses, médecin-major de 2e classe, répétiteur de pathologie externe et de clinique chirurgicale.

M. Catrin, médecin-major de 2e classe, répétiteur de physiologie et d'histologie.

M. Lemoine, médecin-major de 2e classe, répétiteur de pathologie interne et de clinique médicale.

Congrès de 1889. — Le ministre du commerce vient de former comme suit les comités d'organisation des Congrès internationaux de médecine mentale et de psychologie physiologique qui auront lieu à Paris pendant l'Exposition universelle de 1889 :

Congrès de médecine mentale : MM. les docteurs Ball, Blanche, Charpentier, Cotard, Falret, Garnier, Magnan, Motet, Ritti et Voisin.

Congrès de psychologie physiologique : MM. Brissaud, Charcot, Ferran, Gley, Magnan, Marillier, Ochorowicz, Ribot, Ch. Richet, Ruault, Sully-Prudhomme et Taine.

Congrès des Sociétés savantes françaises en 1889. — Le Congrès des Sociétés savantes de Paris et des départements s'ouvrira, au ministère de l'instruction publique, le 11 juin 1889.

Les journées des 11, 12, 13 et 14 seront consacrées aux travaux du Congrès.

La séance générale aura lieu, le 15 juin, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne.

Congrès international de thérapeutique en 1889. — Le Congrès international de thérapeutique qui se tiendra à Paris, en 1889, du 1er au 5 août, se divisera en deux sections : l'une de matière médicale et de pharmacologie, l'autre de thérapeutique proprement dite.

Les questions proposées pour les discussions générales sont les suivantes : des antithermiques analgésiques ; des toniques du cœur ; des parasiticides des microbes pathogènes ; des nouvelles drogues d'origine végétale.

Mortalité a Paris (6e semaine, du 3 au 9 février 1889. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 12. — Variole, 1. — Rougeole, 36. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 9. — Diphthérie, croup, 36. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 203. — Autres tuberculoses, 21. — Tumeurs : cancéreuses, 33 ; autres, 1. — Méningite, 42. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 54. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 8. — Maladies organiques du cœur, 54. — Bronchite aiguë, 33. — Bronchite chronique, 46. — Bronchopneumonie, 25. — Pneumonie, 72. — Gastro-entérite : sein, 8 ; biberon, 39. — Autres diarrhées, 5. — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 26. — Sénilité, 26. — Suicides, 12. — Autres morts violentes, 17. — Autres causes de mort, 165. — Causes inconnues, 16. — Total : 1013.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Leçons de clinique chirurgicale, professées à la Salpêtrière, par M. le docteur O. Terrillon, comprenant les nouvelles applications de la chirurgie aux affections de l'abdomen et des organes génitaux de la femme. 1 beau volume in-8° de 520 pages avec figures dans le texte. Paris, O. Doin. 10 fr.

Dictionnaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacologie, de toxicologie et des eaux minérales, par M. le docteur Dujardin-Beaumetz, avec de nombreuses figures dans le texte. 4 forts volumes in-4° de 900 pages chacun. Paris, O. Doin. 100 fr.

Traité d'hystérotomie et d'hystérectomie par la voie vaginale, par M. le docteur Laurent Secheyron, précédé d'une préface de M. Péan. 1 beau volume grand in-8° de 825 pages avec figures et tableaux dans le texte. Paris, O. Doin. 14 fr.

Bulletin de la phthisie pulmonaire, par MM. les docteurs A. Filleau et Petit, 3e année, n° 5. Juin 1888. 1 vol. in-8° de 90 pages. Paris, O. Doin. 5 fr.

Les névroses et le pessimisme, conférence faite au palais des Facultés de Clermont-Ferrand, le 4 mars 1886, par M. le docteur A. Deschamps. 1 vol. in-12 de 40 pages. Paris, O. Doin. 1 fr.

Les criminels, caractères physiques et psychologiques, par M. le docteur A. Corre avec 43 figures dans le texte (*Bibliothèque des actualités médicales et scientifiques*). 1 vol. in-12 de 412 pages. Paris, O. Doin. 5 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

18437. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

SUPPLÉMENT THÉRAPEUTIQUE

DE LA

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

THÉRAPEUTIQUE

Perles du docteur Clertan.

Approbation de l'Académie de médecine de Paris.

Primitivement appliquée à l'éther, la découverte du docteur Clertan a permis d'emprisonner ce corps si volatil et de le porter dans l'estomac à dose fixe et sans aucune perte. Le même procédé a été appliqué à la plupart des substances, liquides ou solides, dont la volatilité, la saveur ou l'odeur rendaient l'administration difficile.

MM. les Médecins pourront ainsi prescrire, sans aucun désagrément pour le malade, l'*Iodoforme*, la *Créosote*, la *Valériane*, le *Castoreum*, l'*Assa-fœtida*, *tous les Sels de Quinine*, *Sulfate*, *Bisulfate*, *Chlorhydrate*, *Bromhydrate*, *Valérianate*, *Salicylate*, *Lactate*, etc., l'*Essence de Térébenthine*, la *Mixture de Durande*, les *Gouttes* ou *Liqueur d'Hoffmann*, l'*Essence de Santal*, et les substances nouvellement introduites dans la Thérapeutique, telles que le *Terpinol*, le *Gaïacol*, etc., etc., auxquelles ce mode de préparation pourra s'appliquer avec avantage.

Ces substances et les perles de nom correspondant peuvent être partagées en séries suivant leurs propriétés et leurs applications :

1re SÉRIE. — MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE.

a. Perles de Créosote de Clertan. — 5 centigrammes par perle. Dose moyenne, 4 par jour.

b. Perles de Gaïacol de Clertan — 5 centigrammes par perle. Dose moyenne, 4 par jour.

c. Perles d'Iodoforme de Clertan. — 5 centigrammes par perle. Dose moyenne, 4 par jour.

d. Perles de Terpinol de Clertan. — 30 centigrammes par perle. Dose moyenne, 4 par jour.

2e SÉRIE. — LITHIASE BILIAIRE.

a. Perles de Durande de Clertan (Éther, 2 p.; Ess. de tér., 3 p.; ensemble, 20 centigrammes). Dose, 6 à 10 par jour.

b. Perles de Chloroforme de Clertan. — 45 centigrammes par perle. Dose, 4 par jour. (Vomissements, hoquets, mal de mer.)

3e SÉRIE. — MÉDICATION ANTISPASMODIQUE.

a. Perles d'Éther de Clertan. — 20 centigrammes par perle. Dose, 4 à 10 par jour. (Migraines, céphalées rebelles, accès d'asthme, crampes d'estomac, tendances à la syncope.)

b. Perles d'Hoffmann de Clertan (Éther, 1 p.; alcool, 2 p.; ensemble 20 centigrammes). Dose, 4 à 10 par jour. (Mêmes indications que pour les perles d'Éther, et plus particulièrement nausées, digestions douloureuses, indigestions, vomissements.)

c. Perles de Valériane de Clertan. — 20 centigrammes de teinture éthérée. Dose, 4 à 10 par jour. (Vertiges, étourdissements, palpitations nerveuses.)

d. Perles d'Assa-fœtida de Clertan. — 20 centigrammes de teinture éthérée. Dose, 4 à 10 par jour. (Spasmes, suffocation, boule hystérique, œsophagisme, chlorose.)

e. Perles de Castoreum de Clertan. — 20 centigramme de teinture éthérée. Dose, 4 à 10 par jour. (Dysménorrhée, coliques de la menstruation, gonflements du ventre.)

f. Perles d'Apiol de Clertan. — 5 centigrammes. (Même indications.)

g. Perles d'Essence de Térébenthine de Clertan. — 20 centigrammes. Dose, 4 à 10 par jour. (Migraines, névralgies faciales, sciatique, lumbago.)

4e SÉRIE. — MÉDICATION QUINIQUE OU FÉBRIFUGE.

a. Perles de Bromhydrate de quinine de Clertan, à 10 centigrammes de *sel chimiquement pur*..

b. Perles de Chlorhydrate de quinine de Clertan, à 10 centigrammes de *sel chimiquement pur*.

c. Perles de Sulfate de quinine de Clertan, à 10 centigrammes de *sel chimiquement pur*.

d. Perles de Bisulfate de quinine de Clertan, à 10 centigrammes de *sel chimiquement pur*.

e. Perles de Valérianate de quinine de Clertan, à 10 centigrammes de *sel chimiquement pur*.

f. Perles de Salicylate de quinine de Clertan, à 10 centigrammes de *sel chimiquement pur*.

g. Perles de Lactate de quinine de Clertan, à 10 centigrammes de *sel chimiquement pur*.

5e SÉRIE. — MÉDICATION HYPNOTIQUE.

a. Perles d'hypnone de Clertan, à 10 centigrammes. Dose, 2 à 4 par jour.

6e SÉRIE. — MÉDICATION BALSAMIQUE.

a. Perles de Santal de Clertan, à 30 centigrammes. Dose, 2 à 12 par jour.

D'une manière générale, les Perles du docteur Clertan contiennent cinq gouttes de médicament liquide ou 10 centigrammes de médicament solide.

Les Perles du docteur Clertan sont très promptement dissoutes dans l'estomac : peu d'instants après l'ingestion d'une perle d'éther, par exemple, l'ascension de vapeurs témoigne de la rupture de l'enveloppe.

Par leur volume, leur aspect brillant, les préparations du docteur Clertan représentent bien exactement des sortes de perles : la transparence et la minceur de la couche gélatineuse permet de voir le médicament en nature et de s'assurer ainsi de son état de conservation.

En prescrivant, sous le nom du docteur Clertan et avec la garantie de son cachet, les divers médicaments énumérés ci-dessus, MM. les Médecins sont assurés d'avoir des préparations pures et rigoureusement dosées.

Tous les produits inclus sont ou fabriqués de toutes pièces ou analysés à notre laboratoire.

La Maison L. Frere, 19, *rue Jacob*, *Paris*, propriétaire de la marque et des procédés du docteur Clertan, a mérité les plus hautes récompenses, *Médailles d'or uniques*, décernées aux produits pharmaceutipues aux Expositions *universelles* de Paris (1878) et de l'étranger, Amsterdam (1883), Sydney (1888).

Les préparations du docteur Clertan sont recommandées en plusieurs endroits du *Traité de thérapeutique* de Trousseau et Pidoux, notamment p. 289 et p. 614, t. II, 7e édit.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

18268. — Motteroz, Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 27 février 1889.

Académie de médecine : **L'origine du tétanos.** — *Académie des sciences :* **L'atténuation des virus.** — *Société médicale des hôpitaux :* **Les maladies contagieuses.**

La discussion sur les origines du tétanos s'est continuée par une nouvelle communication de M. Verneuil, qui n'a pu terminer cependant l'énumération des faits et des arguments venant à l'appui de sa doctrine. Celle-ci parait dès aujourd'hui pouvoir se résumer de la manière suivante : Le tétanos est une maladie infectieuse; tous les chirurgiens et la plupart des vétérinaires sont d'accord sur ce point. Infectieuse, la maladie est en même temps inoculable; de nombreuses observations démontrent la transmission par les objets ou les instruments qui ont touché un tétanique. Plusieurs vivisections pratiquées sur les animaux prouvent que l'inoculation expérimentale est possible. Il existe donc un virus. Celui-ci a été isolé et cultivé. S'il n'agit pas directement sur les centres nerveux, il exerce son influence par l'intermédiaire des ptomaïnes qu'il sécrète. Quant à l'origine première de ce microbe, elle reste encore un peu obscure. D'assez nombreuses observations tendent à démontrer qu'il se trouve le plus souvent mélangé à des produits ayant été en contact avec divers animaux ou ayant reçu leur déjection. La terre, la paille, les harnais des chevaux seraient le plus fréquemment les agents qui transmettent le tétanos. C'est là une hypothèse séduisante. Ce n'est encore pourtant qu'une hypothèse et l'on doit attendre pour conclure la fin de l'argumentation de M. Verneuil.

— A l'*Académie des sciences* une question des plus importantes a été soulevée par M. Chauveau. Il s'agit, en effet, dans sa communication que nous résumons plus loin (p. 140), non seulement de l'atténuation des virus et des procédés à mettre en usage pour l'obtenir, mais encore et surtout de ce fait qu'un microbe *pathogène*, soumis à l'action de l'oxygène sous pression, peut perdre toutes ses propriétés virulentes, c'est-à-dire devenir *et rester indéfiniment* inoffensif tout en conservant son individualité propre, tout en continuant à conférer l'immunité que donne l'inoculation d'un virus. En d'autres termes, un microbe virulent peut perdre toutes ses propriétés nocives et devenir un vaccin, préservant de la maladie qu'il conférait primitivement. alors cependant que ses caractères extérieurs n'ont pas changé. D'autres procédés physico-chimiques pourront-ils rendre à ce microbe devenu inoffensif la propriété virulente qui lui est ainsi enlevée? Tout tend à le faire croire, et, dans sa réponse à M. Chauveau, — réponse qui ne figure pas dans les *Comptes Rendus* et que, par conséquent, nous ne pouvons citer *in extenso*, — M. Bouchard a promis de le démontrer. En résumé, a-t-il dit, les microbes sont des êtres vivants ayant non seulement des fonctions *essentielles* qui ne se modifient pas, mais susceptibles aussi d'avoir des fonctions *accessoires* au nombre desquelles est la virulence, fonctions accessoires qui peuvent être supprimées alors que les premières persistent. De sorte que, pour employer le langage barbare, qui s'introduit peu à peu en microbiologie, un microbe *pathogène* peut devenir *saprogène* et recouvrer ensuite sa virulence. Nous aurons à revenir sur cette question si, comme nous l'espérons, elle suscite devant l'Académie des sciences ou devant l'Académie de médecine une discussion plus étendue. Bornons nous à faire remarquer de suite que les recherches de M. Chauveau confirment ce que les observations les plus récentes ont établi au sujet de l'action des microbes. Ce sont les produits sécrétés et élaborés dans l'organisme, lorsque se fait sentir l'action pathogène des microbes, qui sont surtout à considérer. Les microbes peuvent vivre dans l'organisme, s'y développer, s'y multiplier sans être nécessairement malfaisants. Ce sont leurs sécrétions qui sont nocives. Que, par suite d'une action physico-chimique qui s'exerce sur le microbe lui-même ou par une modification apportée aux tissus ou aux liquides dans lesquels vivra et évoluera cet organisme, on rende inoffensifs les produits qui résultent de la vie du microbe et tout aussitôt cesseront les accidents. Ce ne sont point dès lors l'aspect extérieur ou le nombre des microbes qui permettront toujours de juger la gravité d'une maladie déterminée. Le problème est plus complexe. Il est loin d'ailleurs d'être résolu.

— La discussion qui s'est ouverte devant la *Société des hôpitaux* et à laquelle n'ont encore pris part que MM. Sevestre et Grancher n'a porté que sur le mode de conta-

giosité de la rougeole. Il est démontré que la maladie est très contagieuse dès ses premiers jours, c'est-à-dire avant que l'éruption se soit manifestée, avant même que l'on puisse observer dans la gorge l'exanthème caractéristique. M. Sevestre en conclut que le germe contagieux se propage par l'intermédiaire de l'air expiré; M. Grancher pense, au contraire, qu'il ne se transmet que par les objets (linges, vêtements, etc.) sur lesquels le mucus nasal ou bronchique, les larmes, auront été déposés. Ce que l'on voit dans la pratique semble bien donner raison à l'hypothèse émise par M. Sevestre. Un enfant, qui cinq ou six jours plus tard seulement sera atteint de l'éruption rubéolique, vient assister à une *matinée*. C'est un enfant de deux ou trois ans, qui porté sur les bras de sa bonne n'a aucun contact *direct* avec ceux qui l'entourent. D'ailleurs, pendant les quelques heures passées dans un salon surchauffé et où l'air reste confiné, c'est à peine s'il a toussé ou éternué une seule fois. Et cependant dix ou douze jours plus tard le nombre est grand de ceux qui, à cette *matinée*, ont pris la rougeole. Que cet enfant présente les prodromes de la scarlatine, que deux heures à peine, après avoir été en contact avec d'autres enfants il soit pris de vomissements, de fièvre et d'angine, que le lendemain matin il soit couvert de l'exanthème scarlatineux, il n'aura cependant communiqué la maladie à aucun de ceux qui l'auront vu, touché, embrassé. N'en faut-il pas conclure que la prophylaxie de la rougeole est à peu près impossible, tandis que celles de la scarlatine, de la coqueluche et surtout de la diphtérie sont des plus faciles. C'est sur la durée de la contagiosité et sur les moyens à conseiller pour s'assurer qu'une maladie éruptive n'est plus contagieuse que nous voudrions voir porter surtout la discussion.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Théorie nerveuse du psoriasis.

On prétend que lorsque les médecins hésitent sur la nature d'une maladie, ils ont toujours la ressource de dire : « C'est nerveux. » A ce compte, il y a longtemps qu'ils auraient dû dire du psoriasis : c'est nerveux; car tout ce qu'on sait de cette dermatose, abstraction faite de ses caractères anatomo-cliniques, se réduit à presque rien. Il est démontré qu'elle n'est pas contagieuse, et il est généralement admis, quoi qu'en pense Hebra, qu'elle se manifeste de préférence chez les arthritiques. Voilà tout.

Cependant, on a remarqué encore que la disposition interne, — arthritique ou autre, le nom importe peu, — qui préside aux rechutes ou aux attaques réitérées du psoriasis, est parfois sollicitée par des influences accidentelles servant de causes provocatrices : tels sont les fatigues, les traumatismes, les émotions, les chagrins, la frayeur. La frayeur, voilà déjà un facteur étiologique qui peut faire soupçonner le rôle pathogénique du système nerveux, sans préjudice de l'influence diathésique. Mais certains faits d'un autre ordre permettent de préciser mieux l'origine nerveuse du psoriasis, en assignant à cette dermatose les attributs essentiels d'une véritable tropho-névrose. Il s'agit là d'une doctrine toute nouvelle, peut-être un peu hardie et, à coup sûr, imprévue. En tout cas, on ne peut méconnaître qu'elle ait été brillamment soutenue par un élève de l'hôpital Saint-Louis, M. Bourdillon, dans une thèse récompensée, il y a quelques jours, par la Faculté. Le professeur Fournier a consacré aussi une de ses dernières leçons à ce sujet d'actualité. Il a exposé, avec le talent qu'on lui connaît, les arguments qui plaident pour ou contre la théorie de la tropho-névrose; sans prendre parti d'une façon irrévocable, il ne dissimule pas que cette théorie le séduit et que, faute de mieux, il serait assez disposé à l'accueillir, à l'exclusion de toutes les autres.

I

En premier lieu, quelles preuves avons-nous que le psoriasis n'est pas une détermination cutanée de provenance nerveuse? Est-il d'origine toxique? Nullement. Et, le fût-il, l'hypothèse n'en serait que plus vraisemblable. Appartient-il en propre à un âge, à un sexe, à une race, à un climat, à un tempérament, à une classe sociale? Pas davantage. Inventaire fait de toutes les causes auxquelles on a voulu le rapporter, nous sommes amené, comme Hebra, à éliminer tout; ou, du moins, pas absolument tout, puisque Hébra exclut jusqu'à la diathèse, « notre vieille marotte française »; or, la diathèse nous reste, et nous y tenons. Aujourd'hui, pour le plus grand nombre des médecins français, le psoriasis n'est que la manifestation extérieure d'une maladie générale ou d'une prédisposition morbide appelée, par Bazin, la diathèse dartreuse, variété ou subdivision de l'arthritis.

La notion du parasitisme dans les maladies a causé tout d'abord un grave préjudice à la doctrine des diathèses. Ce fut, pour la première fois, le jour où l'inoculation efficace de l'*acarus scabiei* démontra que la gale n'est pas la conséquence d'un vice du sang. Le bacille de Koch devait, plus tard, compromettre du même coup deux diathèses : la scrofuleuse et la tuberculeuse. On pouvait croire, dès lors, que toutes nos dermatoses diathésiques, y compris le psoriasis, allaient successivement y passer. Mais les continuateurs de Bazin prétendent, sans doute avec raison, que le parasitisme, loin de ruiner la doctrine française, ne sert qu'à la corroborer. Certainement, la diathèse ne suffit plus pour créer des dermatoses de toutes pièces, mais le terrain est aussi indispensable que la graine. Il viendra une époque où l'étude chimique du terrain diathésique fournira, sur ce point, des données bien plus intéressantes et bien plus décisives que toute la morphologie bactérienne.

En attendant, il reste à compléter la liste des parasites dermatophytiques, et, pour n'en citer qu'un, le champignon du psoriasis est encore à découvrir. Les recherches de Lang, de Wolff, d'Ecklund, n'ont rien tenu de ce qu'elles avaient promis. L'*épidermophyton* et le *lepocolla repens* n'ont pas sitôt vu la lumière qu'ils rentrent déjà dans l'ombre. Ce sont des parasites sans importance et ne tirant point à conséquence. Leurs propres auteurs les renient. Les choses en sont là! Bref, dans l'état actuel de nos connaissances, il n'est pas un témoignage sérieux qu'on puisse invoquer en faveur de la doctrine parasitaire du psoriasis; et, à moins de ressusciter pour lui seul la « spontanéité morbide », on ne sait vraiment pas à quelle cause les rattacher.

D'autre part, trouve-t-on dans ses caractères histologiques un argument qui fasse évincer de prime abord l'hypothèse d'une dystrophie nerveuse? Nullement, car, si les modifications épidermiques très simples dans lesquelles il se résume ont permis d'admettre l'intervention d'un

agent parasitaire, ces mêmes modifications peuvent être attribuées tout aussi justement à une irritation des filets nerveux dermo-épidermiques. Beaucoup de formes éruptives, depuis l'érythème jusqu'à la vésicule, relèvent, suivant les circonstances, de l'un ou l'autre de ces deux ordres de causes. Il est invraisemblable que le psoriasis soit, sous ce rapport, une espèce exceptionnelle. Envisagée au seul point de vue de sa structure microscopique, une plaque de psoriasis se réduit toujours à un trouble de la production de l'éléidine. C'est une exagération du travail de kératinisation, combinée avec une élimination insuffisante des produits kératinisés : c'est la *parakératose* de Robinson, Auspitz, H. v. Hebra.

Les mêmes altérations sont vulgaires, sinon dans leurs manifestations extérieures, du moins dans l'intimité de leur processus, à la suite des lésions nerveuses les plus diverses. Ainsi, rien n'est plus commun que de voir, après une lésion accidentelle ou spontanée des nerfs périphériques, l'épiderme s'épaissir et se détacher, tantôt en larges plaques écailleuses, tantôt en petites lamelles furfuracées, dans le territoire plus ou moins circonscrit où se distribuent les nerfs malades. Existe-t-il donc une si grande différence entre ce mode de desquamation de l'épiderme épaissi et l'exfoliation du psoriasis? L'histologie, en tous cas, serait souvent bien empêchée de caractériser la différence en question. Donc, *a priori* et théoriquement, rien ne s'oppose à ce que le psoriasis résulte d'un trouble trophique du système nerveux.

II

Un second ordre d'arguments permet de serrer la question de plus près. Nous venons de dire, et il est notoire, que le psoriasis succède fréquemment à des causes exclusivement morales. Certains sujets, sous l'influence d'une émotion, d'un chagrin, ont des attaques de psoriasis, comme d'autres ont des attaques d'hystérie ou d'angine de poitrine. Or, le relevé minutieux des antécédents morbides chez les psoriasiques démontre que ces malades sont, pour la plupart, d'un tempérament nerveux ; pour parler plus exactement et plus explicitement, ils sont ou ont été, à un moment donné, atteints de quelque phénomène névropathique bien caractérisé. Et si, par hasard, ils sont indemnes de toute tare nerveuse personnelle, on retrouve, en cherchant bien, les symptômes d'un état névropathique, quelles qu'en soient les manifestations, chez leurs ascendants directs ou parmi leurs collatéraux les plus proches. Ce sont, comme on dit aujourd'hui, des membres de la « famille névropathique ». Il n'est donc pas surprenant qu'une dermatose d'ordre nerveux se produise sur de tels sujets. Nous y reviendrons, d'ailleurs, dans un instant.

Voici, maintenant, une autre série d'arguments. C'est un fait remarqué de longue date (alors même que la discussion actuelle n'était ni soulevée ni prévue) que le psoriasis est très fréquemment symétrique. Il a une tendance marquée à la bilatéralité et il envahit, le plus souvent, des parties similaires. Cela ne peut être un simple effet du hasard. La symétrie des éruptions, en général, est certainement un résultat voulu par la cause éloignée et, il faut l'avouer, encore obscure, qui préside à leur distribution. Comment se soustraire à l'hypothèse que la cause dont il s'agit — lésion ou trouble fonctionnel — réside dans un appareil tout préparé pour la systématisation des localisations morbides? Comment, cette hypothèse une fois admise, hésiter sur l'organe qui commande la répartition symétrique des éléments éruptifs? Quel autre organe que l'axe médullaire possède cette faculté de coordination?

Il est, d'ailleurs, une forme toute particulière de psoriasis qui atteste l'intervention des centres spinaux. C'est celle qu'on a désignée, à très juste titre, sous le nom de *psoriasis douloureux*. L'éruption, dans la forme dont il s'agit, n'est certainement qu'un symptôme accessoire, presque indifférent. Ce qui domine, c'est l'*irritation spinale*, dans le sens le plus large qu'on attribue à ce terme. Les douleurs occupent de préférence les jointures. Elles sont provoquées par la pression la plus légère. Tout le tégument qui les avoisine est hyperesthésié. Évidemment, il s'agit là plutôt d'une arthralgie que d'autre chose; mais il est impossible de ne pas tenir compte aussi de quelques phénomènes accessoires qui complètent le tableau clinique : les mêmes malades, en effet, sont sujets à des névralgies de siège et d'intensité variables, névralgies le plus souvent intercostales ou sciatiques, à des myalgies, à des engourdissements ou à des fourmillements des extrémités, à des contractures musculaires ordinairement transitoires, parfois cependant permanentes, à des spasmes plus ou moins complexes, enfin, et surtout, à l'exagération constante des réflexes tendineux. Les articulations, cependant, ne renferment pas de liquide, et les douleurs dont elles sont le siège n'ont pas la mobilité qu'on observe dans le rhumatisme proprement dit, et, en particulier, dans le rhumatisme aigu ou subaigu.

III

Il nous faut parler maintenant d'une autre variété d'arthropathies douloureuses dont la parenté avec le psoriasis paraît établie sur des faits d'une authenticité clinique encore plus irréfutable. C'est dans l'histoire de ces faits que M. Bourdillon pense avoir trouvé les preuves les plus convaincantes en faveur de la nouvelle doctrine. Nous serons bref.

Si la coexistence des arthropathies avec le psoriasis est connue depuis longtemps, si elle a été signalée par nombre d'auteurs, notamment par Alibert, Gibert, Cazenave, Devergie, Bazin, etc., il importe d'insister, plus que ne l'ont fait tous ces maîtres, sur la *chronicité* des localisations articulaires chez les malades atteints de psoriasis *chronique*. Ce qui, d'une façon générale, est peut-être encore plus frappant que ce rapport, c'est la coïncidence des exacerbations arthropathiques avec les exacerbations de l'éruption. Enfin, soit dans la forme chronique progressive, soit dans la forme chronique à paroxysmes successifs, les arthropathies en question ont encore ce caractère essentiel, qu'elles n'abandonnent jamais leur localisation première. Donc, nul espoir de guérison complète. Il faut dire d'ailleurs que l'impotence fonctionnelle qui résulte, à la longue, du progrès du mal, s'explique ici par l'ensemble bien connu des altérations ostéo-fibreuses qui constituent les rhumatismes déformants : distorsions, ankyloses, atrophies musculaires, etc.

Si les lésions, d'abord localisées sur deux ou quatre jointures symétriques, empirent constamment sans manifester la moindre tendance à rétrocéder, cela n'implique pas que d'autres articulations ne puissent être prises à leur tour ; bien au contraire. Comme dans le rhumatisme noueux, la généralisation est chose commune. Mais alors chaque nouvelle arthrite parcourra les mêmes phases que les pre-

mières. Même destinée, même aggravation fatale. Sous ce rapport et à première vue, les arthropathies des psoriasiques ne diffèrent donc pas beaucoup de celles que nous présentent si fréquemment, dans les asiles d'incurables, les vieux rhumatisants et surtout les vieilles rhumatisantes.

Pendant ce temps, l'éruption psoriasique fait, de son côté, des progrès en surface et en épaisseur; elle se transforme, même au point de devenir méconnaissable. Elle se généralise, tout en conservant son caractère fondamental, qui est la symétrie, et arrive parfois à envahir la totalité du tégument. Désormais ce n'est plus un psoriasis; c'est une véritable dermatite exfoliatrice, dont les débris jonchent à profusion le lit du patient. Ajoutons, pour compléter le tableau, qu'on observe assez souvent des troubles de sécrétion tels que la suppression des sueurs ou leur apparition sur un point limité, et le développement exagéré des poils sur un ou plusieurs segments des membres. Inutile d'insister sur l'importance de ces derniers phénomènes dont l'interprétation pathogénique ne comporte aucune hésitation.

Les psoriasiques arthropathiques sont parmi ces malades inguérissables qui ont, comme on dit, la vie dure. Amaigris, décharnés, cachectiques, condamnés à l'immobilité à perpétuité, ils ne succombent, le plus ordinairement, qu'à une maladie intercurrente, à la pneumonie par exemple, la maladie « terminale » entre toutes.

IV

Dans ce qui précède peut-on trouver les éléments d'une théorie pathogénique rationnelle? — Tout d'abord, si rien ne s'oppose à considérer le psoriasis comme un trouble trophique de l'épiderme et les arthropathies comme des troubles trophiques des jointures, la coïncidence de ces deux déterminations dystrophiques n'a rien non plus qui doive surprendre. Malheureusement les recherches microscopiques de Leloir, Vidal, Kopp n'ont pas permis, du moins jusqu'à ce jour, de découvrir dans les filets nerveux recueillis au-dessous des plaques psoriasiques, la moindre altération comparable, de près ou de loin, à celles qu'on a constatées dans tant d'autres dermatoses. D'autre part, les arthropathies dont il s'agit n'ont pas cessé d'être confondues avec celles du rhumatisme chronique déformant. — Voilà donc deux objections qui ne sont pas sans valeur.

Pourtant, en ce qui concerne la première, on peut faire valoir que tous les troubles trophiques de la peau ne sont pas nécessairement commandés par des *lésions anatomiques* des nerfs. Si l'on veut être édifié sur ce point, il suffit de lire les observations très démonstratives que M. Leloir a récemment réunies sous le titre de *dermatoses par choc moral*. Le psoriasis mérite de figurer dans ce groupe: les cas auxquels nous avons fait allusion plus haut en font foi.

La seconde objection a aussi ses côtés faibles. En premier lieu, personne n'ignore que la symétrie des localisations articulaires rhumatismales avait suggéré à de nombreux auteurs et déjà depuis plus de cinquante ans, l'hypothèse que le rhumatisme (aigu ou chronique) est sous la dépendance d'un trouble matériel ou fonctionnel de la moelle épinière. La précocité des atrophies musculaires périphériques dans le rhumatisme chronique n'a fait que confirmer cette manière de voir, toutefois sans la consacrer définitivement. M. Charcot qui, le premier peut-être, a plaidé énergiquement (à une époque où il y avait quelque mérite à le faire) en faveur de l'origine trophique de certaines lésions cutanées, a été le premier aussi à insister sur les étroites connexions des atrophies musculaires avec les arthropathies rhumatismales.

Puis, il faut bien — car on ne saurait trop y revenir — attribuer aux circonstances étiologiques l'importance qu'elles méritent. La famille névropathique est proche parente de la famille arthritique. Dans l'une et l'autre les manifestations morbides sont comme les rameaux de deux arbres qui s'entrelacent: « Les deux arbres, dit M. Charcot, sont voisins, ils communiquent par leurs racines et ont des relations tellement intimes qu'on peut se demander quelquefois si ce n'est pas le même arbre. »

A cet égard les observations de la thèse de M. Bourdillon sont pleines d'enseignements. Qu'on en juge par une seule. Un homme de cinquante et un ans est atteint d'un psoriasis encore discret combiné avec des arthropathies déformantes localisées à la main. Ce malade, qui n'eut sa première attaque de psoriasis qu'à l'âge de quarante-neuf ans, avait été depuis son enfance affligé de tous les accidents de l'hystéro-neurasthénie au grand complet. On l'avait même soigné en 1866 pour une « maladie de la moelle épinière ». Voici maintenant ce qu'on a pu savoir sur sa famille: père très nerveux, violent, sujet à des emportements, mort d'une attaque d'apoplexie; mère, encore vivante, âgée de quatre-vingts ans, autrefois grande hystérique (elle eut, à l'époque de la ménopause, jusqu'à cinq crises convulsives par jour); frère maniaque, suicidé à trente et un ans; deux nièces, l'une arriérée, l'autre âgée de dix-huit ans et encore atteinte d'incontinence d'urine.

Les renseignements dont il s'agit ne sont pas de ceux auxquels on attachait jusqu'à présent une grande valeur lorsqu'on se trouvait en présence d'un cas de psoriasis. D'autre part il est évident que les malades ne sont jamais disposés à les fournir spontanément. A l'hôpital, on a plus de peine aussi à les obtenir parce que les sujets sont moins au courant de leur généalogie pathologique. Il faut insister cependant, faire appel à des souvenirs quelquefois assez lointains. Et quand on s'en donne la peine, ainsi que l'a fait M. Bourdillon, on arrive à des résultats toujours très significatifs.

V

Faut-il conclure maintenant, de cet exposé des faits, que tous les psoriasis sont des trophonévroses? — Ce serait assurément prématuré. Il suffit de savoir que beaucoup de psoriasis et en particulier les psoriasis douloureux sont une manifestation cutanée de névropathie. Et le rhumatisme chronique, dira-t-on? Est-il donc, lui aussi, toujours un trouble trophique d'origine spinale? L'ancienne hypothèse de Mitchell serait-elle près de recevoir sa confirmation (1)? A cela M. Bourdillon répond d'une façon évasive. Mais il paraît ressortir de son travail que les arthropathies psoriasiques, malgré leur ressemblance frappante avec celles de la maladie de Landré Beauvais, en diffèrent par certaines particularités que nous allons énumérer brièvement.

D'abord, et c'est là le point important, on les observerait chez les hommes beaucoup plus souvent que chez les femmes. Puis, on constate, chez les psoriasiques, que les articulations des doigts sont ordinairement les dernières frappées, juste l'inverse de ce qui se passe chez les rhumatisants

(1) Conférences Pitres et Vaillard: *Névrites périphériques dans le rhumatisme chronique* (*Revue de médecine*, 1887, n° 7).

chroniques. Les nouures proprement dites font souvent défaut. Elles semblent même devoir être considérées comme très rares dans la forme généralisée. Au lieu d'un gonflement des petites épiphyses, on observerait plutôt une diminution de la substance osseuse au niveau des interlignes articulaires. Cette raréfaction du tissu osseux n'a-t-elle pas quelque analogie avec celle qui caractérise les arthropathies du tabes ? Notons encore que l'inclinaison des doigts vers le bord cubital, qui est un signe commun du rhumatisme noueux, est rare chez les psoriasiques ; ceux-ci présenteraient plutôt le phénomène inverse. Enfin, ces malades ont moins souvent la déformation du pied en varus ou en valgus qu'une simple extension rectiligne avec exagération de la voûte plantaire.

Voilà, en résumé, des constatations cliniques fort intéressantes. Les faits sont là, c'est la chose importante. Du jour où ils auront suffisamment éveillé l'attention, nous les verrons, sans doute, se multiplier. Pour le moment, les hypothèses pathogéniques sont inutiles. Cependant nous enregistrons celle de M. Bourdillon ; elle est ingénieusement présentée ; elle a surtout, quel que soit son avenir, le grand mérite de s'appuyer sur des observations bien recueillies et complètes.

E. Brissaud.

REVUE DES COURS ET DES CLINIQUES

CLINIQUE DU VAL-DE-GRACE : M. LE PROFESSEUR CHAUVEL.

Myopie congénitale avec astigmatisme. — M. Chauvel présente deux jeunes soldats atteints d'une diminution considérable de la vision, sans correction marquée par les verres. Ces hommes, cultivateurs, sans antécédents héréditaires, n'ont jamais vu de loin ; dès leur enfance l'amblyopie était aussi prononcée qu'aujourd'hui. Ils n'ont pas souffert des yeux et l'on ne constate à l'examen aucune lésion des hémisphères extérieurs. Impossible de tirer aucun renseignement des méthodes subjectives d'exploration, tant en raison de la faiblesse de la vue que du peu d'intelligence ou de bonne volonté des sujets.

Le professeur insiste sur la nécessité dans ces conditione d'explorations objectives complètes. Il montre que grâce à la kératoscopie et à l'angioscopie, grâce à l'emploi des ophtalmomètres, on peut affirmer : 1° qu'il existe une myopie de 6 dioptries environ ; 2° qu'un astigmatisme cornéen de 3 à 4 dioptries vient compliquer la situation et rendre compte des difficultés de la correction, sinon de son impossibilité. M. Chauvel insiste enfin sur l'absence presque complète des lésions staphylomateuses caractéristiques de la myopie forte, contrairement à l'opinion générale en ce qui concerne ces amétropies congénitales.

Choroïdite maculaire congénitale. — En présentant un jeune soldat atteint de cette lésion de la choroïde à l'œil droit, M. Chauvel insiste sur la fréquence relativement grande de cette cause d'amblyopie. Il en observe chaque année 2 ou 3 cas environ sur 1500 sujets. Remontant probablement jusqu'à la vie intra-utérine, cette affection localisée à la membrane vasculaire ne se traduit que par l'amblyopie plus ou moins prononcée qu'elle entraîne. Elle ne saurait échapper à un examen ophtalmoscopique sérieux, et, ses variétés comme étendue, comme forme sont considérables. Il n'a pu jusqu'ici retrouver la cause première de cette choroïdite, mais elle ne saurait être rapportée à la syphilis héréditaire.

HÔPITAL SAINTE-ANNE : M. LE PROFESSEUR BALL.

Les mélancoliques. — Les troubles symptomatiques que présentent les mélancoliques sont nombreux et variés : le mélancolique respire mal ; sa respiration est insuffisante soit en nombre soit en qualité ; le rythme en est saccadé, irrégulier ; le rapport entre le nombre des inspirations et celui des pulsations se trouve troublé ; une inspiration correspond à cinq ou six pulsations ; il y a défaut d'oxydation, de combustion, dû à un trouble circulatoire et à un abaissement de température.

Au point de vue de la digestion, on constate qu'en général les mélancoliques refusent les aliments ; sans le secours de la sonde ils mourraient de faim. Souvent il y a anorexie, répugnance pour les aliments ; il peut aussi arriver que leur refus tienne à des idées délirantes ; dans ces cas ils craignent d'être empoisonnés ; enfin leur abstinence systématique peut encore être due à des hallucinations de l'ouïe, des voix leur commandent de ne pas manger, leur salut ou ceux des leurs se trouvent ensuite compromis. Il y a des mélancoliques qui refusent de manger simplement par amour-propre ; ils ont dit qu'ils ne le feraient pas, ils veulent maintenir leur dire.

C'est là un point de contraste entre le maniaque et le mélancolique : tandis que ce dernier se maintiendrait volontiers dans le jeûne, le premier, au contraire, en proie à une faim canine se lance gloutonnement sur les aliments.

La constipation opiniâtre qui existe chez les mélancoliques fait qu'on les dirait atteints de paralysie de l'intestin.

Chez les mélancoliques l'appareil digestif est troublé dans son ensemble. L'amaigrissement notable qu'ils présentent s'explique surtout par une raison d'ordre cérébral ; troublé dans ses fonctions, le cerveau oublie de réveillller l'appétit qui s'endort.

Le mélancolique ne dort jamais, le cerveau mal irrigué n'a plus la turgescence vitale nécessaire pour que le sommeil s'ensuive. D'ordinaire il a la bouche sèche, contrairement au maniaque ; il transpire encore moins ; la peau est sèche, rugueuse, fendillée. Les urines sont rares, peu abondantes et fortement chargées de principes extractifs. Par une sorte d'anesthésie il peut garder longtemps ses urines. Le mélancolique vide rarement sa vessie. Dans ses urines on a signalé un excès d'acide urique, d'urates alcalins et de phosphates. On peut encore y rencontrer du sucre et parfois un excès de ptomaïnes.

Dans ces derniers temps des auteurs qui ont repris l'expérience du vernissage des animaux sont arrivés à la conclusion que leur mort était due à la rétention par l'économie d'un poison spécial (ptomaïne) non déterminé. Le professeur Ball, en se basant sur la rareté de sueurs chez les mélancoliques, croit que chez beaucoup d'entre eux sinon chez tous il y aurait lieu de tenir compte de l'existence d'un poison de nature animale.

En dehors des troubles cités, les mélancoliques présentent encore des troubles de la motilité. Souvent ils ne veulent pas quitter leur lit. Loin d'être exclusif comme certains auteurs, le professeur Ball est d'avis qu'il y a des cas où on doit respecter cette torpeur, tandis que dans d'autres cas il faut chercher à la vaincre.

Le plus généralement muets, quand on parvient à vaincre leur silence, leur voix presque éteinte est faible, basse, caverneuse ; cela dépend, en dehors d'autres causes, d'une parésie des tenseurs des cordes vocales.

Le trouble de la sensibilité que l'on constate le plus souvent chez les mélancoliques est l'anesthésie ; c'est ainsi que l'on a vu des mélancoliques se brûler sans laisser voir aucune manifestation qui fît croire qu'ils sentaient ; de même on en a vu dans la neige qui ne semblaient rien éprouver. C'est encore par l'anesthésie que l'on explique

les mutilations auxquelles ils se livrent si fréquemment. Les hallucinations de l'ouie sont terrifiantes ou délirantes. On observe aussi des sensations morbides du côté de la peau, des troubles de l'odorat ou bien du goût, des troubles génitaux, etc.

Les troubles de la vue sont rares chez les mélancoliques à moins toutefois qu'ils s'agisse par exemple de la lipémanie alcoolique ou encore la mélancolie hystérique.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

De la syringomyélie. Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 22 février 1889, par M. le docteur Debove, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital Andral.

Il y a peu d'années la syringomyélie était une simple curiosité anatomique et son diagnostic semblait impossible. Aujourd'hui, grâce aux travaux publiés à l'étranger par Fr. Schultze (1), Kahler (2), Roth (3), Bernhardt (4), etc., nous pouvons, dans la majorité des cas, la reconnaître du vivant même du malade. Ses symptômes, si caractéristiques cependant, sont si peu connus en France qu'il m'a paru intéressant de vous présenter un malade qui est un type de ce genre d'affection.

Je dis que la syringomyélie a été peu étudiée en France ; cependant M. le docteur Morvan (5) (de Lannilis) a décrit sous le nom de *parésie analgésique* ou *paréso-analgésie* des extrémités supérieures, une maladie identifiée à la syringomyélie par A. Broca (6), Bernhardt et Roth. MM. Monod et Reboul (7) croient, au contraire, qu'il s'agit d'une affection nerveuse périphérique et dans une autopsie récente, sur un malade soigné par Morvan même, ils n'ont trouvé aucune lésion médullaire (communication verbale). La question de l'identité ou non des deux maladies n'est pas encore tranchée, mais l'autopsie de MM. Monod et Reboul nous fait penser qu'elle le sera dans le sens de la non-identité.

Permettez-moi, avant de présenter mon malade, de rappeler les lésions et symptômes d'une maladie dont les détails peuvent ne pas être présents à l'esprit de plusieurs d'entre vous. Anatomiquement, la syringomyélie est caractérisée par une destruction de la substance grise de la moelle épinière, destruction plus ou moins étendue dans le sens transversal et dans le sens longitudinal. Les cordons de substance blanche sont alors plus ou moins lésés. S'agit-il d'une affection ayant pour point de départ le canal central, ou d'une gliomatose, c'est-à-dire d'une inflammation destructive de la nevroglie ; les deux opinions ont été soutenues, et en l'absence de toute autopsie récente je me garderai bien d'avoir un avis.

La syringomyélie est surtout caractérisée par des troubles de la sensibilité à la douleur et à la température, alors que la sensibilité au tact est presque indemne, et par des troubles trophiques intéressant divers tissus, muscles, os, etc.

Notre malade présente à un haut degré ces divers symptômes. Chez lui, la sensibilité de la douleur a disparu des pieds à la tête. On peut, en toute région, pincer, irriter la peau, même violemment, le malade sent bien le pincement, l'irritation, mais ne perçoit aucune douleur.

(1) Schultze, *Zeitschrift für klinische Medicin*. Bd XIII. Heft 6.

(2) Kahler, *Ueber die Diagnose der Syringomyelie. Proger medicin. Wochenschrift*. S. 63, 1888.

(3) Roth, *Gliomatose médullaire* (*Archives de neurologie*, 1887. Vol. 14 et suivants.

(4) Bernhardt, *Centralblatt für Nervenheilkunde*, 1887, n° 1, et 1889, n° 2.

(5) Morvan, *Gaz. heb.*, 1886, n° 32 et suiv.; 1887, n° 41.

(6) A. Broca, *Gaz. heb.*, 1888, n° 39.

(7) Monod et Reboul, *Archives générales de médecine*, 1888.

La thermoanesthésie est moins étendue. Elle est complète pour toute la partie des membres inférieurs située au-dessous d'un plan perpendiculaire au tiers moyen de la cuisse, et pour la partie des membres supérieurs située au-dessous d'un plan passant par l'insertion humérale du deltoïde. La thermoanesthésie est beaucoup moins prononcée à la racine des membres, au tronc et au cou, elle n'existe pas à la tête. Les muqueuses oculaires et buccale sont sensibles à la chaleur et le malade sait parfaitement si sa soupe est trop chaude. Cette thermoanesthésie a donné lieu à un accident le jour même de l'entrée à l'hôpital. Le malade se plaignant d'une sensation subjective de froid, on lui mit aux pieds une boule trop chaude qui le brûla à son insu. Aujourd'hui, au bout d'un mois, ces brûlures ne sont pas encore cicatrisées, moins à cause de leur profondeur qu'à cause des troubles trophiques dépendant de la lésion du système nerveux.

Malgré ce trouble profond de la sensibilité à la chaleur et à la douleur, la sensibilité tactile est conservée sur toute l'étendue du tégument, je ne dirai pas qu'elle est intacte, mais elle ne s'éloigne guère de la normale.

Les organes des sens spéciaux ne présentent rien d'anomal.

J'arrive maintenant aux troubles trophiques. Le plus caractéristique est une atrophie musculaire de la main et de l'avant-bras droit, affectant le type Duchenne-Aran. L'éminence hypothénar n'existe plus, le relief de l'éminence thénar est notablement diminué, les muscles interosseux ont en grande partie disparu. L'atrophie de l'avant-bras paraît surtout porter sur l'extenseur commun des doigts. Il résulte de ces diverses atrophies une déformation de la main, une griffe, amenant la flexion permanente des trois derniers doigts ; ils se laissent d'ailleurs facilement redresser, car il n'y a pas de contracture. Le bras de ce côté est normal, le deltoïde correspondant est un peu atrophié.

La main gauche est le siège d'une atrophie non douteuse, beaucoup moins prononcée qu'à droite, n'amenant pas encore de déformation notable et permettant tous les mouvements. Le bras, l'avant-bras, l'épaule de ce côté sont à peu près normaux, il en est de même des muscles du tronc et de la tête.

Aux membres inférieurs, les muscles du mollet et le triceps crural du côté gauche sont un peu moins volumineux que les congénères du côté opposé. Mais ces atrophies ne suffisent pas à expliquer la faiblesse du malade qui ne saurait marcher quelques centaines de mètres.

Il existe encore ici un autre trouble trophique, c'est une scoliose prononcée de la région dorso-lombaire. Sa concavité est tournée à droite ; il existe une courbure de compensation à la région dorsale.

Nous n'avons pas observé d'autres troubles trophiques fréquemment relevés en pareille circonstance, tels que affections osseuses (panaris), cutanées (eczemas rebelles), ou sous-cutanées (phlegmons) etc. Mais depuis peu de temps est surveau un phénomène qui peut également être rapporté à un trouble trophique. L'urine est abondante et légèrement trouble, elle contient des globules de pus, et pour qui connaît la signification de la cystite dans les myélites, il y a là une lésion dont il faut tenir grand compte au point de vue du pronostic.

Les reflexes papillaires pharyngés, crémastériens sont conservés. Les reflexes tendineux sont abolis aux membres supérieurs. Aux membres inférieurs, le reflexe rotulien a disparu à gauche, il est exagéré à droite. Cet état contradictoire semble indiquer qu'à la région lombaire droite, la lésion s'est étendue au cordon latéral, tandis que du côté opposé elle s'est étendue au cordon postérieur. De même l'atrophie du membre supérieur droit indiquait que la substance grise intéressait une partie de la corne antérieure droite du renflement cervical.

Voilà à peu près tous les phénomènes présentés par notre malade, il ne me reste plus guère qu'à énumérer des signes négatifs. Il n'y a pas et il n'y a jamais eu de douleurs, contrairement à ce qui a été observé chez nombre de ces malades, nous trouvons tout au plus à noter des sensations subjectives du froid. Nous n'avons constaté aucun trouble des organes internes. Le malade est assez triste, mais son état cérébral est suffisamment expliqué par la longueur et la gravité de son mal.

Étant donné cet ensemble de symptômes, je ne crois pas qu'on puisse contester le diagnostic. Les troubles de la sensibilité à la douleur et à la température, l'atrophie musculaire et la scoliose sont si caractéristiques qu'il n'est guère possible de nier la syringomyélie.

Contrairement à l'usage, j'ai commencé par décrire l'état actuel sans indiquer ni l'époque, ni le début des accidents, parce qu'il y a là matière à discussion.

Suivant le malade, ses accidents auraient débuté il y a cinq ans; suivant moi, ce début remonterait à une vingtaine d'années. Il y a cinq ans, apparut l'atrophie musculaire. Vers la même époque, le malade se fit, en se chauffant les jambes, une brûlure étendue sans percevoir la moindre douleur; mais une circonstance nous permet de reconnaître que l'anesthésie existait déjà il y a neuf mois. A cette époque, notre homme fit une chute sur le genou; cette articulation se tuméfia considérablement et nécessita l'entrée à l'hôpital (arthropathie d'origine médullaire?); on appliqua des ventouses scarifiées; or, ni la chute, ni la lésion articulaire, ni les ventouses scarifiées n'ont provoqué de douleur, il y aurait donc de l'analgésie à l'insu du malade. Cette ignorance ne nous étonnera pas, si nous nous reportons aux mêmes phénomènes observés chez les hystériques. Ils (les recherches contemporaines nous autorisent à dire aussi bien ils que elles) ne s'aperçoivent pour ainsi dire jamais qu'ils sont anesthésiques et c'est l'exploration médicale qui le leur révèle.

Quoique j'ignore à quelle époque est survenue l'anesthésie, je suis tenté de faire remonter le début des accidents actuels à une fièvre typhoïde très grave survenue à l'âge de quinze ans. Le relevé de nombreuses observations nous apprend en effet que la syringomyélie survient à la suite de maladies infectieuses. Or, deux ans après la fièvre typhoïde, la scoliose était déjà très prononcée. Étant donné la fréquence de la scoliose dans la syringomyélie, nous sommes bien porté à la considérer comme le premier accident par lequel s'est traduit cette maladie.

Odontologie.

La maladie de Fauchard, par M. le docteur Th. David.

Les alvéoles dentaires sont le siège d'une maladie sur la dénomination, l'étiologie et la nature de laquelle les auteurs dissertent depuis plus d'un siècle et demi, sans que la question ait fait grand progrès à cet égard.

Cette maladie survient chez les adultes vers quarante ou cinquante ans, chez des sujets atteints d'une affection générale (goutte, diabète, rhumatisme...) ou d'une affection locale avec retentissement sur l'état général (maladie de cœur ou du foie...), et chez beaucoup de femmes à la ménopause. Elle est caractérisée par une inflammation intra-alvéolaire chronique, accompagnée d'une suppuration abondante. Commençant au niveau du bord libre de la gencive, elle s'étend de proche en proche, très lentement, jusqu'au fond de l'alvéole, qui se résorbe, au fur et à mesure, en dénudant peu à peu la dent jusqu'à ce que celle-ci, ébranlée, déchaussée progressivement, tombe en quelque sorte d'elle-même, sans présenter de lésion apparente.

Suivant que les auteurs ont été frappés par l'un de ces symptômes plus particulièrement que par les autres, ils ont donné son nom à la maladie. D'où les termes de *suppuration conjointe des alvéoles et des gencives* (Jourdain), *dissolution des alvéoles suivie d'ébranlement et de la chute des dents* (Saucerotte), *pyorrhée inter-alvéolo-dentaire* (Toirac), *suppuration des gencives* (Désirabode), *gingivite expulsive* (Marchal, de Calvi), *ostéopériostite alvéolo-dentaire* (Magitot), *rhumatisme, goutte dentaire, gingivite arthrodentaire, arthrite alvéolaire*, etc....; on en pourrait encore citer bien d'autres, et chaque année en voit apparaître de nouveaux.

Les opinions relatives à la *nature* de la maladie sont tout aussi diverses, et ne prêtent pas moins le flanc aux objections.

1° Pour les uns, la maladie serait essentiellement gingivale, d'où la désignation de gingivite; or, l'inflammation gingivale n'est qu'un épiphénomène faisant souvent défaut autour de dents qui, néanmoins, s'ébranlent et tombent;

2° Pour d'autres, l'inflammation et la destruction du ligament ou périoste inter-alvéolo-dentaire seraient les lésions principales, entraînant accessoirement l'altération du cément, de l'alvéole, de la gencive, d'où le terme d'ostéo-périostite; or, souvent, il n'y a pas trace d'inflammation intra-alvéolaire;

3° Enfin, l'affection consisterait essentiellement dans une lésion des procès alvéolaires, qui se résorberaient ou s'élimineraient en suppuration; accessoirement, le périoste et la gencive entreraient en cause.

Mêmes variétés d'opinion au *point de vue étiologique.*

1° La maladie serait d'ordre local : action du tartre, irritants divers, anomalies dentaires, action de l'acide lactique provenant de le décomposition du sucre chez les diabétiques, présence de parasites...;

2° Suivant la plupart des auteurs, elle serait d'ordre général : manifestation locale d'un état constitutionnel, répercussion d'une maladie générale éloignée, scorbut, goutte, rhumatisme, arthritisme, diabète...

Pour nous, d'après l'analyse des auteurs et l'appréciation des faits, cette maladie ne survient que chez des sujets atteints de troubles graves, passagers ou durables de la nutrition. La guérison de l'état général entraîne souvent celle de la bouche, et, d'autre part, avec la persistance de cet état, l'antisepsie la plus parfaite tous en le retardant n'arrête pas le déchaussement progressif des dents. Si les micro-organismes étaient la cause réelle de la maladie, pourquoi ne l'observerait-on pas dans les bouches sales, où par la multiplicité des caries, la présence de fistules, de gingivites, de périostites se trouvent réalisées les plus parfaites conditions de culture microbienne?

Au sujet de sa nature, la maladie nous paraît consister essentiellement dans une *lésion osseuse;* telle était l'opinion de Bourdet, Piorry, Gosselin... Les procès alvéolaires s'atrophient, se résorbent comme le tissu osseux en général, comme le col du fémur chez les vieillards. Des conditions topographiques particulières exposent cette ostéite raréfiante à l'air, au milieu buccal, à l'action des nombreux parasites qui s'y trouvent et font qu'elle s'accompagne de lésions gingivales et périostales auxquelles est due la suppuration intra-alvéolaire.

Le traitement local aussi nécessaire que le traitement général, doit avoir précisément pour but de remédier à ces conditions : destruction de la gencive décollée, lavages fréquents pour entretenir aseptiques les interstices dentaires et les culs-de-sac gingivaux. Méthodiquement suivi, il peut retarder pendant longtemps la chute des dents. Il peut même aboutir à un arrêt complet du processus, si, spontanément ou par un traitement général approprié, l'état constitutionnel est lui-même guéri.

Telle est notre manière de voir au sujet des causes et de la nature de cette maladie. Mais, bien qu'elle soit confirmée par les faits que nous observons chaque jour et surtout par

les résultats thérapeutiques qui en découlent, nous sommes aussi embarrassé que nos devanciers pour trouver une dénomination qui ne soit sujette à aucune critique.

Plutôt que d'en proposer une que de nouvelles recherches viendraient encore renverser, nous nous sommes demandé s'il ne valait pas mieux, suivant un usage assez généralement adopté aujourd'hui, lui donner le nom du médecin qui, le premier, en a tracé une bonne description clinique.

En 1728, Fauchard décrivait ainsi cette maladie :

« Il est encore une espèce de scorbut de laquelle je pense qu'aucun auteur n'a encore pris le souci de parler, et qui, sans intéresser les autres parties du corps, attaque les gencives, les alvéoles et les dents... On la reconnaît par un pus blanc et un peu gluant que l'on fait sortir des gencives, en appuyant le doigt un peu fortement... Ce pus sort souvent d'entre la gencive et le corps de l'alvéole, et, quelquefois, d'entre l'alvéole et la racine de la dent : ce qui arrive plus fréquemment à la partie extérieure des mâchoires qu'à leur partie intérieure, et plutôt aux dents incisives et aux canines de la mâchoire inférieure qu'à celle de la supérieure. » (Fauchard, *Le chirurgien dentiste*, 1re édit. Paris, 1728, t. I, p. 275.)

On n'a guère ajouté depuis lors à cette description. Aussi proposons-nous de donner à la maladie dont il s'agit le nom de notre compatriote Fauchard, *le père de la chirurgie dentaire*, de préférence à celui de Rigg qu'on a proposé en Amérique, du nom d'un auteur contemporain. Cette dénomination a l'avantage de ne rien préjuger, et l'accord se fera plus facilement sur elle que sur toute autre de celles qui ont été proposées jusqu'ici.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

Sur les propriétés vaccinales de microbes ci-devant pathogènes, transformés en microbes simplement saprogènes, destitués de toutes propriétés virulentes, par M. A. *Chauveau*. — Dans cette note M. Chauveau se propose de résoudre diverses questions.

« A. *La perte complète de toute virulence dans les microbes infectieux peut-elle être considérée comme un indice de transformation spécifique?* — On connaît, dit-il, l'étroite parenté qui existe entre les *microbes pathogènes* et ceux que, par une extension légitime, quoique peu grammaticale, on peut comprendre sous la désignation de *microbes saprogènes*. Cette parenté a, tout naturellement, suscité l'hypothèse qu'il n'y a entre ces deux sortes d'organismes aucune ligne de démarcation tranchée, et qu'ils peuvent se transformer les uns dans les autres. On a même cherché à réaliser ces transformations, à rendre bénin, c'est-à-dire impropre à ses manifestations virulentes habituelles, tel microbe éminemment malin, et à rendre malin, c'est-à-dire nettement virulent, tel microbe saprogène habituellement impropre à toute influence physiologique malfaisante quand, au lieu d'être cultivé dans les milieux extérieurs, il est implanté dans l'organisme animal.

« Il est bien certain que la virulence de certains agents pathogènes s'atténue ou s'exalte, suivant les conditions de la culture à laquelle on soumet ces agents. Parfois même cette virulence s'éteint absolument, du moins en apparence, sans que la *végétabilité* du microbe ait subi une sensible atteinte. A la vérité, la récupération de la virulence totalement perdue ne semble pas aussi facile à obtenir, ni, *a fortiori*, l'attribution, de toutes pièces, de cette propriété à des microbes purement saprogène à l'origine. Mais le succès de l'opération inverse n'en est pas amoindri dans ses conséquences. Il autorise à se demander si vraiment on transforme spécifiquement les microbes pathogènes qu'on prive de toute aptitude virulente, en leur conservant leur aptitude à végéter. »

Pour interpréter ce résultat, M. Chauveau a choisi, parmi les faits de transformation dont il est possible de tirer parti, ceux qui concernent le microbe de Davaine, c'est-à-dire le *bacillus anthracis*.

Il l'a cultivé pendant quatre et cinq générations successives sous pression d'air augmenté (9 atomosphères) et a obtenu ainsi des races de bacilles anthracis dont la virulence était considérablement atténuée.

Soumettant une seconde fois ces cultures à l'action de l'oxygène sous pression, il a obtenu pour les uns une atténuation très rapide, allant jusqu'à la perte absolue de la virulence, et pour les autres une atténuation moins active, mais qui aboutissait cependant aussi à la déchéance complète au point de vue de l'aptitude virulente, et cela sans que la forme ou l'aptitude prolifique des éléments microbiens aient été modifiées. Après comme avant, « c'est bien toujours le même microbe; seulement il n'est plus pathogène : il est devenu neutre ou indifférent, c'est-à-dire impropre aux fermentations physiologiques de nature infectieuse. C'est un microbe qui semble être maintenant simplement saprogène; il ne paraît plus pouvoir s'attaquer à la matière vivante, et peut être considéré comme étant apte à vivre, à se développer seulement dans les milieux extérieurs, comme les microbes des fermentations communes. »

Mais ce microbe, s'il n'est plus infectieux, reste cependant apte à conférer l'immunité. Ce n'est plus un virus actif, c'est un virus-vaccin.

M. Chauveau croit pouvoir tirer de ses expériences les conclusions suivantes : « Le microbe charbonneux, totalement privé de sa virulence, n'est pas devenu un simple microbe saprogène apte seulement aux fermentations communes qui se passent en dehors des milieux vivants. Il a conservé un des attributs les plus précieux qui dénotent la nature infectieuse du microbe pathogène. Donc il n'a pas été transformé spécifiquement; cet agent appartient encore à la souche d'où il est issu; il reste toujours microbe pathogène. C'est au moins la conclusion qui s'impose *actuellement*. Naturellement, je ne peux rien préjuger au sujet des métamorphoses ultérieures qu'il sera peut-être possible d'imprimer encore au *bacillus anthracis*, en continuant de le soumettre à l'action de l'oxygène comprimé, ou par tout autre moyen. Mais, dans l'état actuel où j'ai mis le microbe, sa transformation n'est qu'apparente. Au fond, tout destitué qu'il soit de sa fonction virulente, il n'a pas été privé de l'aptitude à la récupérer. C'est ce que je ferai ressortir dans les développements que j'ai encore à donner. »

Sur l'apparition rapide de l'oxyhémoglobine dans la bile et sur quelques caractères spectroscopiques normaux de ce liquide, par MM. E. Wertheimer et E. Meyer. — D'une nouvelle série de recherches les auteurs de cette note déduisent les conclusions suivantes. Il ont observé : « 1° Le passage rapide de l'oxyhémoglobine dans la bile, chez des animaux, ou intoxiqués par des agents destructeurs des hématies, ou morts de froid, ou artificiellement refroidis; 2° la formation dans ce liquide, chez les mêmes animaux, d'un dérivé de l'hémoglobine, dont les propriétés optiques sont celles de la méthémoglobine, mais qui diffère de celle-ci par la façon dont il se comporte à l'égard des réactifs; 3° la présence de ce même corps (cholométhémoglobine) dans la bile normale des jeunes chiens; 4° la présence, dans la bile des chiens de tout âge, de bandes dont les caractères sont ceux des bandes de bilicyanine. »

— M. Berthelot a été élu secrétaire perpétuel en remplacement de M. Pasteur nommé secrétaire perpétuel honoraire.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MAURICE PERRIN.

La correspondance comprend : 1° une *étude sur 300 cas de fièvre scarlatine observés à l'hôpital militaire de Saint-Quentin*, par M. le docteur Fensard, médecin militaire; 2° un mémoire sur *les revaccinations pratiquées à l'école d'enfants de troupe des Andelys*, par M. le docteur Dupeyron; 3° un rapport sur des *vaccinations pratiquées en 1883 dans le district d'Aumale*, par M. le docteur Castelbou; 4° un mémoire sur la *morbidité et la mortalité enfantines* dans la circonscription médicale de Revin, par M. le docteur Séjournet (de Revin); 5° un *rapport sur Amélie les-Bains*, par M. Lamarque, stagiaire de l'Académie; 6° une lettre de M. le docteur Séjournet (de Revin), qui se porte candidat au titre de correspondant national.

M. *Dujardin-Beaumetz* présente un mémoire du docteur Clemente Ferreira sur l'*impaludisme chez les enfants* (renvoyé à la Commission pour le concours du Prix Godard).

M. *Tarnier* présente un mémoire de M. Queirel sur l'*histoire de la Maternité de Marseille*.

M. *Fournier* offre à l'Académie ses leçons sur la *syphilis vaccinale* recueillies par le docteur Portalier.

M. *Vidal* présente une thèse de M. Séname sur la *syphilis et grossesse*, étude de la syphilis post-conceptionnelle, et une thèse de M. Lepers sur *les relations de la syphilis avec l'impaludisme*.

M. *Laboulbène* fait hommage à l'Académie de son Étude sur l'ancienne Académie de Paris.

De la nécessité de la vaccination et de la revaccination pour faire partie d'une Société de secours mutuels. — M. *Hervieux* lit un rapport au sujet des questions soumises à l'Académie par la Chambre consultative des Sociétés de secours mutuels sur la nécessité d'exiger la vaccination et la revaccination avant l'admission dans ces Sociétés.

Voici les conclusions de ce rapport:

1° Il est désirable, dans l'intérêt individuel aussi bien que dans l'intérêt général, que tout individu qui se présente pour être admis dans une Société de secours mutuels n'y soit reçu qu'autant qu'il aura été antérieurement vacciné;

2° Il est désirable que, hors le temps d'épidémie, toute Société de secours mutuels puisse exiger de ses membres qu'ils soient soumis à la revaccination après un délai de dix ans; en temps d'épidémie, on ne devra pas attendre l'expiration de ce delai;

3° Si la vaccination ou la revaccination avaient échoué, l'opération pourra, comme dans l'armée, être répétée jusqu'à réussite;

4° La source vaccinale et le mode de vaccination importent peu, pourvu que le vaccin soit irréprochable et le résultat satisfaisant.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

Médecins français en Orient. — M. *Le Roy de Méricourt* lit un rapport au sujet d'une lettre de M. Lionel Radiguet, ancien gérant du consulat de France à Canton. Cette lettre constate la moindre résistance des indigènes de l'Extrême-Orient à la médecine européenne et le triomphe prochain de celle-ci, si l'on venait à former des médecins instruits pour les Ecoles de médecine d'Orient. Ces missionnaires relèveraient le prestige de la France.

De la maladie d'Addison. — M. *Cornil* lit, de la part de MM. Babès et Kalindero, un travail intitulé : *Notes sur un cas de maladie d'Addison avec lésions médullaires*. Entre autres lésions, telles que tuberculose de la capsule surrénale, les auteurs ont constaté une sclérose de la moelle, portant sur les cordons postérieurs et sur les racines rachidiennes.

Les origines du tétanos. — M. *Verneuil*, dans sa nouvelle communication sur le tétanos, insiste d'abord sur les observations qui tendent à prouver la transmission dite intra-humaine, c'est-à-dire celle qui se fait de l'homme à l'homme, qui, si elle est rare chez l'adulte, paraît de nature à expliquer le tétanos des nouveau-nés qui cause parfois de si grands ravages. Cinq faits nouveaux cités par M. Verneuil semblent démontrer ce mode de contagion.

Répondant à M. Guérin, M. Verneuil affirme de nouveau l'inoculabilité du tétanos et rappelle ce que les recherches de divers expérimentateurs et les observations de MM. Nicolaier et Rosenbach ont appris à cet égard. Le tétanos paraît dû à un microbe et aux ptomaïnes que sécrète celui-ci. S'il est vrai que le pansement ouaté ou le pansement de Lister ne préservent pas *toujours* le blessé, cela ne provient-il point de ce que l'instrument qui a déterminé la blessure était déjà infecté par le virus tétanique et que par conséquent l'infection se trouvait produite avant que les méthodes de pansement antiseptique aient été instituées. La transmission du tétanos semble se faire exclusivement par contagion. Celle ci est directe ou indirecte. La contagion immédiate ou directe n'a pas été prouvée encore par des faits scientifiquement indiscutables; la contagion indirecte est bien établie dans la plupart des cas où l'on a suffisamment étudié les faits.

L'agent de la contagion est un microbe. Celui-ci se transmet par la terre, par le contact avec un cheval ou avec divers animaux. La terre, comme agent de transmission, est bien indiquée dans une observation de M. Larger. Le tétanos peut atteindre aussi d'autres solipèdes, tels que le mulet, l'âne, le bœuf, la chèvre; le chien le contracte, mais rarement. A leur tour, ces animaux peuvent infecter l'homme. Plusieurs observations que cite M. Verneuil viennent à l'appui de cette opinion.

La contagion peut être immédiate ou médiate. Dans la contagion médiate les intermédiaires sont plus ou moins nombreux, ce sont les brides, les selles, les harnais, la terre où s'est étendu l'animal malade, où ses excréments ont servi d'engrais, enfin ces engrais eux-mêmes. Donc le tétanos devra frapper surtout les palefreniers, les cochers, les laboureurs qui cultivent les terres fumées avec la paille ayant servi aux animaux malades. En un mot tous ceux qui ont eu un contact direct avec les produits venus d'animaux malades.

M. Verneuil cite plusieurs observations qui confirment ces faits et la suite de la discussion est remise à la prochaine séance.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1889. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

A propos des relations du goitre exophthalmique et du tabes : M. Barié. — De la contagion de la rougeole et de l'antisepsie dans les hôpitaux d'enfants : MM. Sevestre, Grancher. — Un cas de syringo-myélie (Présentation de malade) : M. Debove. — Autre cas semblable (Présentation de malade) : M. Déjerine. — Présentation d'instrument : M. Balzer.

M. *Barié* répondant à l'argumentation de M. Ballet dans la séance précédente, cite deux nécropsies de goitre exophthalmique où l'on a pu constater la congestion manifeste de la zone bulbo-protubérantielle. D'ailleurs, tous les symptômes plaident en faveur d'une perturbation morbide de cette zone, et en particulier les phénomènes de paralysie de la septième paire observée par Potain. Il reconnaît avec M. Ballet l'influence de l'hérédité nerveuse, mais ne voit pas en quoi elle s'oppose au développement d'une lésion bulbo-protubérantielle d'origine tabétique et donnant le syndrôme de Basedow. Quelle est cette lésion? s'agit-il d'une simple congestion? M. Barié paraît même disposé à admettre qu'il peut n'exister au niveau du bulbe que des troubles fonctionnels. Enfin, contrairement à M. Joffroy qui a montré le goitre précédant le tabes, M. Barié rappelle

que chez son malade c'est le tabes qui a précédé le goitre de longtemps.

M. *Guyot* cite un cas de guérison d'un goitre exophthalmique, datant de trois ans, avec la teinture de veratrum viride.

— M. *Sevestre* rappelle que l'on a cru longtemps la rougeole contagieuse, surtout pendant et après l'éruption, tandis qu'une observation plus rigoureuse montre que la contagion s'opère surtout dès le début de l'affection, pendant la période prééruptive ou les premiers jours de l'éruption. Dès lors, contrairement à l'opinion de M. Grancher qui admet la contagion seulement par contact direct ou indirect, M. Sevestre pense que la contagion se fait par l'air expiré dans lequel le germe se trouve répandu à courte distance, principalement par la toux et les éternuements. Il doit, en effet, provenir des voies respiratoires, puisque la contagion a lieu avant toute éruption cutanée. La contagion ne s'opère qu'à petite distance, quelques mètres au plus ; on voit les enfants couchés à côté d'un rubéoleux être contaminés, mais non ceux qui sont placés à l'autre bout de la salle, lorsque celle-ci offre une certaine étendue. D'autre part le germe de la rougeole meurt vite ; si l'on place des enfants sains dans une salle quittée peu d'heures auparavant par des rubéoleux, jamais il n'y a de contamination ; il semble donc peu probable que le contage puisse être transporté à distance par les personnes ou les objets ayant approché les malades. Tout autres sont les conditions de propagation de la diphthérie : le contage médiat paraît le plus fréquent, ainsi que le prouvent de nombreux faits bien observés ; en outre, le germe offre une vitalité très longue : deux ans dans un cas très démonstratif. Il résulte de ces notions que pour circonscrire une épidémie de rougeole il faut isoler les malades dès les premiers symptômes qui, malheureusement, n'ont rien de caractéristique. Aussi, convient-il d'isoler les enfants qui ont été en rapport avec un autre enfant, reconnu quelques jours après atteint de rougeole. On pourra, par surcroît de précaution, désinfecter à l'étuve la literie, les vêtements, etc., et faire prendre aux petits convalescents un bain de sublimé avant de les rendre à la vie commune. Pour la diphthérie l'isolement est insuffisant ; la désinfection rigoureuse de tous les objets souillés s'impose.

M. *Grancher* est d'accord avec M. Sevestre sur la question de contagiosité de la rougeole avant l'éruption et au début de celle-ci, et aussi sur le fait de la courte vitalité du contage, bien que la limite de quelques heures lui semble trop restreinte. En tout cas, il est exact que le transport du germe par une tierce personne restée indemne, est un fait exceptionnel. La vitalité du germe diphthéritique est, par contre, bien plus prolongée, puisque dans un cas observé par M. Worms, elle paraît avoir été de quatre ans. Mais il ne peut accepter la contamination de l'air expiré : les expériences de Strauss montrent l'absence de tout germe dans l'air sortant des poumons, et, d'ailleurs, comment les germes, englués dans un liquide muqueux, seraient-ils entraînés en suspension dans l'atmosphère ? L'air est souillé, c'est possible, mais indirectement : les liquides renfermant les germes et déposés sur le mouchoir ou tout autre objet s'y dessèchent puis se mélangent à l'atmosphère sous forme de poussières nocives. C'est ainsi que la contagion par l'air se produit. Tout ce qu'on peut dire aujourd'hui, c'est que l'air autour d'un rubéoleux ou d'un diphthéritique peut être dangereux. Si la contamination directe de l'air expiré était réelle, nos procédés actuels de désinfection et de prophylaxie seraient absolument impuissants. Je crois, en effet, avoir démontré que l'isolement, tel qu'il nous est permis de le pratiquer, n'a diminué ni la morbidité ni la mortalité de la rougeole dans nos hôpitaux. Cette dernière, en particulier, a paru plutôt augmentée par le fait de l'accumulation des malades dans un local insuffisant et la fréquence plus grande, qui en résulte, des broncho-pneumonies. Certes, l'isolement parfait au moyen d'un lazaret bien établi, tel que le propose M. Sevestre, aurait des conséquences toutes différentes. Il faut reconnaître que l'isolement est, dès aujourd'hui, plus efficacement réalisé pour la diphthérie.

M. *Sevestre* n'a admis la contamination directe de l'air expiré que comme une hypothèse expliquant la contagion à la période prééruptive alors qu'il existe seulement des lésions au niveau des voies respiratoires et de la gorge. Tout en maintenant la contagion par l'air atmosphérique, il ne repousse pas la propagation par le contact direct. Dans les salles où sont placés des enfants trop jeunes pour marcher la contagion ne s'opère que sur les lits voisins du malade ; pourquoi, s'il s'agissait d'un transport médiat, ne verrait-on pas des cas à plus grande distance. Il est évident, d'ailleurs, que l'isolement ne peut être efficace que s'il est complet et porte également sur les enfants devenus *suspects* par suite de relations antérieures avec un malade. Le fait de la multiplication des accidents de broncho-pneumonie par suite de l'encombrement des salles d'isolement ne saurait être discuté.

M. *Grancher* ne conteste pas que le germe de la rougeole existe dans le mucus nasal et bronchique, mais il ne souille l'atmosphère qu'après s'être desséché à la surface des objets environnant le malade. La contagion s'opérant sur les lits voisins du malade ne prouve pas la transmission par l'air expiré ; celle-ci peut fort bien se produire de façon médiate par les objets ou par le personnel médical : les faits semblent démonstratifs.

— (*La discussion de cette question reste à l'ordre du jour.*)

— M. *Debove* présente un malade atteint de syringomyélie et donne lecture de l'observation, la première publiée en France (voy. p. 38).

— M. *Déjerine* présente un malade atteint de la même affection et dont l'histoire est tout analogue (sera publié).

— M. *Balzer* présente un appareil destiné à empêcher la pénétration des poussières dans le poumon après la trachéotomie, par filtration de l'air à travers une ouate antiseptique.

— La séance est levée à cinq heures et quart.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1889. — PRÉSIDENCE DE M. LE DENTU.

Kystes dermoïdes : MM. Masse, Chavasse (Rapporteur : M. Kirmisson ; discussion : MM. Lannelongue, Quénu). — Entérectomie pour hernie étranglée : M. Martinet (Rapporteur : M. Th. Anger). — Extirpation d'anévrysme artério-veineux : M. Trélat (Discussion : M. Reclus). — Désinfection des instruments (Discussion : MM. Terrier, Terrillon, Lucas-Championnière, Périer). — Hyperostose fémorale ; flexion du genou : M. Lannelongue. — Torticolis : M. Kirmisson.

M. *Kirmisson* lit un rapport sur des observations de *kystes dermoïdes* adressées par MM. *Masse* (de Bordeaux) et *Chavasse*. Le premier des faits de M. Masse est relatif à une tumeur sacro-coccygienne qui, chez un jeune homme de vingt ans, devint douloureuse et grosse à la suite d'une chute. L'incision a donné issue à un liquide huileux, mais il n'y a pas eu d'examen histologique de la paroi. Le diagnostic n'est donc pas certain. Il l'est, au contraire, dans la deuxième observation : kyste du cou siégeant entre l'angle de la mâchoire et l'os hyoïde. L'examen histologique a été démonstratif. De même encore, vu l'existence d'un revêtement épithélial pavimenteux et malgré l'absence de poils,

dans l'observation de M. Chavasse. Le kyste était sous-hyoïdien médian.

M. *Lannelongue* fait observer que la présence des poils n'est pas constante dans les kystes dermoïdes. Il considère le cas de M. Chavasse comme un kyste mucoïde, terme préférable, malgré M. Quénu, à celui de kyste dermoïde muqueux, le terme dermoïde impliquant l'idée de peau.

M. *Quénu* persiste à croire qu'on peut sans inconvénient employer le mot derme dans son sens histologique le plus étendu, appelant ainsi la couche sous-épithéliale et de la peau et des muqueuses. On dirait dès lors kyste dermoïde cutané et kyste dermoïde muqueux.

— M. *Th. Anger*. Rapport sur une observation de M. *Martinet : Hernie crurale étranglée depuis quatre jours, anse gangrenée, résection intestinale, guérison*. La plaie extérieure n'a pas été réuni, quoique l'intestin ait été suturé et réduit. Pendant l'opération, en effet, il s'était écoulé un liquide fécaloïde. La guérison fut retardée par deux abcès de la cuisse.

— M. *Trélat* relate une opération d'*extirpation d'un anévrysme artério-veineux poplité*. Le malade va très bien : il se plaint seulement d'un léger œdème du pied lorsqu'il a marché quelque temps (voy. *Gazette*, 1889, p. 62).

M. *Reclus* admet avec M. Trélat que l'extirpation est parfois indiquée. Mais il pense que l'incision peut donner un bon résultat lorsque la poche est molle et peut revenir sur elle-même, comme dans le cas qu'il a opéré avec M. Verneuil.

— M. *Terrier* communique sa statistique pour l'année 1889. Les accidents septiques sont encore en voie de décroissance, ce qui semble tenir, en partie au moins, à l'emploi du stérilisateur de Poupinel. Les instruments sont ainsi portés à 180 degrés.

M. *Terrillon* pense que la stérilisation par l'eau bouillante est suffisante.

M. *Lucas-Championnière* n'a recours à aucun de ces moyens. Il s'en tient aux règles primitives de la méthode antiseptique et n'a pas à s'en plaindre.

M. *Périer* met ses instruments dans le naphthol camphré, les autres antiseptiques ayant l'inconvénient d'altérer les tranchants.

M. *Terrier* reconnaît que la méthode antiseptique ancienne suffit la plupart du temps. Mais la stérilisation des instruments par l'étuve est une bien petite complication, et en pareil cas il vaut mieux pécher par excès que par défaut.

— M. *Lannelongue* a observé un enfant chez lequel, à la suite d'une ostéomyélite, il existait une *flexion du genou par hyperostose fémorale*. Le redressement a été obtenu, sans opération sanglante, par un appareil à extension.

— M. *Kirmisson* rapporte un fait de guérison de *torticolis* par section à ciel ouvert du chef claviculaire du sterno-mastoïdien.

Société anatomique.

SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1889. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

M. *Hartmann* fait une communication sur l'*anatomie du duodénum et les hernies rétro-péritonéales*.

— M. *Poirier* établit expérimentalement la théorie d'un *doigt à ressort articulaire*.

— M. *Nicolle* relate un fait d'*urémie à forme cérébrale* chez une femme atteinte de ramollissement ancien.

— M. *G. Marchant* fait voir un *kyste dentifère du sinus maxillaire* ayant simulé un sarcome.

— M. *Valude* montre une *balle de revolver enchassée dans la sclérotique non perforée*.

— M. *Caussade* présente un *tubercule du mésocéphale* qui a causé de l'hémiplégie alterne et du nystagmus.

Société de biologie.

SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1889. — PRÉSIDENCE DE M. DUCLAUX, VICE-PRÉSIDENT.

De la gestation extra-utérine : M. Lataste. — Rôle des microbes dans certaines fermentations : M. Herzen. — Procédé d'atténuation de la tuberculose : MM. Héricourt et Richet. — Les glandes à venin des poissons : M. Bottard. — Recherche de l'urobiline dans la bile : M. Winter. — Digestion et assimilation de la lactose ; MM. Bourquelot et Troisier. — Sur l'assimilation de la lactose : M. Dastre. — Développement de l'évent chez les cétodontes : M. Pouchet. — Comparaison entre la digitaline, la spartéine et la strophantine : M. Laborde. — Altérations du fond de l'œil dans l'hémiatrophie faciale : M. Kalt. — Élection d'un membre titulaire.

M. *Lataste* a entrepris plusieurs séries d'expériences sur le développement, dans l'abdomen de souris mâles, d'ovules fournis par des femelles fécondées, dans le but de déterminer jusqu'à quel stade le produit de la conception est susceptible de continuer son évolution en dehors de l'utérus. Ces expériences lui ont déjà fourni quelques résultats intéressants au point de vue de la théorie de la gestation extra-utérine.

— M. *Duclaux* dépose une note de M. *Herzen* (de Lausanne) sur le rôle des microbes dans certaines fermentations.

— M. *Ch. Richet* a étudié avec M. *Héricourt* les effets de la transfusion péritonéale du sang de chien sur des lapins préalablement inoculés avec des cultures tuberculeuses. Il paraît y avoir là un procédé d'atténuation de la tuberculose ; car non seulement parmi les animaux transfusés, après inoculation, il en meurt très peu, comparativement au nombre des animaux témoins qui succombent, mais, de plus, les phénomènes mêmes de l'inoculation sont moins graves : le poids des lapins ne baisse pas, leur température n'augmente pas, etc., alors que les témoins maigrissent très rapidement et ont la fièvre.

— M. *Guignard* présente une note de M. *Bottard* (du Havre) sur les glandes à venin des poissons ; l'auteur a étudié avec soin ces glandes dans vingt-cinq ou trente espèces, tant indigènes qu'exotiques.

— M. *Gréhant* dépose une note de M. *Winter*, concernant un procédé de recherche de l'urobiline dans la bile.

— M. *Bourquelot* a recherché avec M. *Troisier* comment s'assimile le sucre de lait. Il rappelle que M. Dastre a montré que ce sucre n'est pas assimilable à l'état naturel. Quel est donc l'agent de sa décomposition en glucose et galactose? Or, on ne peut trouver, et, en fait, on n'a trouvé aucun suc digestif qui décompose la lactose. Étant donnée cette difficulté, MM. Bourquelot et Troisier se sont demandé si on ne pouvait pas résoudre la question par une voie indirecte, par exemple en soumettant au régime lacté un glycosurique, puisqu'on peut admettre qu'un glycosurique digère, mais n'assimile pas le sucre. Or, ils ont vu chez un diabétique que la totalité de la lactose passe dans les urines et, en isolant la matière sucrée trouvée dans les urines, ils ont reconnu que c'est bien du glucose.

— M. *Dastre* rappelle qu'il a étudié depuis 1878 le rôle physiologique de la lactose ; il a trouvé ce sucre dans les urines en petite quantité, et il s'agissait bien d'un sucre non fermentescible. D'autres expériences ont amené leur auteur à penser que c'est le suc intestinal qui transforme la lactose en glucose et galactose, et cependant les chimistes admettent que l'invertine n'agit pas sur le sucre de lait.

— M. *Pouchet* fait une communication sur le développement de l'évent chez les cétodontes ; il a eu l'occasion d'étudier un petit embryon de cachalot ; c'est d'après cet embryon qu'il fait sa description.

— M. *Laborde* montre par un exemple que l'emploi thérapeutique des substances médicamenteuses et toxiques dépend de l'expérimentation physiologique qui peut en fournir toutes les indications ; l'exemple qu'il donne est tiré des efforts comparatifs sur le cœur et sur les vaisseaux de la digitaline et de la strophantine.

— M. *Kalt* a observé un cas d'hémiatrophie faciale avec altérations du fond de l'œil ; il décrit ces altérations. Or l'hémiatrophie est considérée comme une affection dépendant du nerf trijumeau. Les altérations de l'œil dont il s'agit sont donc des troubles trophiques dus à la lésion de ce nerf.

— M. *Netter* est élu membre titulaire de la Société.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Traitement du goitre, par M. Rudolf Tuzebicky. — L'auteur expose la pratique de Mikulicz, dont l'opération, publiée en 1885, a, paraît-il, été mal comprise par quelques auteurs (Wœlfler, Obalinski). Cette opération consiste à mettre à nu un lobe du corps thyroïde par une incision soit médiane, soit parallèle au bord antérieur du sterno-mastoïdien ; à lier les vaisseaux de la corne supérieure, à libérer le lobe avec un instrument mousse, en coupant les vaisseaux entre deux ligatures, à sectionner l'isthme d'abord lié, et enfin à jeter une ligature en masse sur la corne postérieure, de façon à laisser au fond de la plaie environ gros comme une châtaigne de thyroïde. On est bien sûr de ne pas léser ainsi le nerf récurrent ; en fait, cela est démontré par les vingt-trois observations de l'auteur. La ligature en masse n'occasionne aucune nécrose, et la réunion immédiate est la règle. On a objecté qu'il ne restait pas assez de thyroïde pour parer à la cachexie strumiprive si l'opération était bilatérale ; les faits démontrent qu'il n'y a pas ici un seul cas de cachexie. Or sur sept ablations totales, Mikulicz avait enregistré quatre myxœdèmes opératoires. Enfin, la partie restante n'est pas la source d'une récidive. Les malades sont pour la plupart suivis pendant au moins un an. Si l'on ne tient pas compte de ce procédé spécial, Mikulicz a fait en cinq ans quarante-deux opérations pour goitre avec un seul décès. (*Weitere Erfahrungen über die Resection der Kropfes nach Mikulicz*, in *Arch. f. klin. Chir.*, 1888, t. XXXVII, p. 498.)

Amputation interscapulo-thoracique, par M. G. Adelmann. — Ce travail résume en somme le mémoire de M. Berger, auquel il ajoute dix-neuf observations, les unes publiées depuis, les autres antérieures. Deux observations *in extenso* de Poggi et de Reyher terminent cette note. Celle de Reyher est inédite. (*Die operative Entfernung der knöchernen Brustgurtels*, in *Arch. f. klin. Chir.*, 1888, t. XXXVII, p. 681.)

Constriction des mâchoires, par M. Kuester. — Dans ces dernières années, depuis les travaux de Kœnig surtout (1878), on a étudié avec soin la part de l'ankylose temporo-maxillaire parmi les constrictions permanentes des mâchoires. L'arthrite causale est d'origine maxillaire (fracture, ostéomyélites), temporale (otites moyennes suppurées), ou directement articulaire (arthrites infectieuses diverses, arthrite sèche). Dans ces cas, Kœnig a bien fait voir que le vrai traitement consiste dans la résection articulaire. Cela avait d'ailleurs été dit depuis longtemps par Paget, Ch. Heath, Humphry, O. Weber, Bottini, mais la vulgarisation réelle semble ne dater que de ces dernières années. Küster apporte quatre observations. Il y insiste sur l'atrophie du maxillaire ankylosé. On ne saurait pour cela invoquer la seule immobilité, car l'atrophie est ordinairement asymétrique et maximum le plus souvent du côté où la jointure est atteinte. (*Ueber Ankytose der Kiefergetenkes*, in *Arch. f. klin. Chir.*, t. XXXVII, p. 723.)

Pleurésie purulente des enfants, par M. A.-K. Steele. — Le traitement de cette pleurésie est plus efficace que celui de la pleurésie purulente de l'adulte. La ponction aspiratrice répétée peut suffire à la guérison, mais l'incision franche, avec drainage, est le procédé de choix. Il faut parfois, pour bien drainer, pratiquer la résection sous-périostée d'une côte, mais la thoracoplastie n'est indiquée qu'exceptionnellement. (*Surgical treatment of empyema in children*, in *The journ. of the American medical Association*, 1888, t. XI, p. 688.)

Hydrocèle chyleuse ; éléphantiasis du scrotum ; filaire du sang, par M. W.-M. Mastin. — L'observation personnelle de l'auteur a trait à une hydrocèle chyleuse dont le porteur présentait la filaire dans le sang. A ce propos, Mastin étudie l'histoire de la filaire du sang en Amérique. Il montre son lien avec la chylurie, l'éléphantiasis (du scrotum surtout), l'hydrocèle chyleuse. Bibliographie étendue, mais où il n'est pas fait mention du travail de Le Dentu, spécial à ce même point de l'hydrocèle chyleuse. (*The history of the filaria sanguinis hominis*, etc., in *Annals of Surgery*, 1888, t. VIII, p. 321.) A. B.

Travaux à consulter.

Des injections d'acide osmique dans le rhumatisme musculaire, par M. Grinevitski. — Il y a deux ans, le même observateur publiait des cas de guérison de myalgie rhumatismale par les injections sous-cutanées d'acide osmique. Il prescrivait alors trois à six gouttes de la solution au centième de cette substance dans les cas de névralgie. Actuellement, et l'observation qu'il publie justifie cette pratique, il emploie le contenu tout entier d'une seringue de Pravaz de cette même solution ainsi titrée et l'injecte dans l'épaisseur du tissu musculaire, en préférant les doses élevées, parce qu'elles permettent de ne pas multiplier les piqûres et parce que leur action est plus prompte et plus certaine.

Les succès ont été obtenus aussi bien contre le rhumatisme aigu que contre le rhumatisme chronique et après deux injections. Rarement il a été obligé de porter leur nombre jusqu'à six, et de plus, autre avantage, il n'aurait pas observé de récidives. (*Russkaia meditzina*, 1888, n° 28.)

Des injections sous-cutanées de quinine contre la coqueluche, par M. B. Fervers. — Depuis les travaux de Bing en 1888, on a souvent essayé le traitement de cette affection par la quinine, et Ungar (de Bonne) admet, avec le premier de ces observateurs, que ce traitement abrège la durée de la maladie et diminue son intensité.

Cependant, il reconnaît avec son élève, M. Fervers, la difficulté de prescrire des doses élevées de ce médicament, même sous la forme de tannate, qui a été recommandée dans ces derniers temps : c'est pourquoi il adopte la méthode des injections sous-cutanées avec la solution de phénate de quinine dans parties égales d'eau ou de la solution au trois-dixième d'éthylsulfate de quinine. Le seul inconvénient de ce mode d'administration de la quinine serait parfois de provoquer la formation d'abcès ; aussi, on ne doit l'employer que dans les cas où il est impossible d'administrer le médicament par la voie stomacale. (*Jahrb. f. Kinderheil.*, Bd XXVIII, n° 9, 1888.)

Du traitement de la pleurésie par le salicylate de soude et le salol, par M. J. Drzewiecki. — L'année dernière, le journal *Medicyna*, dans ses numéros 45 et 46, publiait une série de cas de pleurésie traités avec succès par le salicylate de soude. Sous l'influence de ce sel, on avait vu la maladie s'atténuer dans les vingt-quatre heures, la douleur diminuer, la température s'abaisser et la diurèse augmenter. Des guérisons complètes étaient ainsi obtenues dans l'espace de deux septénaires.

Encouragé par ces résultats, M. Drzewiecki a essayé le salol dans un cas de pleurésie et conclut favorablement à la substitution du salol au salicylate de soude dans le traitement. Il rappelle les avantages bien connus de ce sel et la tolérance de l'organisme pour ses doses élevées, mais ajoute qu'on n'en obtient d'effets curatifs qu'à la condition de le prescrire aux pleurétiques par larges doses. Au demeurant, cette médication n'est indiquée, est-il besoin de le noter, que contre les pleurésies franchement rhumatismales. (*The N. Y. med. Record*, 15 août 1888.)

Du traitement de la phthisie pulmonaire par la créosote, par M. Van der Veoet. — L'auteur, dans ce mémoire, s'inspire de la pratique de son maître, M. Verstraeten (de Gand), pour recommander quelques préparations de créosote destinées à remplacer l'huile de foie de morue créosotée et à vaincre l'intolérance ou la répugnance des malades.

Il propose l'huile d'amandes douces, additionnée de créosote par parties égales, à la dose de cinq à dix gouttes dans 30 grammes de lait, en répétant cette dose trois à quatre fois chaque jour.

Il formule aussi une mixture contenant 6 grammes de créosote pour 8 grammes de noix vomique, à raison de huit à dix gouttes dans deux cuillerées d'eau sucrée avant les repas. On doit répéter cette dose trois à cinq fois chaque jour.

Cette préparation stimulerait les fonctions digestives, ferait disparaître leurs perturbations et, en même temps, par son action germicide, elle agirait favorablement et rapidement sur les lésions pulmonaires. (*Bull. de la Société de médecine de Gand*, juillet 1888, p. 133.)

De la terpine dans les maladies du poumon, par M. Cammann. — Vingt-cinq cas d'affection des voies respiratoires traitées par la terpine, telle est la statistique que l'auteur produit en faveur de l'emploi de ce médicament, qu'il prescrivait sous la forme pilulaire, à raison de 8 grains par jour. Dix-neuf fois il s'agissait de bronchites, une fois d'emphysème, une fois de pleurésie et quatre fois de tuberculose pulmonaire. Vingt-quatre heures après l'administration du médicament, il observait, sauf dans un cas, une diminution de l'expectoration et de la toux. Dans six cas, la dyspepsie s'atténuait; dans neuf cas, il y avait augmentation quantitative des urines; enfin, quelques malades accusaient une augmentation de l'appétit. Au demeurant, la terpine lui paraît mériter les éloges dont il a été l'objet. (*The N. Y. Record*, 30 juin 1888.)

Des fumigations mercurielles dans la diphthérie laryngée, par M. Corbin. — Le procédé que l'auteur recommande est le suivant. On dispose dans la chambre à coucher de l'enfant une sorte de tente sous laquelle on peut faire séjourner ce dernier. Puis on volatilise, au moyen de la chaleur d'une lampe à alcool, une dose de 3 à 4 grammes d'oxyde noir de mercure, et on fait demeurer le malade pendant vingt minutes dans cette atmosphère chargée de vapeurs mercurielles. Ces vaporisations sont répétées toutes les deux heures. M. Corbin déclare en avoir obtenu des résultats fort heureux et n'avoir noté, sous l'influence de cette médication, ni diarrhée, ni salivation. (*Rev. mens. des malad. de l'enfance*, août 1888.)

Du traitement des ulcérations tuberculeuses par l'acide salicylique, par M. P. Henrijean. — Les trois observations qui font l'objet de cette note sont celles d'ulcérations tuberculeuses du visage que la pusillanimité des malades empêchait de traiter par raclage. M. Henrijean fit usage de l'emplâtre salicylique et obtint la guérison dans l'espace de deux à trois semaines.

Le pansement était pratiqué au moyen de languettes d'un emplâtre titré à 20 pour 100 de la substance antiseptique, que l'on recouvrait d'une couche de bandelettes d'un emplâtre à l'oxyde de zinc pour réaliser une occlusion plus parfaite des plaies ulcéreuses. (*Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, août et sept. 1888, p. 53.)

De l'emploi du calomel a hautes doses dans la pneumonie, par M. le docteur J. Mc Manns. — Le traitement proposé par l'auteur consiste à faire ingérer une dose massive de 30 à 60 grammes de calomel avant le troisième jour de la maladie. Plus tard on peut prescrire une dose moins élevée. M. Mc Manns prétend provoquer ainsi une crise favorable, caractérisée par la diminution de fréquence du pouls, l'abaissement de la température, la régularisation du rythme respiratoire et l'abolition de la douleur de côté. Sous cette influence, il ne redoute pas les troubles gastro-intestinaux, « qui consistent seulement, ajoute-t-il, dans l'augmentation temporaire des selles ». (*The New-York med. Record*, 8 sept. 1888, p. 260.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité pratique d'antisepsie appliquée à la thérapeutique et à l'hygiène (*médecine, chirurgie, obstétrique*), par MM. les docteurs Legendre, Barette, Lepage. 3e *partie:* Antisepsie chirurgicale par M. le docteur Barette; 4e *partie:* Antisepsie obstétricale, par M. le docteur Lepage (1 vol. de 500 pages). Paris, 1888. G. Steinheil.

Ce livre est le second volume du traité d'antisepsie appliquée à la thérapeutique et à l'hygième, dont nous avons fait connaître précédemment le plan général, et la partie consacrée à l'antisepsie médicale par le docteur Legendre.

Cette analyse nous permettra d'être plus bref aujourd'hui en signalant au public médical le volume qui vient compléter l'ensemble de l'ouvrage. D'ailleurs, sans vouloir diminuer le mérite qu'ont eu MM. Barette et Lepage à composer un second volume digne en tous points du premier, nous ne pouvons nous dispenser de faire remarquer que leur tâche était évidemment moins lourde, les progrès de l'antisepsie en chirurgie et en obstétrique étant établis depuis plus longtemps, sur des bases mieux connues et plus solides. Quoi qu'il en soit, nous n'avons à leur adresser que des félicitations pour l'excellente monographie qu'ils ont composée et dans laquelle se trouvent réunis tous les préceptes de la méthode antiseptique à laquelle la chirurgie et l'obstétrique sont redevables des brillants succès que nous enregistrons chaque jour.

Après un intéressant préambule consacré aux principes fondamentaux de l'antisepsie chirurgicale, M. Barette étudie les procédés d'antisepsie physique et d'antisepsie chimique: parmi les premiers se rangent l'emploi de la chaleur, l'étuvage, le flambage, le pansement à l'abri de l'air, le drainage, la suture des plaies, la compression, etc.; les seconds comprennent l'usage des substances microbicides, le spray, les pansements humides, ou les pansements secs. Mais la plupart de ces substances antiseptiques sont toxiques et l'auteur passe en revue les accidents locaux ou les phénomènes d'empoisonnement qui peuvent être la conséquence de leur emploi intempestif ou mal dirigé.

Passant ensuite à l'application des préceptes généraux, il décrit successivement le pansement des plaies exposées ou des plaies cavitaires, la mise en pratique de l'antisepsie dans les affections des tissus et des systèmes, dans les

grandes blessures par armes à feu, dans les grandes opérations sur les membres, dans la chirurgie du crâne et de la face, du tronc, de l'abdomen et de l'appareil génito-urinaire. Signalons à ce propos les intéressants chapitres qui ont trait à la gynécologie opératoire, cette branche trop longtemps délaissée chez nous de la chirurgie, mais dont les récents progrès ont été considérables grâce à l'emploi judicieux de la méthode antiseptique rigoureuse.

Enfin, M. Barette fait, à juste titre, de minutieuses recommandations au sujet de l'hygiène du malade, de l'opérateur, des locaux et de la literie, insistant comme il convient sur la désinfection rigoureuse des instruments et des mains du chirurgien ou de ses aides. C'est, en effet, trop souvent l'opérateur ou ceux qui l'assistent qui apportent l'agent septique et le déposent dans la plaie : négliger sur ce point spécial la moindre précaution pouvant compromettre l'asepsie absolue serait commettre une lourde faute, engageant gravement la responsabilité professionnelle.

Nous retrouvons les mêmes préceptes et des règles pratiques tout analogues dans les chapitres dus à la plume de M. Lepage et relatifs à l'antisepsie en obstétrique. L'accouchée est une blessée, n'eût-elle que la plaie placentaire ; à plus forte raison lorsqu'il vient s'y ajouter quelque déchirure du col, du vagin ou de la valve. Elle est exposée à des souillures au moment de la parturition, à l'introduction des germes par les interventions opératoires, par le simple toucher vaginal; elle est en imminence d'infection par suite de l'involution puerpérale elle-même. Enfin multiples sont les causes accidentelles qui peuvent amener la contamination, soit à l'occasion de l'accouchement normal et de la délivrance, soit au moment de l'avortement, de l'accouchement prématuré artificiel, etc.

Antisepsie et hygiène minutieuse pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et durant les suites de couches, tel est le but auquel doivent tendre tous les efforts de l'accoucheur. Enfin, antisepsie thérapeutique intensive, persévérante, lorsqu'on assiste à des accidents puerpéraux septicémiques, telle est la règle à suivre et grâce à laquelle bien des femmes échapperont encore à une mort menaçante.

Nous conseillons aux praticiens la lecture attentive des chapitres consacrés à l'antisepsie du nouveau-né, à l'antisepsie et à l'hygiène de l'allaitement, et aux préceptes qui doivent présider à la construction, à la direction et à l'entretien des maternités. Nous ne saurions insister davantage, mais nous tenons à rappeler, en terminant, combien les statistiques sont encourageantes, puisqu'elles nous montrent que les épidémies de fièvre puerpérale, que cette effroyable mortalité des femmes en couches ont disparu depuis que l'on a mis en œuvre les procédés de la méthode antiseptique.

André Petit.

La circonvolution de Broca, Étude de morphologie cérébrale, par M. Georges Hervé. — Paris, 1888, Lecrosnier et Babé.

Il y a quelques semaines seulement, au Congrès de Glasgow, le docteur Mac-Ewen, dans une communication des plus intéressantes sur la chirurgie cérébrale, proclamait Broca le premier des localisateurs, et montrait quelle avait été l'importance de la découverte du savant français. Nous ne pouvons donc qu'applaudir à l'idée qu'a eue le docteur Hervé en écrivant une monographie sur la *Broca's Circonvolution*, comme l'appellent nos voisins.

En ce point limité du cerveau réside, pour Broca, la faculté particulière d'exprimer les idées par l'articulation des mots; en un mot, la faculté coordinatrice du langage articulé. Dans cette circonvolution siège une faculté, c'est-à-dire une fonction nerveuse de nature supérieure, mais inséparable de la matière en laquelle gît sa cause efficiente. Comme toute faculté a une mémoire propre, non solidaire des mémoires adjointes aux autres facultés, on peut dire que la troisième circonvolution est l'organe de cette mémoire, qui n'est autre que la mémoire du mécanisme compliqué de l'articulation. Plus tard, Charcot attribue à la troisième frontale la *garde de la mémoire motrice des mots*. Enfin, il montre que la fonction du langage n'est pas une, et qu'elle représente la collaboration de plusieurs sens et de plusieurs centres cérébraux à la fois solidaires et indépendants.

M. Hervé tente une étude morphologique de la circonvolution de Broca, il veut montrer son autonomie, montrer qu'elle est indépendante au point de vue circulatoire, comme au point de vue de la fonction, comme au point de vue anatomique, puisque Betz a prouvé que les cellules de la circonvolution de Broca ont une structure spéciale.

Transformiste convaincu, M. Hervé va chercher, dans les espèces inférieures, l'ébauche de la circonvolution, siège du langage articulé. Mais, avant de se livrer à cette étude, il veut examiner la circonvolution de Broca chez l'homme d'après le cerveau schématique, s'appuyant sur cette règle immuable de la morphologie : la description du type précède celle des variétés.

La découverte de la troisième circonvolution frontale remonte aux travaux de Gratiolet (1854), qui en fait un organe cérébral distinct et indépendant. Broca, en 1861, admet l'existence de centres nerveux indépendants.

Malgré la ruine de l'école phrénologique, il affirme l'autonomie du langage articulé et du centre qui y préside.

Nous ne pouvons qu'admirer la précision descriptive dont fait preuve M. Hervé. Dans cette minutieuse description de la circonvolution, nous relevons le point qui, pour Broca, représentait le siège de la mémoire motrice des mots.

Ce centre se trouve inscrit dans un espace quadrilatère haut de 3 à 4 centimètres, large de 25 à 35 millimètres, compris entre la branche ascendante de la scissure de Sylvius, la scissure de Rolando, le deuxième sillon frontal et la scissure de Sylvius. C'est en langage courant le pied de la troisième circonvolution. Ce pied, qui s'appuie sur l'extrémité inférieure de la frontale ascendante et, naturellement, de la pariétale ascendante, explique, quand la lésion qui l'atteint diffuse un peu, de l'aphémie d'abord, une monoplégie associée de la face ensuite.

Après avoir décrit la circonvolution, Hervé montre qu'elle se termine très en avant, sur le lobe orbitaire, en un point qu'on appelle le *pôle frontal*.

L'auteur nous montre ensuite les connexions de la troisième circonvolution frontale avec le lobule de l'insula, la troisième temporale, l'extrémité antérieure du centre ovale (faisceau pédiculo-frontal de Charcot et Pitres, de Boyer, Brissaud, etc.).

Après un long chapitre, consacré aux primates, Hervé conclut que le type cérébral primitif desdits primates est un type à deux et non à trois étages frontaux. La circonvolution de Broca n'apparaît que chez les anthropoïdes; elle se forme par dédoublement du deuxième étage frontal primitif. Conclusion : Cette circonvolution constitue, chez les anthropoïdes et chez l'homme, une quatrième circonvolution frontale.

L'étude du développement de la région sylvienne est faite magistralement. Nous connaissons peu de traités d'embryologie où les choses soient exposées d'une façon plus claire et plus précise. On peut suivre pas à pas, chez le fœtus humain, le développement de la circonvolution de Broca.

De toutes les circonvolutions du cerveau, la circonvolution de Broca est celle qui échappe le plus complètement aux influences somatiques, et qui se trouve le plus intimement liée à la fonction spéciale dont elle est l'instrument.

Manouvrier, qui a fait de longues recherches sur l'indépendance relative des circonvolutions frontales et de la troisième frontale en particulier, par rapport à la taille, a apporté de nombreux faits à l'appui de cette affirmation.

Ce point admis, Hervé nous montre, chez des sourds-muets, des atrophies (Broca, Broadbent, Rudinger) atteignant en partie ou en totalité la troisième circonvolution frontale, ou bien les communications qui existent entre l'insula, la première temporale (centre auditif) et le centre du langage articulé.

Il en est de même pour les idiots, bien que l'idiotie ne constitue pas, anatomiquement parlant, un *groupe un...* Chez des microcéphales, on a constaté l'absence de la branche antérieure de Sylvius et de la circonvolution de Broca. Il est bon de savoir que, si tous les gens qui n'ont pas de circonvolution de Broca parlent peu ou mal, la réciproque n'est pas vraie. Bien des individus parlant mal avaient une troisième frontale intacte.

Les imbéciles ont leur troisième frontale présente. On se rappelle que, chez eux, tout est faiblement développé, mais que rien ne manque.

Les criminels ne présentent pas d'anomalies de disposition dignes d'être signalées. Pour ce qui est des races dites inférieures, on ne trouve rien de bien caractéristique.

Enfin, pour terminer cette analyse, disons que, d'après Hervé, chez les *intellectuels* (Gratiolet), le volume, le plissement en un mot, la complexité morphologique de la circonvolution est toujours proportionnelle à sa puissance.

Il est donc hors de doute qu'il existe un rapport entre le développement de la fonction et celui de l'organe chargé de desservir cette fonction. Ce fait, admis pour une des localisations les plus importantes, ne peut-il pas être étendu à toutes les autres?

Paul Berbez.

Sur une forme végétante et atrophique de pemphigus iodique, par M. Hallopeau.

Observation d'un très grand intérêt, unique dans la littérature médicale, et où l'auteur a montré une grande sagacité clinique. Il s'agit d'un malade qui portait à la face et sur les membres supérieurs surtout des dépressions cicatricielles que surmontent ou entourent des croûtes et des végétations condylomateuses. Le nez est très déformé par une cicatrice dont l'aspect est comme vernissé. La cornée gauche est staphylomateuse et en partie transformée en une cicatrice opaque et vasculaire ayant amené une cécité presque complète. Toutes ces lésions sont d'origine récente, selon le malade, et ont succédé à une éruption bulleuse.

Comme il a eu il y a vingt ans un chancre induré, faut-il le regarder comme une manifestation anormale de la syphilis? Faut-il les considérer comme produites par un lupus ancien? Ou bien a-t-on affaire à un pemphigus végétant de Neumann?

En raison de la syphilis ancienne, on lit prendre au malade 1 gramme d'iodure de potassium par jour. Quatre jours après, se produisit, avec une fièvre intense, une éruption de bulles, suivies de croûtes et de cicatrices. A six reprises, l'administration de l'iodure de potassium fut suivie, à bref délai (2 ou 3 jours) des mêmes phénomènes, et de plus, sur des bulles récentes, on constata le développement de végétations semblables aux premières. Il fut donc hors de doute que bulles, cicatrices, végétations étaient produites par la même cause, le médicament.

Cette observation montre que l'iodisme comme le mercurialisme peut donner lieu à des accidents graves, et que les éruptions iodiques peuvent laisser des cicatrices indélébiles et amener la cécité. L'action pathogénétique de l'iodure de potassium ne s'exerce qu'à courte échéance, mais l'idiosyncrasie, comme chez le malade observé, peut ne se développer que tardivement, car l'enquête faite à son sujet a prouvé que pendant de longues années il avait fait abus de l'iodure de potassium.

(*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1888.)

Psoriasis et arthropathies, par M. Bourdillon.

L'auteur a fait, dans sa thèse inaugurale, une étude intéressante de ce point de pathologie. La rencontre du psoriasis avec des troubles articulaires est assez fréquente; le plus souvent la dermatose précède l'arthropathie, et cette complication s'observe principalement chez les névropathes. Sous l'influence d'une cause accidentelle, telle qu'un refroidissement, on voit apparaître chez les sujets atteints de psoriasis, des névralgies, des douleurs musculaires, des troubles articulaires, depuis la simple arthralgie jusqu'aux arthropathies proprement dites. Ces arthropathies sont quelquefois généralisées et envahissent un grand nombre de jointures — les petites articulations surtout — avec rougeur, gonflement et état fébrile. Les poussées se succèdent ensuite plus ou moins nombreuses. Quand les arthropathies sont localisées à un petit nombre de jointures, l'élément fluxionnaire semble céder la place à l'élément douleur.

Quelquefois des ostéophytes se produisent autour des articulations; des brides fibreuses surviennent et quelquefois de véritables ankyloses s'établissent. Il est remarquable de constater qu'il n'y a ordinairement pas de complications cardiaques. Le psoriasis ne présente aucun caractère particulier permettant de prévoir des troubles articulaires. Il paraît être de nature trophonévrotique et non parasitaire; c'est à cette origine nerveuse qu'il faut également rapporter les troubles du côté des articulations. L'emploi de bains prolongés (de quatre à douze heures) à 35 degrés, recommandés par M. Besnier, constitue le moyen le plus puissant contre les déterminations cutanées et articulaires.

VARIÉTÉS

Création d'un laboratoire de physiologie pathologique à l'École des hautes études, dirigé par M. le docteur François-Franck.

C'est avec la plus vive satisfaction que tous ceux qui s'intéressent aux progrès de la science française apprendront la création de ce nouveau laboratoire. La physiologie pathologique est née en France. C'est dans notre pays qu'elle a compté ses plus illustres représentants : Magendie, Claude Bernard, Vulpian, pour ne parler que de ceux qui sont morts.

Elle doit être considérée comme la base scientifique de la médecine, et, à une époque où les incessants et légitimes progrès de la microbiologie la menacent d'une concurrence redoutable, il importait de lui maintenir une place dans l'enseignement officiel.

Or, à la Faculté de médecine, la physiologie pathologique ne peut être enseignée sans que la préoccupation d'en déduire immédiatement des applications pratiques ne vienne en arrêter l'essor. Plus libre de se consacrer à la science pure, le professeur du Collège de France peut étudier les questions de ce genre à un point de vue plus élevé, plus général. C'est ce qu'a bien compris le Directeur de l'enseignement supérieur lorsque, cédant aux sollicitations de savants qui s'appelaient Marey, Brown-Séquard, Charcot, Potain, etc., etc., il se décida à instituer un nouveau laboratoire à l'École des hautes études, en le rattachant à la chaire d'Histoire naturelle des corps organisés du Collège de France, chaire dont M. Marey est le titulaire et M. François-Franck le suppléant. Pour diriger ce nouveau laboratoire, il fallait non seulement un physiologiste érudit, bien au courant de toutes les recherches modernes, un expérimentateur habile et exercé; il fallait encore et surtout un médecin ayant beaucoup vu, ayant bien vu, pouvant discuter avec sagacité les problèmes que l'observation médicale vient poser à la physiologie. Toutes ces expériences acquises, toutes ces qualités médicales, M. Liard les a trouvées réunies chez notre ami et collaborateur M. François-Franck. Il nous sera permis, après les maîtres éminents qui ont provoqué sa nomi-

nation, de signaler celle-ci comme un juste hommage rendu à des travaux estimés de tous, à des services universitaires des plus méritoires.

Concours d'agrégation de médecine. — Ce concours s'est terminé par les nominations suivantes:
Faculté de Paris: MM. Chantemesse, Marie, Gilbert, Letulle, Netter.
Faculté de Bordeaux: M. Ménard.
Faculté de Lille: M. Combemale.
Faculté de Lyon: M. Roque.
Faculté de Montpellier: M. Sarda.

Faculté de médecine de Paris. — Les cours et les conférences de la Faculté de médecine de Paris seront suspendus le lundi 4 et le mardi 5 mars. Ils reprendront le mercredi 6.

Faculté de médecine de Lille. — Par arrêté ministériel, en date du 21 février 1889, un concours s'ouvrira le 5 novembre 1889, à la Faculté de médecine de Lille, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École de médecine d'Amiens.

École de médecine d'Alger. — M. le professeur Texier est nommé directeur de l'École.

Corps de santé militaire. — Ont été nommés:
Au grade de médecin principal de deuxième classe: M. Viry, sous-directeur de l'École de Lyon.
Au grade de médecin-major de première classe: MM. Boilard, Vautrin et Gerbault.
Au grade de médecin-major de deuxième classe: MM. Desprez, Ferra, Cassel, Bernard.

Corps de santé de la marine. — A été nommé médecin de 2e classe, M. Lardy, médecin auxiliaire.

Asile Sainte-Anne. — A la suite du concours ouvert à l'asile Sainte-Anne, le 10 décembre 1888, sont nommés dans les asiles publics d'aliénés de la Seine:
1° *Internes titulaires en médecine:* MM. Roubinowitch, Béchet, Berbez, Rieder, Maric, Bliu, Bernard et Ravé;
2° *Internes provisoires en médecine:* MM. Guérin, Vigouroux, Barazer et Targowla.

Prix de la Société médico-psychologique proposés pour 1890. — *Prix Aubanel* (2400 francs). — Question: *Des difficultés du diagnostic différentiel de la paralysie générale avec les diverses formes de la folie.*
Prix Belhomme (1000 francs). — Question: *De l'état mental et du délire chez les idiots et les imbéciles.*
Prix Esquirol. — Ce prix, de la valeur de 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.
Prix Moreau (de Tours). — Ce prix, de la valeur de 200 francs, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 18*8 et 1889 dans les Facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale et nerveuse.
Nota. — Les mémoires manuscrits ou imprimés, ainsi que les thèses, devront être déposés le 31 décembre 1889, chez M. le docteur Ant. Ritti, médecin de la maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société. Les mémoires manuscrits seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 8 mars). — *Ordre du jour:* Discussion sur le mode de transmission des maladies infectieuses dans les hôpitaux d'enfants, et des mesures à prendre pour éviter la contagion. — M. Comby: De la transmission des maladies par les consultations externes. — M. de Beurmann: Un cas de mort par tétanie dans le cours d'une dilatation de l'estomac. — M. Huchard: Sur un nouveau syndrome des maladies du cœur: l'embryocardie. — M. Hayem: Hémoglobinurie. — M. Gérin-Roze: Note sur un cas de rage inutilement traité par les inoculations à l'institut Pasteur.

Souscription Duchenne (de Boulogne).

Sixième liste.

		fr.	c.
MM. les Drs	Danion	50 fr.	»
	L. Labbé	40	»
	Ch. Mauriac	20	»
	Guermonprez (de Lille)	10	»
	Bernhardt (de Berlin), 10 marcks.	12	34
	Kirmisson	20	»
M. le Dr	Clermont avait souscrit 50 francs et a été par erreur porté comme n'ayant versé que 20 francs, reste donc	30	»
	Total	182	34
	Montant des listes précédentes.	2705 fr.	»
	Total général	2887	34

Nécrologie. — La Faculté de médecine de Lyon vient de perdre l'un de ses maîtres les plus estimés, le corps médical français l'un de ceux qui ont le plus honoré notre profession. Le professeur B. Teissier avait depuis plusieurs années demandé l'honorariat et la cruelle maladie à laquelle il vient de succomber l'avait contraint de cesser ses fonctions de médecin d'hôpital. Mais nul de ceux qui ont suivi son enseignement ou qui ont eu recours à ses soins si éclairés et si dévoués n'oubliera jamais les services éminents qu'il a rendus à la science et à la pratique médicales. Ils s'associeront tous au deuil de son fils, le professeur J. Teissier.

M. B. Teissier était associé national de l'Académie de médecine, professeur honoraire de la Faculté de Lyon, président de l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de cette ville.

— Le professeur Moitessier qui vient de mourir à Montpellier à l'âge de cinquante-six ans et après quelques jours de maladie était, lui aussi, une intelligence d'élite, un caractère droit et ferme, un savant laborieux et modeste, dont la vie a été pure de toute défaillance. Docteur ès sciences et docteur en médecine, successivement professeur à Clermont, à Cluny, enfin à Montpellier, ancien doyen de la Faculté de médecine et membre du Conseil supérieur de l'instruction publique, Moitessier a mérité par son travail infatigable les succès de son enseignement et sa probité scientifique les hautes distinctions qu'il avait obtenues. Sur sa tombe son collègue et ami le professeur Engel a rendu à sa mémoire un hommage éloquent et mérité.

— M. le docteur Antoine Mougeot est décédé à Bruyères (Vosges) à l'âge de soixante-quatorze ans. Mycologue distingué, praticien très répandu, le docteur Mougeot était chevalier de la Légion d'honneur et ancien président du Conseil général des Vosges. On annonce aussi la mort de MM. les docteurs Claude (de Nomény), Jacques (de Sains), Masseloux (de Clussais), Pascaret, élève du service de santé militaire; Régnier (de Blaye), Simon (de Caen), Truchot (de Lyon), Gontran (de Viviers), Hamel (de Nogent-le-Rotrou), Connétable (de Pierrefonds), Peytral (médecin militaire en retraite).

Mortalité a Paris (7e semaine, du 10 au 16 février 1889. — Population: 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 17. — Variole, 1. — Rougeole, 35. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 10. — Diphthérie, croup, 41. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 198. — Autres tuberculoses, 26. — Tumeurs: cancéreuses, 42; autres, 9. — Méningite, 42. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 38. — Paralysie, 15. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 58. — Bronchite aiguë, 21. — Bronchite chronique, 49. — Broncho-pneumonie, 33. — Pneumonie, 56. — Gastro-entérite: sein, 8; biberon, 38. — Autres diarrhées, 3. — Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 26. — Sénilité, 40. — Suicides, 15. — Autres morts violentes, 8. — Autres causes de mort, 188. — Causes inconnues, 8. — Total: 1037.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

18512 *bis.* — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

BULLETIN

Paris, 6 mars 1889.

Académie de médecine : **Décès de M. Legouest.** — *Académie des sciences :* **Propriétés virulentes et vaccinales des microbes pathogènes. — Service départemental de la vaccine dans le Gard.**

Après avoir annoncé à ses collègues la mort de M. Legouest, M. le Président de l'Académie de médecine a levé la séance en signe de deuil. M. Maurice Perrin ne pouvait, à cette occasion, que rappeler en quelques mots que nous reproduisons plus loin (p. 160) les services éminents de l'ancien professeur du Val-de-Grâce, de l'ancien inspecteur général du service de santé de l'armée. M. Legouest a, en effet, exprimé le désir formel qu'aucun discours ne fût prononcé sur sa tombe. Mais nous devons à sa mémoire l'hommage de la respectueuse estime et de la gratitude que lui gardent tous ses anciens élèves. Aussi avons-nous demandé à l'un de ceux qu'il avait le plus aimé de résumer (voy. p. 163) les titres scientifiques de notre regretté maître.

— En commentant dans notre précédent numéro (p. 133) la première communication faite à l'*Académie des sciences* par M. Chauveau, nous avions cru comprendre que le savant académicien se ralliait à la doctrine que défend M. Bouchard et considérait dès lors les propriétés *virulentes* et *vaccinales* des microbes pathogènes comme dues à la sécrétion de produits différents. Cette doctrine n'est-elle pas séduisante, en effet ? La plupart des nouvelles recherches ne tendent-elles point à démontrer que la propriété virulente dépend non seulement de la présence d'un microbe morphologiquement déterminé, mais avant tout et surtout des matières sécrétées par cet agent infectieux ? La méthode dite de l'atténuation des virus ne semble-t-elle pas de nature à prouver que l'on peut arrêter la sécrétion de ces matières virulentes, c'est-à-dire rendre le microbe infécond ? Et, dès l'instant que ce microbe non virulent continue à conférer l'immunité, n'est-il point assez naturel de supposer qu'il secrète un produit nouveau, c'est-à-dire un vaccin, différent du virus, mais capable d'enrayer ultérieurement l'action nocive qu'exercerait celui-ci s'il était injecté avant toute inoculation vaccinale?

Telle n'est point cependant la conclusion à laquelle arrive M. Chauveau. Ses expériences lui ont prouvé qu'il est possible d'obtenir avec certains microbes pathogènes, doués de toute leur virulence mais inoculés en très petite quantité, les mêmes effets, bénins au point de vue infectieux, très actifs au point de vue vaccinal, que ceux obtenus avec les mêmes microbes préalablement atténués. S'il est facile de comprendre que l'atténuation rende le microbe impropre à fabriquer la matière virulente en proportion suffisante pour produire l'infection, tout en le laissant apte à sécréter la matière vaccinale en quantité considérable, on ne peut, selon M. Chauveau, expliquer par là l'inocuité de l'inoculation d'un petit nombre de microbes et, en même temps, l'immunité vaccinale due à cette inoculation. Ou du moins ces expériences ne peuvent être comprises que si l'on considère la vaccination comme exclusivement due à la sécrétion en très petites proportions de la matière virulente. La matière vaccinale ne serait donc plus une sécrétion distincte de la matière virulente. « La propriété vaccinale, dit en effet M. Chauveau, peut agir à tous les degrés ; il n'y a pas de limites pour ainsi dire à son action minima ; la propriété infectieuse, au contraire, doit être très développée pour déterminer soit une maladie accessible à nos moyens d'explorations soit la mort. »

Nous n'avons pas à discuter ici les opinions émises par des savants dont l'autorité en microbiologie est indiscutée. Il nous sera permis cependant d'affirmer une fois de plus que ces problèmes de physiologie pathologique générale sont loin d'être résolus. Ce qui jadis caractérisait le *virus*, c'était précisément son extrême activité indépendante de la quantité de la matière inoculée. La rapidité avec laquelle agissent les microbes du choléra, de la fièvre jaune, du typhus, etc., etc., semble bien encore démontrer que, dans certains cas, alors que les recherches les plus minutieuses ne découvrent point les microbes infectieux ou n'en rencontrent qu'un très petit nombre, la mort se trouve amenée par une sorte d'intoxication aiguë analogue à celle que déterminent les poisons chimiques. D'autre part, il est non moins difficile d'admettre que, dans un milieu favorable, les microbes inoculés — en si petit nombre qu'on le suppose — ne puissent se multiplier et déterminer dès lors une maladie infectieuse. La doctrine qui tend à admettre que la

matière vaccinale diffère de la matière virulente reste donc très séduisante. L'exemple de la vaccine comparée à la variole paraît la confirmer. Attendons dès lors de nouvelles expériences pour nous éclairer définitivement à cet égard et applaudissons surtout à celles que vient de faire connaître M. Chauveau (voy. p. 159) et qui montrent que l'on peut par des expériences physico-chimiques successivement retirer et redonner la propriété virulente à des microbes pathogènes qui, par conséquent, restent, non seulement au point de vue morphologique, mais surtout au point de vue de leur organisation et de leur vie, toujours semblables à eux-mêmes.

— On sait que des efforts sont tentés de tous côtés pour étendre la pratique de la vaccination; nous avons eu maintes fois l'occasion d'en parler à cette place. En France, l'armée possède aujourd'hui un service de vaccination des plus complets, dans tous les corps d'armée; mais pour la population civile, il est loin d'en être ainsi. Malgré les appels réitérés de l'Académie de médecine et des Sociétés d'hygiène, le Parlement et les conseils généraux des départements ont souvent assez mal accueilli les propositions qui leur ont été faites à cet effet. Cependant les instituts vaccinaux commencent à se multiplier et le jour ne tardera peut-être pas où cette excellente mesure pourra être, grâce à eux, assez généralisée pour ne laisser en dehors d'elle qu'une faible partie de la population. A ce titre l'initiative prise par M. Grimanelli, préfet du Gard, nous paraît digne des plus grands encouragements; car l'organisation administrative qu'il vient de créer pour assurer le service gratuit de la vaccine dans son département tient compte, dans la mesure légitime, de tous les intérêts en cause, ainsi qu'il est facile d'en juger d'après les renseignements suivants qu'il nous a été donné de recueillir.

M. le préfet du Gard a institué dans ce département, à partir de cette année et après s'être éclairé des avis du Conseil central d'hygiène publique et de salubrité, un service gratuit de vaccination et de revaccination par vaccin de génisse. Ce sont les médecins inspecteurs des enfants du premier âge qui sont chargés de ce service pour les communes, à de rares exceptions près, de leurs circonscriptions respectives. Les conseils municipaux de la très grande majorité des communes du département ont d'ores et déjà voté au budget de 1889 les ressources nécessaires, d'après les bases suivantes : 0 fr. 50 par vaccination ou revaccination ; indemnité de parcours calculée à raison de 1 franc par kilomètre de distance de la résidence du médecin inspecteur à la commune intéressée. Quant au prix du vaccin, qui est fourni par l'Institut vaccinal de Marseille, il est payé sur un crédit ouvert au budget départemental pour la propagation de la vaccine.

Tous les ans, au printemps et en automne, ainsi qu'au moment de chaque éclosion d'épidémie variolique, les maires sont tenus d'avertir le public, par voie d'affiches, de la nécessité de faire vacciner les nouveau-nés et de revacciner les personnes qui n'aurait pas subi cette opération depuis sept à huit ans; ils provoqueront de la part des médecins l'indication approximative du nombre des personnes à vacciner et en informeront la préfecture qui fera venir de l'Institut vaccinal de Marseille ou de Montpellier la quantité de vaccin nécessaire; le public sera prévenu des jours, de l'heure et du local où aura lieu la séance de vaccination gratuite.

L'effet de préservation de la vaccine ne durant qu'une huitaine d'années, ce sera donc le 1/8 de la population qui devra être vacciné chaque année. Si, au lieu de prendre le 1/8 pour base de l'évaluation du nombre des personnes à vacciner, on abaisse la proportion jusqu'à 1/10, c'est-à-dire jusqu'au minimum, on voit que, dans cette organisation, pour une commune de 1000 habitants, par exemple, éloignée de 10 kilomètres de la résidence du médecin vaccinateur, celui-ci recevra d'abord 10 francs d'indemnité de déplacement, plus 50 francs de rétribution pour le 1/10 de 1000 ou 100 × 0 fr. 50, soit au total 60 francs.

THÉRAPEUTIQUE

Des indications de l'antisepsie dans la pneumonie.

Existe-t-il une médication antiseptique de la pneumonie? Quelle est-elle? Que vaut-elle? Ces trois questions intéressent le thérapeute désireux d'utiliser les travaux modernes sur la pathogénie de cette affection.

I

Tout récemment encore, il était d'argumentation banale et de critique commode, d'énumérer les vicissitudes des idées médicales sur la nature et le traitement de la pneumonie.

On l'a bien souvent écrit, et, hier même, un auteur que l'on dit classique le répétait une fois de plus : « la thérapeutique courante aime à se mettre d'accord avec les opinions régnantes ». Telle théorie, telle médication.

Vraiment, formuler cette remarque, est faire un effort d'érudition des plus modestes; ne consiste-t-elle pas à répéter à des gens qui ne l'ignorent pas, que Bouillaud saignait coup sur coup les pneumoniques; que Broussais était plus sanguinaire encore; que Grisolle aimait l'émétique et que Béhier prescrivait volontiers l'alcool? C'est banal.

On ajoute, suivant l'usage, que, plus avisés, d'autres médecins préfèrent l'expectation : *Quid in pneumonia? Expectatio simplex :* c'est une formule! Ils attendent; l'affection suit son cours. Ne faut-il pas qu'elle se termine? Il s'agit d'une maladie cyclique. Et bien des fois, on doit l'avouer, l'expectation réussit, et la pneumonie guérit.

Elle guérit, soit; mais c'est bien là une *medicatio pigrorum.*

Naguère cette méthode s'excusait par l'incertitude des cliniciens sur la nature de la maladie : dans le doute on s'abstenait. Autre temps, autre thérapeutique; et aujourd'hui, fût-elle bien armée, comme Hippocrate la voulait, l'expectation ne peut plus rester le dernier mot de la médecine, contre la pneumonie.

En effet, voici que l'on s'entend volontiers sur son origine microbienne. Eberth, Fraenkel, Sternberg, Sanger, Weischelbaum, Netter, Talamon, Koch, Matricy, Salvioli et Zasteim, ont fait connaître la morphologie de son microbe. Ils l'ont trouvé dans l'exsudat alvéolaire des pneumoniques, dans les capillaires de leurs poumons, dans les crachats qu'ils expectorent : ils l'ont trouvé dans leurs reins et peut-être ailleurs encore. On l'a cultivé, puis avec le produit de ces cultures fertiles, Afanassiew et d'autres ont provoqué des pneumonies expérimentales. Bref, la pneumonie franche a perdu le rang élevé qu'on lui donnait dans la hiérarchie des phlegmasies. Elle est devenue une inflam-

mation spécifique ou plutôt une maladie infectieuse. Dès lors pourquoi la soustraire indéfiniment aux lois de la médication parasiticide?

Il est vrai que, malgré ces découvertes, le débat n'est pas encore clos : il reste à déterminer les conditions de l'organisme qui favorisent le développpement et la pullulation de l'agent infectieux. Ici on s'entend moins.

Les uns, disciples de l'écolo traditionnelle, Jurgensen, Cohnheim, Leitchtensteim, Heidenhaim (en Allemagne), Bernheim et Grasset (en France), considèrent l'invasion de tout l'organisme comme primitive; adoptent la théorie de la fièvre pneumonique, la confirment au moyen des plus récentes données de la microbiologie et renouvellent ainsi la doctrine de Huxham et de Fr. Hoffmann. N'est-ce pas aussi préparer l'adoption d'un traitement germicide contre cette affection?

Par contre l'école anatomique possède toujours des partisans. Dévoués à l'histoire plutôt qu'à la médecine expérimentale, ils discutent ou mettent en doute l'action pathogène du microbe. Quelques-uns même, de conviction inébranlable, continuent à professer la théorie démodée des deux pneumonies, l'une franche et l'autre infectieuse. Et cependant, moins fidèles aux traditions thérapeutiques de leurs devanciers, voici qu'ils discutent la valeur des médications systématiques : les antiphlogistiques contre la congestion pulmonaire initiale et les phénomènes réactionnels avec la révulsion et les soustractions sanguines locales comme moyens, la médication chimiatrique contre l'hypérinose par l'emploi des saignées déplétives, ou enfin le traitement par les agents contre-simulants dans l'intention de modérer le stimulus, cette force mystérieuse, si commode à invoquer depuis Brown et Rasori. Inutile de s'arrêter à l'intransigeance de ces localisateurs convaincus. Les résultats cliniques et expérimentaux sont là. Ce n'est pas un système philosophique qui prévaudra contre la brutalité des faits!

Voici une troisième doctrine: cette opinion est moyenne; ses avocats sont des séclectiques. Ils admettent, disent-ils, l'unité pathogénique des pneumonies.

Affection parasitaire et microbienne, la pneumonie est, ajoutent-ils, théoriquement comparable aux autres maladies parasitaires et microbiennes. Il y a une diphthérie localisée aux amygdales ou au larynx; il y a aussi une diphthérie toxique foudroyante. De même, il existe une pneumonie localisée au poumon; c'est une inflammation spécifique de cet organe, c'est la pneumonie franche de nos devanciers. Il existe de plus une pneumonie infectieuse ou plutôt « infectante », selon l'expression de M. G. Sée.

Bref, ne sont-ce pas là des modalités habituelles aux affections parasitaires et infectieuses?

En vérité, il est temps de concluro : à maladie microbienne, c'est un traitement germicide qui convient.

Et cependant, avouons-le, cette notion n'est pas encore complète. Quel rôle attribuer au microbe pathogène dans la provocation des lésions viscérales de l'infection pneumonique?

Quelle est l'influence pathogène des matières toxiques produites par le pneumocoque ou par les tissus dont sa présence modifie les activités trophiques?

Au point de vue pratique la question à débattre est donc celle-ci : la médition pathogénique de la pneumonie devrait-elle être simplement *microbicide*, ou bien, ne doit-elle pas être tout à la fois *antiparasitaire* et *antiseptique?*

L'anatomie pathologique et la médecine expérimentale justifient-elles cette prémisse? Oui, car, au cours de l'infection pneumonique, la plupart des organes sont l'habitat du microbe pathogène, auquel on donno le nom de Fraenkel, et qui — on doit le rappeler — mérite celui plus illustre de Pasteur, qui le premier le découvrit dans la salive d'un enfant. Oui, d'après les observations aujourd'hui indiscutables de péricardite (Dassier et Ménétrier) et d'endocardite à pneumocoques (Roustan, Meyer, Gulliver, Jaccoud, Netter, Besançon, Weischelbaum); oui encore, en présence des mœurs ubiquitaires de ce microbe dont on a signalé la présence dans certaines méningites (Immermann, Inglesis, Willich, Keller, Homolle), dans des pleurésies, des péritonites (Crespel), des otites, des laryngites, des pharyngites et des néphrites. La découverte de la nature spécifique de ces lésions viscérales ot de ces inflammations locales impose donc des devoirs nouveaux au clinicien.

Cependant je m'empresse de l'ajouter, ces lésions ne sont pas tout dans le processus de l'infection pneumonique localisée ou généralisée. Les phénomènes généraux de la pneumonie et certaines complications ont vraisemblablement pour cause l'absorption de substances toxiques par les tissus.

Qu'on justifie cette hypothèse, et l'effort thérapeutique consistera aussi dans la neutralisation de ces poisons. Or voici des expériences de MM. Serafini et Locatello. Ils administrent aux animaux les produits des cultures de pneumocoques. Or, malgré la destruction de tous les micro-organismes qu'ils contenaient, et malgré leur stérilisation, ces liquides provoquent des phénomènes fébriles. Ils sont donc toxiques.

Puis, expérience de contrôle, le second de ces observateurs saigne un pneumonique, stérilise le liquide sanguin, l'injecte aux animaux et provoque encore les mêmes phénomènes fébriles.

Plus tard, autre vérification expérimentale; on pratique cet essai avec le sang des mêmes pneumoniques, définitivement guéris et les résultats obtenus sont négatifs.

Autre considération. Elle est relative à l'étiologie des troubles cardiaques chez les pneumoniques. Les uns ont pour origine l'obstacle circulatoire intrapulmonaire par la diminution du champ respiratoire et l'amoindrissement de l'appel du sang durant les mouvements respiratoires. Ce sont les *cardiopathies mécaniques des pneumoniques.*

Les autres ont pour cause anatomique l'altération trophique des fibres myocardiques. On les a volontiers attribués à l'état fébrile et à l'élévation thermique. L'origine en est ailleurs, comme M. Mairigliano le déclarait à ses collègues du récent et premier Congrès de la Société italienne de médecine interne. On la trouve dans la présence dans le sang de principes toxiques agissant sur les fibres myocardiques : à preuve, ces pneumonies peu étendues dans lesquelles les troubles cardiaques se manifestent vers le quatrième ou le cinquième jour et en l'absence de toute fatigue cardiaque pour vaincre l'obstacle pulmonaire.

Existe-t-il une preuve expérimentale de cette opinion? L'observateur italien la donne en injectant sons la peau de la tortue le sang stérilisé de pneumoniques et en provoquant ainsi des perturbations cardiaques indéniables. Puis, expérience de contrôle, il remplace ce liquide par le sang également stérilisé des mêmes individus en guérison confirmée et ne provoque plus aucun trouble cardiaque.

Voici un autre fait sur lequel l'opinion est plus unanime :

l'examen du sang avec les réactifs microbiques y démontre la rareté des micro-organismes. C'est, a-t-on dit avec quelque vraisemblance, que les conditions de milieu ne sont pas favorables au développement bacillaire. C'est aussi que les globules blancs semblent être leurs antagonistes ou plutôt leurs phagocites, suivant l'expression de M. Metchnikoff. Faut-il motiver par ces remarques, quelque objection contre la théorie de la septicémie pneumonique? Je ne le pense pas; mieux vaut soupçonner ici, comme dans la diphthérie, l'action de produits toxiques chimiquement mal déterminés, mais physiologiquement démontrés, et à côté de l'*endocardite microbienne* des pneumoniques, donner place à une *myocardite toxique des pneumoniques.*

Naguère, on s'en souvient, Gurgensen avait noté les altérations des fibres myocardiques dans 19 cas sur 19. Il est vrai aussi que Hamburger mettait ces lésions en doute. Soit; c'est un conflit d'opinions; ce n'est pas une démonstration et ce désaccord ne rend pas moins urgente la médication antiseptique de la pneumonie.

Enfin, l'anatomie pathologique fournit des arguments d'analogie. Dans la pneumonie, il existe des altérations des ganglions bronchiques. Eh bien, les ganglions cervicaux ne sont-ils pas altérés dans la diphthérie pharyngée? Il existe aussi dans la pneumonie des congestions hépatiques et spléniques. Ne sont-ce pas là phénomènes communs à toutes les maladies infectieuses? Il existe encore chez ces mêmes pneumoniques, à côté de néphrites nettement caractérisées, des congestions rénales : autres lésions viscérales habituelles dans ces dernières maladies. Sont-elles dues à l'action de présence du pneumocoque traversant l'émonctoire rénal ou bien à l'action destructice des matières toxiques véhiculées par le sang? Je trouve réponse à cette question dans les leçons de M. Bouchard. D'après les essais urotoxiques, l'urine des pneumoniques présente un coefficient de toxicité supérieur à celui de l'urine normale. Ce n'est pas tout; les symptômes de cette intoxication expérimentale diffèrent. Injectée sous la peau, l'urine normale provoque, on le sait, le myosis et l'abaissement thermique. Administrée aux animaux de même espèce et de poids équivalent, l'urine des pneumoniques provoque, à la dose de 22 centimètres cubes par kilogramme, des convulsions toniques et la mort.

II

En s'appuyant sur ces faits, le thérapeute formulera-t-il une médication directement antiparasitaire de la pneumonie? Théoriquement, oui, il en a le devoir; pratiquement, non; car à cette heure, il ne dispose, ni d'un agent spécifique contre le pneumonique, ni de médicaments directement neutralisateurs des substances toxiques qui interviennent dans de l'infection pneumonique.

Est-ce un motif pour désarmer, s'en tenir aux affirmations des abstentionnistes et proclamer l'inutilité de tout effort thérapeutique? Sans nul doute, on le sait, l'infection pneumonique suit une marche uniforme. Les travaux classiques de Wunderlich et de Traube en ont défini le type régulier et cyclique; au début, un frisson et une ascension de la température à 40 degrés; entre le cinquième et le septième jour, la crise; après le huitième jour, la défervescence. C'est doctrine renouvelée d'Hippocrate et de la théorie des jours impairs. C'est aussi, comme on l'a dit, le système thérapeutique de la résignation, consistant à faire fond, d'une part, sur la résistance de l'organisme, que le clinicien le plus expérimenté ne peut mesurer et d'autre part, sur les facteurs mobiles, variables et le plus souvent inconnus qui augmentent ou atténuent l'intensité de l'infection.

En 1849, l'expectation donnait une mortalité de 74 chez les pneumoniques soignés par Diehl; en 1849, cette mortalité était de 23,4 pour 100 parmi les malades de Wunderlich. Sont-ce là des statistiques concluantes? Au moyen de ces arguments contradictoires tirés de l'arithmétique, on a bien souvent condamné tour à tour les diverses médications. Il est donc plus juste de répéter avec M. Laboulbène : « Il faut traiter cette affection comme une fièvre spécifique. »

Quels sont les moyens dont l'antisepsie médicale dispose pour combattre « cette fièvre spécifique? »

L'indication thérapeutique idéale serait de réaliser la rapide destruction de l'agent infectieux dans son foyer pulmonaire initial. Des tentatives ont été faites dans ce but.

A l'instar des essais antérieurs de Mosler, Pepper et Fraenkel, sur des foyers bacillaires intrapulmonaires, on s'est adressé aux *injections intraparenchymateuses*, et M. Lépine, le premier parmi nos compatriotes, a essayé de réaliser ainsi l'*antisepsie locale* chez les pneumoniques. La méthode qu'il communiquait, le 10 août 1885, à l'Académie des sciences, consistait à pratiquer une série d'injections (quatre ou cinq), sur les limites de la zone d'hépatisation, à circonscrire ainsi la lésion et à en prévenir l'extension. Le sublimé en solution au 30 ou 40 millième lui parut d'abord l'antiseptique de choix, car son administration, était suivie de la disparition des râles crépitants et du souffle, d'un silence des bruits respiratoires anormaux, d'une défervescence précoce et d'un rapide amendement de l'état général. Cependant, en expérimentateur bien avisé, notre savant confrère lyonnais cherchait un antiseptique moins irritant. Il s'adressa à l'iodure de sodium, et à la page 1105 de la *Revue de médecine* de l'année 1885, signala, dans un cas de pneumonie des vieillards, la résolution des symptômes objectifs et subjectifs, après une double injection de 4 grammes de ce sel en solution dans 60 centimètres cubes d'eau.

Malgré ces succès, la méthode des injections intraparenchymateuses semble déjà dans l'oubli. Les pusillanimes déclarent l'opération « effrayante », quand l'expérience démontre son innocuité; les prudents hésitent à la prescrire pour ce motif que les cas où l'on en a fait usage sont encore peu nombreux. Ce sont des arguments de timidité et il y aurait lieu de passer outre, si, pour une autre raison, on n'était pas fondé à contester la valeur des résultats obtenus. Je m'explique : l'antisepsie ainsi localisée permet bien de combattre l'agent parasitaire dans le foyer où il pullule, c'est un avantage; par contre, elle ne permet pas, indication plus urgente encore, de lutter contre l'infection et de mettre l'organisme en résistance.

A cet effet il faudrait obtenir l'*antisepsie du milieu intérieur chez les pneumoniques.* Cet objectif n'est guère réalisable avec les ressources thérapeutiques actuelles. On a prescrit le calomel et on a voulu ainsi pratiquer la *mercurialisation des pneumoniques.* Ce fut sans succès. On a conseillé l'iodure de potassium à l'intérieur; mais cet *iodisme thérapeutique* n'a pas procuré de résultats plus constants.

Considérera-t-on pour cela l'antisepsie dans la pneumonie comme une médication impuissante? Non, ce jugement serait téméraire et il ne faut pas lui demander plus qu'elle ne

peut donner en ce moment. On la veut faire offensive : or, à cette heure, avec les moyens insuffisants dont elle dispose elle doit surtout être *défensive*.

III

Le danger, on l'a vu plus haut, n'existe pas seulement dans une émigration des microbes lors de leurs foyers pulmonaires; il vient encore de l'accumulation des substances toxiques dans les tissus et de leur véhiculation à travers l'organisme. Cette hypothèse, objecte-t-on, est un retour à la vieille doctrine de la *matière peccante* et aux idées de l'humorisme. Qu'importe? Il s'agit de faits expérimentaux et non d'une théorie. Acceptons les faits, tout en avouant que l'arsenal thérapeutique actuel est dépourvu de médicaments susceptibles de neutraliser ces poisons, et dispose d'une seule ressource : celle d'en prévenir l'accumulation dans les tissus. Ce rôle thérapeutique appartient aux *soustractions sanguines* et aux *médicaments éliminateurs*, qui, à ce point de vue, sont des agents de la médication antiseptique.

Faut-il ouvrir une discussion nouvelle sur l'opportunité des soustractions sanguines dans la pneumonie? Non, certes. Comme moyen antiphlogistique local, c'est cause entendue : les émissions sanguines ont été condamnées.

Sont-elles également condamnables au point de vue antiseptique? Oui, disent leurs adversaires, car elles sont inutiles. Elles diminuent la masse du sang? Oui. Elles atténuent la proportion relative des pneumocoques dans l'organisme? Oui, sans doute, mais quel inutile résultat! Ce qu'il faudrait, ce serait les atteindre tous. On complète ce réquisitoire en ajoutant que, bien loin de favoriser l'élimination de ces agents, elle la retarde, en mettant l'organisme dans la nécessité de consacrer toutes ses activités trophiques à la réparation des pertes d'hémoglobine, en diminuant la richesse du sang en hématies, enfin, en modifiant profondément les conditions de la circulation pulmonaire.

Non, répondent les partisans de la saignée antiseptique, et, pour légitimer leur opinion, ils analysent les faits cliniques. Dans douze cas où la pneumonie était de gravité moyenne, Marigliano a prescrit, vers le quatrième ou le cinquième jour, une saignée de 100 à 300 centimètres cubes, et l'a répétée deux ou trois fois. Tous les malades guérirent. Cette saignée ne modifia ni l'état local, ni la température, mais diminua la fréquence du pouls, accrut sa plénitude, améliora sa courbe sphygmographique, augmenta la pression artérielle et rendit la diurèse plus abondante. L'amélioration des troubles circulatoires dura onze ou douze heures, et l'augmentation de la diurèse pendant un jour et demi ou deux jours.

Est-ce là un résultat clinique négatif? Le soulagement du cœur, l'atténuation de l'infection septique; voilà une intervention thérapeutique de quelque efficacité, dût-elle permettre un jour durant ou même seulement pendant quelques heures, de suspendre la marche d'une maladie à évolution rapide.

Reste à déterminer le moment opportun de leur emploi. Est-ce au début? Non; mais vers le troisième et le quatrième jour, où, pour ainsi parler, s'ouvre la période septique de la maladie. A ce moment leur heure vient de sonner.

L'émonction glandulaire assure par une voie plus directe l'élimination de ces substances toxiques, le coefficient urotoxique de l'urine des pneumoniques le prouve bien, puisque spontanément l'organisme choisit la voie rénale pour assurer sa propre dépuration. Voilà, ce semble, une réhabilitation des boissons aqueuses dans le régime diététique de ces malades et une justification de l'administration du lait à titre d'éliminateur et de médicament hydragogue.

L'émonction cutanée ne possède pas une moindre importance. Il y a beau temps que Franck insistait sur la valeur des crises sudorales comme un signe de résolution de la maladie. Ce savant observateur devançait donc les essais récents de Queirolo sur le rôle antiseptique de l'émonction cutanée chez les pneumoniques. De là pour le clinicien bien avisé l'indication de solliciter la diaphorèse et d'en faire son utile auxiliaire thérapeutique.

En résumé, les ressources de l'antisepsie directe contre la pneumonie sont peu nombreuses et dans cette indigence le thérapeute trouve dans la diurèse et la diaphorèse des moyens auxiliaires d'antisepsie.

IV

Ce sont, il est vrai, des ressources de modeste puissance et pour les compléter, on cherchera donc ailleurs d'autres moyens de s'assurer la victoire. Où les trouver? Dans l'augmentation de la résistance de l'organisme; en d'autres termes, dans l'antipyrèse contre la fièvre et dans les médicaments cardiaques contre le collapsus.

Comment traiter la fièvre des pneumoniques? Par l'abstention, au témoignage de quelques-uns, et ces avocats de l'expectation justifient leur opinion en rappelant que ce mouvement fébrile présente rarement des allures menaçantes. Il y a bien parfois une élévation et des oscillations thermiques assez grandes; mais, ajoutent-ils, l'observation clinique enregistre la guérison de pneumoniques à température élevée.

On a dit aussi, affirmation téméraire, que la fièvre a son utilité, comme si le pneumocoque s'accommodait mal des températures élevées. Enfin, troisième objection, on a prétendu non moins témérairement, je pense, que l'usage des médications antihyperthermiques prolongeait la durée de la maladie.

Que ces assertions servent d'excuse aux abstentionnistes, soit! Elles ne feront pas oublier cependant que l'état fébrile diminue la résistance de l'organisme, et que l'hyperthermie affaiblit celle du cœur. Ces motifs légitiment suffisamment l'emploi des médicaments antipyrétiques et des agents de réfrigération.

Je ne m'arrête pas à l'administration des *médicaments antithermiques*, l'antipyrine ou la quinine, par la voie stomacale avec Liebermeister, Jurgensen et la majorité des cliniciens, ou bien par la méthode hypodermique avec Gerhardt et quelques autres. Mais je constate que les résultats thérapeutiques obtenus sont en rapport avec les vertus antihyperthermiques de ces médicaments plutôt qu'avec leurs propriétés antizymasiques, et, qu'au point de vue antiseptique, ils interviennent donc indirectement comme des modificateurs de la nutrition et non pas à titre de parasiticides. A ce titre, ils sont aussi les auxiliaires du traitement antiseptique.

J'en trouve la preuve dans l'action thérapeutique analogue exercée par l'emploi des réfrigérants. La balnéation répond donc, elle aussi, au programme de la médication antiseptique.

Qu'on adopte, en effet, les bains progressivement refroi-

dis, de 30 à 20 degrés, et continués durant quinze ou vingt minutes, ou bien que plus timidement on prescrive les bains chauds permanents de Reiss, peu importe; les résultats antithermiques sont équivalents. Avec l'antipyrine on augmente la déperdition de calorique à la périphérie; avec la balnéation on soustrait ce calorique en excès; les procédés diffèrent, les résultats sont analogues; les scrupules des cliniciens varient seuls.

La réfrigération locale par les cataplasmes, les demi-bains de la méthode de Winternitz, la vessie de glace en permanence de Riegel ou le tube de Lister, ne diminue pas la température; ses avantages sont contestables et ses dangers moins imaginaires, car elle provoque l'ischémie cutanée et peut conduire aux congestions viscérales. Ce sont des petits moyens sans grands effets thérapeutiques.

J'en reviens à labalnéation: les méfaits qu'on lui attribue sont bien connus : augmentation de l'induration pulmonaire; au début, congestion pulmonaire par ischémie de la peau; plus tard, congestion cutanée de retour par ischémie viscérale. Quelques-uns, avec Oscar Fraentzel, l'accusent de conduire les pneumoniques au tombeau et dans leur sévérité pour la médication qui fut si chère à Jurgensen, affirment même que, si des pneumoniques guérissent après cette médication, c'est malgré les bains et non pas par les bains.

Soyons moins enthousiastes que Jurgensen et moins sceptiques que Fraentzel, mais, avec Hippocrate, reconnaissons à la balnéation des pneumoniques quelques vertus physiologiques et thérapeutiques : celles de tempérer la fièvre, de modérer la température et de tonifier tout à la fois le cœur et le système nerveux, résultats importants au point de vue de l'antisepsie générale. Réservons-les pour les cas graves, où elle sera avec la saignée une médication de nécessité, qui, selon les paroles du père de la médecine, « convient généralement dans la pneumonie plus encore que dans les fièvres ardentes ».

J'en arrive à l'autre danger auquel les pneumoniques sont exposés. C'est le péril cardiaque. La médication antiseptique a pour devoir de le conjurer. Le régime diététique est l'arme la plus puissante pour prévenir et pour combattre tout affaiblissement de la résistance de l'organisme. D'où l'obligation d'éviter la diète absolue et de prescrire des aliments promptement assimilables, les œufs et le lait et d'administrer éventuellement l'alcool à doses répétées.

Puis, inutile d'insister, dans les cas de faiblesse myocardique, de collapsus menaçant, d'œdème ou de congestions pulmonaires, on conseillera les médicaments cardiaques, comme la digitale contre l'insuffisance cardiaque et les agents cardio-vasculaires, tels que le strophantus, et surtout la caféine ou les iodures.

J'arrête ici cette enquête thérapeutique et je conclus.

L'antisepsie médicale dans la pneumonie ne mérite donc pas les reproches que l'on a formulés contre les autres médications de la pneumonie. Radicale en principe, elle est opportuniste dans ses moyens. Ses ressources sont incomplètes : elle ne dispose pas encore de médicaments nécrophytiques contre le pneumocoque; elle ne dispose pas non plus d'agents neutralisateurs des substances septiques que le microbe produit; mais fidèle aux traditions classiques, elle s'efforce de satisfaire à deux indications capitales : d'abord empêcher l'agent pathogène d'émigrer hors de son foyer pulmonaire : c'est le but sinon le résultat des essais d'*antisepsie locale;* ensuite, mettre l'organisme en état de défense contre cet agent et de résistance contre l'intoxication septique : c'est le rôle de l'*antisepsie générale*, qui, provisoirement et à défaut d'autres, possède pour ressources le régime diététique, l'antipyrèse et les médicaments cardio-vasculaires.

C'est peu, dira-t-on; oui, j'en conviens; mais c'est déjà assez pour faire plus, et mieux, que par l'abstention, l'expectation simple ou les méthodes de résignation.

Ch. Eloy.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

Mécanisme des luxations du sternum, par M. le professeur Servier.

Il ne s'agit, dans cette courte étude, que des luxations du sternum par cause indirecte. Ces luxations sont très rares. La littérature médicale en renferme dix-huit à vingt exemples. Elles sont déterminées par le déplacement de la seconde pièce du sternum sur la première. Dans tous les faits connus on remarque une luxation en avant, c'est-à-dire que la deuxième pièce du sternum est portée en avant, et non en arrière, de la première, qu'elle vient faire saillie en dehors du thorax et non dans la cavité thoracique. Il n'est pas question ici des luxations de l'appendice xiphoïde.

Cela posé nous nous demandons quel est le mécanisme de cette luxation, quelle direction doivent suivre les forces appliquées sur un point du corps plus ou moins éloigné du sternum pour venir aboutir à cet os, et le pousser en avant, comme elles le font.

Les anciens, quelques modernes, ont présenté diverses explications qui, je dois le dire, sont une exposition des faits, et non la démonstration de leur enchaînement; inutile de nous y arrêter. Maisonneuve a indiqué une théorie qui est restée, et qui est généralement acceptée (*Arch. gén. de méd. et chir.*, t. XIV, p. 240, 1842; et *Clinique chirurg.*, t. I, p. 475, 1863). Il suppose que le sternum est pris entre deux forces, agissant en sens contraire sur chacune de ses extrémités. Cet os serait maintenu fixe à son bout supérieur par les articulations du sternum, des clavicules et des deux premières côtes, et le bout inférieur serait poussé en haut par l'action des côtes transmettant la force produite par une chute sur le dos ou sur les pieds. Le sternum s'incurverait, et céderait dans le point le moins résistant, l'articulation de ses première et deuxième pièces.

Cette théorie ne me semble pas satisfaire complètement l'esprit. Que l'extrémité supérieure du sternum soit solidement fixée, la chose est sûre, mais que l'extrémité inférieure soit poussée de bas en haut par le mouvement imprimé aux côtes, je le comprends mal.

Il m'a paru que la question pouvait recevoir une solution différente, qui se rapproche par quelques côtés de celle fournie par Maisonneuve, mais qui s'en éloigne par d'autres. Je crois, et j'espère pouvoir le démontrer, que les luxations en avant de la deuxième pièce du sternum sur la première, sont déterminées par l'action des côtes tendant à porter le sternum, non pas en haut, dans le sens de sa longueur, mais précisément en avant, dans le sens de son épaisseur, la direction des forces étant perpendiculaire, et non parallèle, à l'axe du corps.

Dans l'étude des observations de luxation du sternum un fait nous frappe par sa constance; je veux dire que l'on reconnait toujours que ces luxations se produisent après une chute, une précipitation sur le dos, ou après une pres-

sion exercée sur le dos par des agents d'un poids considérable, une pierre, un éboulement de terrain, la roue d'une voiture pesamment chargée. J'insiste, sur le dos, et non sur une autre partie du corps. Voilà un point à noter, une observation à retenir.

La question peut donc se poser ainsi : comment, et par quel moyen, une force appliquée sur le dos d'un sujet se propage-t-elle au sternum? Pour y trouver une réponse il fallait faire des expériences d'amphithéâtre.

Le thorax d'un sujet étant largement dépouillé de la peau et des muscles dans sa partie antérieure, le sternum a été enlevé, en coupant les cartilages au ras de cet os. De fortes épingles ont été solidement implantées dans les extrémités de ces cartilages, perpendiculairement à leur longueur; puis, de minces bandes de papier ont été attachées à leurs têtes, reliant entre elles les épingles correspondantes à gauche et à droite. Ainsi, une bande de papier fixée à l'épingle de la troisième côte gauche allait s'attacher, bien tirée, à l'épingle de la troisième côte droite, faisant comme un petit pont au-dessus du vide laissé par l'enlèvement du sternum; de même pour les épingles des quatrièmes, cinquièmes et sixièmes côtes. Les choses ainsi disposées, le cadavre a été mis dans la position assise sur la table de pierre, puis on l'a laissé lourdement retomber en arrière, son dos frappant la table. On simulait ainsi une chute sur le dos.

Si dans ces mouvements ainsi imprimés les côtes correspondantes s'écartaient les unes des autres entraînées à droite et à gauche par l'impulsion reçue, il est sûr que les fragiles bandes de papier devaient être déchirées, tirées en sens opposés par leurs points d'attache; mais si, au contraire, les extrémités des côtes étaient poussées les unes vers les autres, tendaient à se rapprocher, ces bandes ne seraient pas déchirées, seraient même légèrement plissées. Eh bien! c'est ce second fait qui se produit; c'est celui que nous avons observé.

Nous devons donc reconnaître que dans les chutes ou pressions sur le dos, le thorax ne s'aplatit pas, ne s'étale pas à gauche et à droite, comme le ferait un cylindre de plomb, de matière molle, mais plutôt qu'il se redresse, si je puis me servir de ce mot, que les côtes sont poussées par un mouvement en avant, mouvement arrêté par leur arcboutement sur le sternum.

Il m'a semblé que cette expérience cadavérique rendait compte du mécanisme de la luxation en avant de la seconde pièce du sternum sur la première.

Supposons, en effet, une force puissante appliquée sur le dos d'un sujet, elle va suivre une direction donnée jusqu'à ce qu'elle s'épuise sur un obstacle; dans le cas présent elle suit les côtes, et les pousse en avant; mais elle rencontre un obstacle, c'est le sternum. Cet os est donc pris entre deux forces agissant en sens opposé, il est serré comme par les mors d'un étau, entre les côtes du côté droit et celles du côté gauche. Si sa puissance de résistance se trouve supérieure à celle de l'agression il sortira de la lutte indemne, ou plus ou moins contus; mais si l'attaque est trop violente il faudra bien qu'il cède par quelque côté et, naturellement, ce sera sur le point le plus faible. Or, un des points faibles du sternum, surtout chez certains sujets, c'est l'articulation de sa seconde pièce avec la première. Celle-ci est très solidement fixée, les côtes qui viennent y aboutir sont assez courtes, reçoivent donc des violences extérieures une impulsion de moyenne intensité, mais la deuxième pièce est bien moins solidement encastrée et doit supporter tout entier le choc apporté par les côtes qui s'insèrent sur elle; il arrive donc qu'elle est enlevée de ses attaches déchirées, et plus ou moins largement déplacée.

Remarquons que l'expérimentation sur le cadavre concorde avec l'observation de la clinique; toutes deux se corroborent mutuellement. La clinique nous montre ces luxations résultant de l'application d'une force, d'une violence, sur le dos, et l'expérience reproduit, dans des limites plus resserrées, les faits observés sur le blessé.

Nous pensons donc que les luxations du sternum, de cause indirecte, sont déterminées par l'impulsion des côtes, dont les extrémités, tendant à se rapprocher les unes des autres, pressent violemment entre elles la deuxième partie de cet os, et arrivent à la projeter en avant quand le mouvement qui les anime est produit par une force suffisante.

On pourrait presque comparer ce qui se passe alors à la projection d'un noyau de cerise serré entre deux doigts.

J'ajoute que la même théorie peut s'appliquer à la plupart des fractures du sternum par cause indirecte. Dans l'un comme dans l'autre cas le sternum est attaqué de la même façon, par le même procédé, seulement, suivant les circonstances individuelles et extérieures, il succombe sur un point ou sur un autre de son étendue, celui où sa résistance est moindre. Quelquefois le point le moins solide est l'articulation elle-même, alors il y a luxation; d'autres fois l'articulation résiste, mais une portion de l'os, plus faible, est entamée à sa place, alors il y a fracture.

Clinique médicale.

Sur un cas de syringomyélie (gliome central de la moelle épinière). Communication faite à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 22 février 1889, par M. le docteur J. Déjerine, professeur agrégé, médecin de l'hospice de Bicêtre.

Comme M. Debove, notre collègue, vient de vous l'indiquer, la syringomyélie est une affection encore très peu connue chez nous. Aujourd'hui, elle ne doit plus être reléguée dans les traités des maladies du système nerveux au chapitre des « *curiosités pathologiques* » dont le diagnostic n'est possible que sur la table d'autopsie. Sa symptomatologie est, en effet, tout à fait caractéristique et on peut aujourd'hui, au moins dans la grande majorité des cas, en porter très sûrement le diagnostic pendant la vie.

Le malade que M. Debove vient de vous montrer en est un exemple très net, et celui que je vous présente actuellement, est non moins démonstratif. Il s'agit d'un homme de soixante-quatre ans, à Bicêtre depuis vingt ans, et chez lequel le début de la syringomyélie remonte à l'année 1849.

Obs. — *Paralysie atrophique des membres supérieurs (type Aran-Duchenne) ayant débuté à l'âge de vingt-cinq ans, chez un homme de soixante-quatre ans; contractions fibrillaires; scoliose; intégrité de la sensibilité tactile sur toute la surface du corps; analgésie marquée de toute la moitié supérieure du tronc, des membres supérieurs et de la moitié droite de la face; thermo-anesthésie très prononcée dans les mêmes régions; abolition du réflexe olécranien; exagération du réflexe patellaire; intégrité des sens spéciaux; pas de troubles trophiques cutanés; état lisse de la peau des membres supérieurs; gonflement léger des extrémités inférieures du radius et du cubitus; exostose du cubital gauche; modifications de la sécrétion sudorale; réaction de dégénérescence dans quelques muscles; marche extrêmement lente de l'affection.* — Le nommé G..., (Frédéric), âgé de soixante-quatre ans, à Bicêtre depuis 1868, entre le 12 janvier 1888 à l'infirmerie, dans le service du docteur Déjerine, salle Bichat, lit n° 6.

Antécédents héréditaires. — Le malade est né à Paris, son père et sa mère sont nés en Picardie. Père mort à soixante-six ans d'un eczéma? Mère morte à cinquante-sept ans du choléra. Huit enfants dans la famille : deux morts en bas âge; trois encore survivants. Pas trace d'atrophie musculaire dans les ascendants et collatéraux du malade. Pas de maladies nerveuses dans la famille.

Antécédents personnels. — Rougeole vers l'âge de huit ans.

Pas d'autres maladies. Pas de maladies vénériennes. En 1848, à l'âge de vingt-quatre ans, douleurs violentes dans la tête, ayant duré plus d'une année. En 1849, début de l'affection par de la faiblesse des bras; il alla consulter Louis à l'Hôtel-Dieu, où il fit un séjour de deux mois (traité par la noix vomique), puis à la Charité, chez Briquet, enfin chez Horteloup. — Il fut examiné à cette époque (1852) par Duchenne (de Boulogne), soit dans ces derniers services, soit à sa clinique. Au bout de deux ans (1852) il ne pouvait presque plus travailler.

A partir de cette époque, l'affection paraît rester stationnaire pendant vingt ans, en tous cas si elle a progressé c'est d'une façon très lente.

Depuis son entrée à Bicêtre (à quarante-quatre ans), l'affection a un peu progressé. Elle semble surtout avoir subi une aggravation, après deux ans de séjour à Bicêtre, car le malade, qui pouvait jusqu'alors se servir de ses mains pour couper son pain et pour manger, a remarqué qu'à partir de l'âge de cinquante ans cela lui était plus difficile. Jamais il n'a éprouvé de douleurs dans les membres inférieurs, la poitrine ou la nuque.

État actuel (janvier 1888). — Homme de petite taille, paraissant bien portant et présentant les déformations suivantes: Le malade est très voûté, la colonne cervicale et dorsale supérieure sont fortement incurvées en avant, la tête est enfoncée entre les épaules, le menton fortement rapproché du sternum. — Les moignons des deux épaules sont portés en avant, et contribuent à donner à la partie supérieure de la poitrine une forme de carène, déformation qui est due bien plus à une saillie en avant des épaules et des clavicules, qu'à un enfoncement véritable du sternum. Les creux sus-claviculaires sont très profonds surtout à gauche. Les régions mammaires envahies par la graisse simulent des seins de femme. A la région postérieure du tronc, entre la courbure exagérée et générale de la colonne cervico-dorsale, il existe une saillie très prononcée des dernières vertèbres cervicales, sans gibosité toutefois. Scoliose de la colonne dorsale, à convexité latérale droite, s'accompagnant d'une déformation latérale du thorax qui bombe en arrière dans sa moitié droite postérieure.

Topographie de l'atrophie. — L'atrophie paraît de prime abord moins prononcée qu'elle n'est en réalité, masquée qu'elle est par une adipose sous-cutanée assez notable.

Les *deltoïdes* sont diminués de volume surtout à gauche, leur segment postérieur est plus pris que les autres. Les *sus et sous épineux* sont diminués de volume surtout à gauche. L'angle supérieur de l'omoplate remonté des deux côtés vient faire saillie à la partie postérieure du triangle sus-claviculaire. Les *grands pectoraux*, si l'on ne tient compte que du volume de la région, paraissent peu touchés; ils sont en réalité très atrophiés, et la palpation permet de constater qu'il existe surtout de l'adipose. Le *biceps* et le *triceps droits* sont fortement atrophiés et ont une force peu considérable.

A l'avant-bras droit, le groupe externe est notablement diminué, le *long supinateur* est réduit de volume, les *radiaux* également. Il en est de même du groupe cubital (*fléchisseurs*), qui est très réduit. Les *extenseurs* sont relativement conservés.

La main droite n'est pas déformée, pas de griffe, toutefois légère inclinaison de la main sur le bord cubital. Le pouce, dont la première phalange est en hyperextension sur le métacarpien, est rapproché du deuxième métacarpien sans main simienne toutefois. L'éminence *thenar*, en particulier le *court abducteur*, est notablement diminuée de volume. Les *interosseux* et l'éminence *hypothénar* ne paraissent pas atrophiés.

Sur le cubital, à la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, hyperostose du volume d'un œuf de pigeon à grand axe longitudinal, existant depuis l'année 1852, et diagnostiqué non syphilitique par Ricord.

Motilité du membre supérieur droit. — L'abduction et l'élévation du bras sont très faibles; le malade ne peut porter sa main sur sa tête, mais il peut porter le pouce à sa bouche. L'extension, la flexion de l'avant-bras se font d'une façon limitée; quant à la flexion des doigts sur la paume de la main, elle est absolument impossible. L'index seul exécute un mouvement de flexion des phalangines et phalangettes sur la première phalange. Ceci explique pourquoi il n'y a pas de griffe, et pourquoi à l'état de repos les doigts du malade sont toujours dans l'extension. Les mouvements des interosseux sont en partie conservés. L'extension des deux dernières phalanges est possible, mais les mouvements d'ab et d'adduction sont très limités.

Membre supérieur gauche. — L'abduction, l'élévation, la rotation, s'exécutent faiblement comme à droite; l'adduction, au contraire (*grand pectoral*), se fait très bien et avec assez de force des deux côtés. Le *biceps*, le *triceps* sont notablement moins pris qu'à droite, le *long supinateur* est aussi atrophié qu'à droite, les *radiaux* moins. Le groupe cubital (*fléchisseurs*) un peu plus atrophié qu'à droite. Les *extenseurs* sont assez conservés.

La main présente la même attitude qu'à droite; toutefois l'apparence simienne est beaucoup plus accentuée, le pouce est sur le même plan que les autres métacarpiens; l'atrophie porte sur tous les muscles de l'éminence *thénar*. L'*adducteur* est toutefois un peu moins pris que les autres. L'*hypothénar* est diminué de volume. Les *intérosseux* paraissent peu touchés; il n'y a pas de griffe.

Les phalanges des doigts, principalement la première phalange de l'index des deux côtés, sont un peu augmentées de volume. L'articulation phalango-phalanginienne de l'index gauche, présente une augmentation de volume des surfaces articulaires, avec possibilité d'hyperextension, comme s'il y avait altération de la surface articulaire.

La force musculaire du *biceps* et du *triceps* est assez grande. L'extension du poignet et des doigts se fait assez bien (conservation des *extenseurs* et des *interosseux*). La flexion du pouce et des deux premiers doigts est absolument impossible, le malade ne peut leur imprimer le moindre mouvement sur la paume de la main, il peut au contraire fléchir les deuxième et troisième phalanges des deux derniers doigts.

Les *trapèzes* sont diminués de volume, le malade peut cependant élever les épaules. Le *sus* et le *sous-épineux* gauches sont plus atrophiés qu'à droite. Lorsqu'on tient élevé en avant les deux bras du malade, l'omoplate gauche se tient écarté du tronc (atrophie du *rhomboïde*); rien de semblable à droite.

Contractions fibrillaires très nettes, dès que le malade est exposé à l'air, dans le *deltoïde*, le *triceps* et le *biceps* des deux côtés. Conservation du sens musculaire et de la notion de position des membres. Pas de réflexe olécranien. Pas de signe de Romberg.

Face. — Intégrité complète comme motilité, expression de la physionomie, etc. Les pupilles sont normales et réagissent à la lumière et à l'accommodation. Langue, voûte du palais, masticateurs normaux; les mouvements de diduction sont seuls un peu difficiles.

Membres inférieurs. — Pas trace d'atrophie musculaire, pas de contracture, le malade marche facilement comme à l'état normal. Force musculaire très développée. Réflexe patellaire très exagéré; à droite, tendance à la production du phénomène du pied. Pas de contractions fibrillaires dans les muscles des jambes. Réflexes plantaires normaux.

Sensibilité. — Tout au début de son affection, en 1848, le malade avait remarqué que sa sensibilité était troublée. A cette époque, il était garde national mobile; il lui arriva souvent, en portant des gamelles de bouillon très chaudes, d'avoir des phlyctènes de brûlure dans les mains, sans s'en rendre compte. Il présente aujourd'hui les mêmes troubles de la sensibilité qu'à cette époque, et il assure qu'ils n'ont augmenté que d'une façon fort minime.

Sensibilité tactile, absolument normale au tronc, à la face, aux membres supérieurs.

Sensibilité à la douleur altérée au niveau des *mains, avant-bras, bras, épaules, partie supérieure du tronc en avant et en arrière*, jusqu'à une ligne circulaire passant au-dessous des mamelons. Dans toute cette étendue (voy. le *schema*), la sensibilité à la douleur est très altérée: une piqûre d'épingle même intense n'est pas perçue en tant que douleur, il semble au malade qu'on le touche; tout au plus, parfois, peut-il dire qu'on le pique. On peut traverser la peau dans la région correspondante, sans que le malade accuse de douleur.

A la *face*, la sensibilité tactile est normale, mais il existe de l'*analgésie* de toute la moitié droite de la tête. Lorsqu'on promène une pointe d'aiguille de droite à gauche, le malade accuse une sensation de douleur dès que l'on approche de la ligne médiane. Pas de retard dans la transmission.

Sensibilité thermique très altérée. En touchant avec un flacon rempli de glace différentes parties du corps, on observe les particularités suivantes: sur toute la peau de la face, de la nuque, du cou, des membres supérieurs, épaules, bras, avant-bras, mains, face (palmaire et dorsale), c'est à peine si le malade accuse une sensation de froid. Par contre, les membres infé-

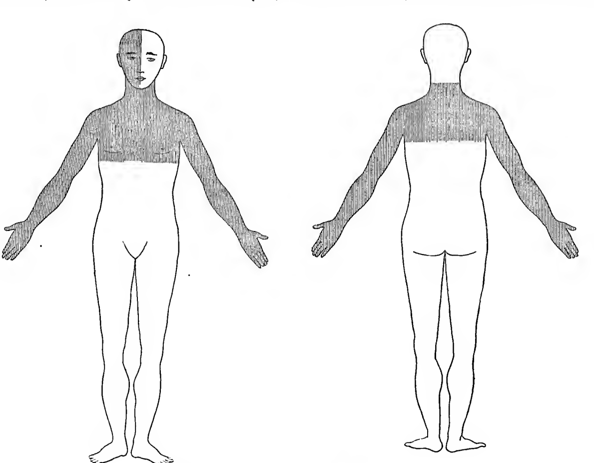
rieurs, tout l'abdomen et toute la partie du tronc, située au-dessus d'une ligne circulaire passant par les mamelons, sont sensibles au froid comme à l'état normal.

Les troubles de la *sensibilité à la chaleur sont très prononcés dans ces mêmes régions*. Le malade ne fait pas la différence de la température entre 30 et 50 degrés, tout lui paraît également froid. Dans la moitié gauche de la face seulement, la sensibilité à la chaleur est conservée et une différence de température (35 degrés — 44 degrés) est nettement perçue.

En employant une eau à 85 degrés et en appliquant la bouteille à l'extrémité des doigts, le malade accuse au bout de quelques secondes, une sensation de chaleur assez vive. Mais sur tout le reste de l'étendue de la surface cutanée précédemment mentionnée, l'eau à 85 degrés maintenue sur la peau, aussi longtemps que l'on veut, ne produit aucune sensation de chaleur.

En d'autres termes, à part l'extrémité des doigts et un peu la paume de la main, le malade n'accuse qu'une sensation de contact, quelle que soit l'élévation de la température de l'eau appliquée sur la peau du malade dans les régions ombrées du *schéma*. C'est à peine si une application d'eau à 85 degrés produit à la longue une sensation de chaleur du reste fort supportable. On comprend donc aisément que le malade puisse se brûler sans en avoir conscience. (Voy. les *schémas*.)

Le malade ne présente pas de troubles trophiques cutanés, à part un état lisse de la peau des doigts. Les ongles sont intacts, mais les doigts présentent un peu l'aspect en massue. Les bras et les avant-bras se cyanosent peu au contact de l'air. En injec-



Topographie de l'analgésie et de la thermoanesthésie chez Gav...

tant sous la peau du bras droit 2 centigrammes de pilocarpine, la sueur ne se produit qu'au bout de douze minutes, et elle est beaucoup plus abondante dans les points correspondants aux zones d'analgésie et de thermoanesthésie que sur les autres points du corps.

Courants galvaniques. — Appareils de Gaiffe.

	GALVANOMÈTRE APÉRIODIQUE	
	Droit.	Gauche.
Trapèze...	PFC. à 23ma fortes contractions NFC. = 0.	à 28ma NFC.>PFC.
Deltoïde...	PFC. à 11ma fortes contractions NFC. = 0.	à 12ma NFC.=PFC.
Biceps....	12ma NFC.>PFC.	à 15ma NFC.>PFC.
Triceps...	15ma NFC.>PFC.	à 15ma NFC.>PFC.
Extenseurs des doigts.	12ma NFC.>PFC.	à 7ma NFC.>PFC.
Fléchisseurs de l'avant-bras.	25ma NFC. PFC. = 0.	

Examen électrique. — Appareil à chariot de Dubois-Reymond, modifié par Gaiffe. Minimum d'excitation, 10^{c},5 d'écartement des bobines.

	MEMBRE SUPÉR. GAUCHE Cent. d'écart. des bobines.	MEMBRE SUPÉR. DROIT Cent. d'écart. des bobines.
Grand pectoral.........	0	0
Deltoïde..............	9,5	8,5
Biceps................	10	8
Triceps...............	9,5	9
Extenseurs des doigts..	10,5	9,5
Radiaux...............	9,5	9,5
Long supinateur.......	9,5	9,5
Féchisseurs des doigts..	0	0
Thénar................	0	0
Interosseux...........	0	0
Trapèze...............	9,5	8,5
Sus-épineux...........	8	5
Sous-épineux..........	0	0

Diminution très grande de la sensibilité électrique. La sensibilité électrique au pinceau est presque éteinte dans tous les

points correspondant à l'anesthésie thermique et douloureuse. (Voy. les *schémas*.)

Il existe donc, en résumé, une perte complète de la contractilité faradique et galvanique des muscles de la main et des fléchisseurs des doigts, du sous-épineux et du grand pectoral, avec réaction de dégénérescence dans les muscles trapèze et deltoïde droits.

La sensibilité électrique est très diminuée.

Messieurs, la syringomyélie, comme vous pouvez le voir par les symptômes présentés par ce malade, se traduit par un cortége symptomatique tout à fait caractéristique, permettant d'en faire le diagnostic pendant la vie. Elle ne doit en effet être considérée, ni comme une affection exceptionnelle, ni comme une curiosité anatomo-pathologique. L'affection n'est pas rare, car Mlle Baumler, dans une thèse récente (*Thèse de Zurich*, 1887), a pu en réunir plus de cent observations, dont deux personnelles. Ces observations se décomposent en : soixante-six observations avec autopsie, de malades ayant présenté pendant la vie une symptomatologie médullaire, en vingt-cinq observations purement anatomiques et en dix cas purement cliniques. A ces observations il faut ajouter les cas récents de Roth et de Schulze. Je veux bien que, parmi ces cas, ils s'en trouve quelques-uns qui n'aient pas toute la valeur désirable, mais le nombre des cas bien observés n'en est pas moins assez considérable pour nous permettre dès aujourd'hui d'en établir une histoire clinique. Notre malade peut, à cet égard, être considéré comme un cas absolument typique.

S'il est vrai que dans quelques cas, la syringomyélie évolue sans aucun syndrome clinique médullaire, dans la majorité des cas, au contraire, sa symtomatologie est caractéristique, et se manifeste surtout par deux ordres de symptômes : une *atrophie musculaire* débutant et surtout localisée aux petits muscles des mains, et des *troubles sensitifs spéciaux*, intéressant *la sensibilité thermique et douloureuse*. La fréquence de ces deux ordres de symptômes explique pourquoi tant de cas de syringomyélie ont été publiés sous la rubrique : « Atrophie musculaire progressive » ou « Atrophie musculaire s'accompagnant de troubles sensitifs » (Gull, Meher, Lockhart-clarke, Charcot. Joffroy, Hallopeau, Westphal, Roth, Kahler et Pick, Schultz, Freud, etc.).

Généralement, en effet, l'affection débute par une atrophie lente, progressive, le plus souvent bilatérale des petits muscles de la main, donnant à celle-ci l'aspect de la main simienne ou de la main en griffe, bref l'aspect du type Aran-Duchenne, de l'atrophie musculaire progressive. De là l'atrophie s'étend aux muscles des avant-bras, des bras, des épaules, du tronc. Presque en même temps apparaissent des troubles sensitifs : *analgésie et thermo-anesthésie* plus ou moins étendues, envahissant d'habitude les membres supérieurs, la tête, quelquefois les membres inférieurs, et s'accompagnant d'une intégrité, le plus souvent complète, quelquefois relative, de la sensibilité au contact et du sens musculaire. Si dans un certain nombre d'observations, les troubles de la sensibilité ne sont pas notés, cela peut très bien tenir au fait que ces troubles veulent être cherchés avec soin, étant donné l'intégrité ordinairement complète de la sensibilité tactile. Ces deux ordres de symptômes, atrophie musculaire des mains et paresthésies des membres supérieurs de la face, correspondent assez exactement, au siége de prédilection de la syringomyélie, dans la région cervicale inférieure et dorsale supérieure, intéressant la substance grise centrale de la moelle et envahissant les cornes antérieures.

Mais pour peu que la lésion évolue, pour peu qu'elle envahisse soit la substance blanche soit les cornes postérieures, soit le faisceau pyramidal, on voit se surajouter à ce syndrôme clinique, les symptômes d'une paralysie spasmodique (Strümpell), d'une sclérose latérale amyotrophique (Schultze, Kahler et Pick), d'une hémilésion médullaire (Schultze), voire même des symptômes bulbaires : il n'est pas rare, en effet, de voir la syringomyélie affecter une marche ascendante, et intéresser la racine ascendante de la cinquième paire, les noyaux des nerfs vague et hypoglosse.

A ces symptômes, s'ajoutent assez souvent des troubles trophiques cutanés ou autres ; on a signalé des hyperkératinisations, l'état lisse de la peau, l'hyperhydrosis, des fractures spontanées, l'amincissement des os, le gonflement des epiphyses, des lésions articulaires, des panaris avec perte des phalanges, etc , etc.

Lorsque l'affection est simple, que la substance blanche n'est pas envahie, le diagnostic de la syringomyélie est d'ordinaire facile.

Elle se distingue de l'atrophie musculaire progressive et de la myopathie strophique progressive par ses troubles sensitifs ; de la sclérose latérale amyotrophique, par sa marche beaucoup plus lente et encore par ses troubles sensitifs. Ces mêmes troubles et l'apparition beaucoup plus tardive de la paralysie spasmodique des membres inférieurs la distinguent des myélites cervicales et dorso-cervicales. La pachyméningite cervicale hypertrophique, se distingue par ses douleurs, la raideur de la nuque, ses contractures, par le mode de développement de la paralysie atrophique et l'attitude spéciale des mains.

Restent les névrites périphériques. Les névrites saturnines, alcooliques, arsénicales ne présentent généralement ni cette localisation, ni ces troubles sensitifs si spéciaux, ils se développent en outre beaucoup plus rapidement. Du reste, le diagnostic est facile, étant donné l'évolution, la marche et surtout la connaissance de la cause de l'affection. Ces mêmes particularités s'appliquent aux névrites survenant au cours ou dans la convalescence des maladies infectieuses. Parmi les névrites infectieuses, nous signalerons surtout la névrite lépreuse.

Dans la lèpre anesthésique, en effet (lèpre nerveuse systématisée de Leloir), on peut observer un tableau clinique très analogue à celui de la syringomyélie. On peut observer une atrophie musculaire d'origine lépreuse revêtant le type Aran-Duchenne, s'accompagnant du fait de la lèpre de troubles sensitifs, et l'on sait que l'analgésie comme la thermo-anesthésie sont des symptômes fréquents, sinon communs, de la lèpre nerveuse, si nous y ajoutons les troubles trophiques de cette affection, les mutilations fréquentes, on voit combien ce tableau se rapproche de celui de la syringomyélie. Je n'en veux pour preuve que les deux belles observations rapportées par M. Leloir, dans son remarquable *Traité de la lèpre* (XL et XLI, p. 162 et 166). N'était en effet la notion de la marche de l'affection, n'étaient les manifestations antérieures de la lèpre tuberculeuse, n'était enfin la notion étiologique spéciale à la lèpre, l'erreur de diagnostic serait inévitable comme dans les faits rapportés par Langhans et Rosenbach.

Quant à l'anatomie pathologique de cette affection, elle est aujourd'hui parfaitement connue. La syringomyélie, en effet, n'est autre chose qu'une gliomatose médullaire, avec foyers lacunaires consécutifs. Cette gliomatose se développe dans le centre de la moelle épinière, autour du canal central, et pousse parfois des prolongements du côté des faisceaux blancs. Tôt ou tard, il se forme au sein de ce tissu de nouvelle formation, des lacunes de volume variable, lacunes qui trompèrent autrefois les anatomo-pathologistes, qui les prirent pour le canal central de la moelle dilaté, c'est là du reste une interprétation qui ne saurait plus être soutenue aujourd'hui, car ces lacunes ne contiennent pas d'épithélium. La façon dont se forment ces lacunes (qui pénètrent parfois dans le canal central), n'est pas encore complétement élucidée. On ne saurait toutefois y voir le résultat d'une endartérite oblitérante, amenant le ramollissement du tissu, car, ainsi que le fait remarquer Schultze, dans la sclérose en plaques, où l'endartérite va souvent

jusqu'à l'oblitération complète, on n'observe pas ces formations lacunaires. Dans la myélite chronique, ces mêmes lacunes ne s'observent pas davantage. Du reste, la syringomyélie ne relève pas d'un processus myélite, mais bien d'un processus de nouvelle formation, d'une néoplasie gliomateuse de la moelle épinière.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

Les microbes ci-devant pathogènes, n'ayant conservé, en apparence, que la propriété de végéter en dehors des milieux vivants, peuvent-ils récupérer leurs propriétés infectieuses primitives, par M. *A. Chauveau*. — Continuant ses recherches, M. Chauveau établit d'abord qu'il est facile, comme l'a montré M. Pasteur, de restituer son activité à la virulence amoindrie du bacille charbonneux. Il suffit pour cela que le microbe atténué puisse encore tuer les sujets appartenant aux catégories d'animaux particulièrement impressionnables au charbon, comme les cobayes d'un jour et les souris. Après un certain nombre de passages du microbe sur ces animaux, puis sur d'autres moins sensibles, on arrive sûrement à reconstituer un virus tuant le mouton et le lapin, tout aussi bien que le bacille qui n'a pas traversé une phase d'atténuation. Mais, quand il s'agit de cultures devenues absolument incapables de manifester leur virulence, par l'inoculation aux animaux, quels qu'ils soient, comment s'assurer que cette virulence disparue n'est pourtant pas une virulence détruite et qu'on peut lui restituer sa puissance ?

Il fallait se rabattre sur l'exploitation de moyens spéciaux de culture *in vitro* pour arriver à la révivification cherchée.

Après une série d'expériences, M. Chauveau est arrivé aux conclusions suivantes :

1° La *reconstitution* de la virulence *disparue*, dans les races de *Bacillus anthracis* destituées, en apparence, de toute propriété infectieuse, paraît tout aussi facile et tout aussi sûre que l'*exaltation* de la virulence simplement *diminuée*, dans les races atténuées de M. Pasteur;

2° Cette reconstitution de la virulence *disparue* ne peut être demandée qu'aux moyens de culture *in vitro;*

3° La *nature* du bouillon employé comme milieu nutritif joue le principal rôle dans les cultures destinées à rappeler la virulence : le sang frais doit entrer dans la composition de ce bouillon. Le sang de cobaye a été seul essayé. Il est probable, mais on ne saurait l'affirmer, que celui d'autres espèces se comporterait à peu près de la même manière ;

4° Il est prouvé que l'anaérobiose imparfaite favorise l'action reconstituante exercée par le sang ajouté au bouillon ;

5° Une certaine pauvreté du bouillon en matières nutritives est également favorable à cette influence reconstituante du sang.

Discutant ensuite la théorie relative à la disparition et à la réapparition de la virulence, M. Chauveau (voy. au Premier Paris, p. 149) n'admet point, avec M. Bouchard, qu'il s'agisse là de deux produits différents, venant d'un même microbe pathogène, le premier (*le virus*) pouvant disparaître par l'atténuation que provoque l'action de l'oxygène sous pression, le second (*le vaccin*) conservant ses propriétés préservatrices. Pour l'auteur, il s'agit, au contraire, d'une diminution réelle de la virulence du microbe pathogène, celui-ci sécrétant en moins grande quantité des produits qui, s'ils sont suffisants pour impressionner l'organisme, sans l'altérer trop profondément, agissent comme vaccins et confèrent l'immunité. Ce qui tend à prouver que ces produits *vaccinogènes* ne diffèrent pas essentiellement des produits *virulents*, c'est que l'inoculation d'une *très petite quantité* de microbes doués de toute leur virulence agit de même en conférant l'immunité sans provoquer la maladie.

« On peut donc, dans ce cas, dit M. Chauveau, s'expliquer les effets produits par l'inoculation du microbe pathogène sans avoir besoin de faire intervenir une substance vaccinale distincte de la matière infectieuse. Or, ce qui est plausible pour l'explication des effets produits par de minimes quantités d'agents nettement virulents peut bien l'être aussi pour l'explication des effets que déterminent les agents dont la virulence a été atténuée ou a même complètement disparu. Les deux cas peuvent être réunis, au moins provisoirement, dans une seule et même interprétation.

« J'ajoute que l'explication inverse s'applique exactement à la réapparition de l'activité virulente. Ce n'est pas la sécrétion d'une matière nouvelle, le poison infectieux, qui s'ajoute alors à la sécrétion persistante d'une matière vaccinale, supposée indépendante. Le microbe n'avait pas complètement perdu la propriété de produire ledit poison infectieux ; il le fabriquait seulement en quantité trop petite ou avec une activité trop faible pour déterminer autre chose que l'infection rudimentaire, cause de l'immunité. Avec la réviviscence des cultures, le poison créé par le microbe devient graduellement plus énergique ou plus abondant, et acquiert ainsi la puissance nécessaire pour manifester ses effets toxiques habituels. »

« Il résulte de tout ce qui précède, dit en terminant M. Chauveau, que les microbes pathogènes, en perdant ou en récupérant la propriété infectieuse, ne subissent pas à proprement parler de transformation spécifique. Ces métamorphoses physiologiques ne sont que l'extension d'un cas général bien connu des botanistes, à savoir que les conditions de culture peuvent modifier, non seulement la forme, mais encore et surtout les fonctions des végétaux. L'exemple actuel ne diffère pas, au fond, de ceux qui sont présentés par un certain nombre de saprophytes non pathogènes, et dont il faut chercher les types les plus intéressants dans les curieux autant qu'importants travaux de M. Pasteur sur les levures. »

Et l'auteur en conclut que, dans la plupart des maladies infectieuses, on arrivera par inoculations à doses copieuses et réitérées de liquides devenus non virulents, par atténuation propensive, à conférer l'immunité sans créer aucun danger.

Du mécanisme de la mort des lapins transfusés avec le sang de chien, par M. *G. Hayem*. — Ainsi que l'ont vu MM. J. Héricourt et Ch. Richet, lorsqu'on injecte directement dans les vaisseaux du lapin une petite quantité de sang de chien, l'animal transfusé ne tarde pas à succomber. Que l'on emploie du sang complet ou du sang défibriné, le résultat est le même. Le sérum possède également les mêmes propriétés nocives.

Relativement à leur puissance toxique, ces trois liquides semblent pouvoir être placés dans l'ordre suivant, en allant du plus actif au moins actif : sang défibriné, sang complet, sérum. Mais, comme les différences dans l'intensité des effets sont peu accusées, il faudrait multiplier encore les expériences pour pouvoir fixer ce point d'une manière rigoureuse, d'autant que la résistance des animaux pour un même liquide varie dans une certaine mesure. Quoi qu'il en soit, il suffit d'une dose de 5 à 7 centimètres cubes de sang défibriné de chien par kilogramme de lapin pour entraîner la mort rapide des animaux mis en expérience.

M. Hayem, qui à diverses reprises a déjà étudié l'histoire anatomo-pathologique des concrétions sanguines intra-vasculaires, énumère les symptômes et les lésions que produisent ces injections. Il en conclut que la mort des animaux par asphyxie est la conséquence de l'arrêt du sang dans le cœur droit. Ceux-ci meurent comme si on leur avait jeté une ligature sur l'artère pulmonaire.

La cause de ce genre particulier de coagulation est due à la dissolution rapide des hématies du lapin dans le sérum du chien.

La transfusion du sang de chien au lapin a pour conséquence une destruction massive de globules rouges et la mise en liberté, dans le sang du transfusé, d'une quantité d'hémoglobine proportionnelle à la dose du sang injecté.

Or, Naunyn a démontré, en 1873, que le lapin peut succomber rapidement par formation de thromboses massives lorsqu'on lui injecte dans les vaisseaux du sang dissous ou même une dissolution d'hémoglobine cristallisée.

Les expériences qui viennent d'être rapportées prouvent que le même résultat peut être obtenu, peut-être même avec plus de régularité et de constance, à l'aide de la transfusion d'un sang ou d'un sérum étranger, exerçant une action dissolvante extrêmement intense sur les hématies du sang du transfusé.

Dans ces dernières années, Wooldridge a pu produire chez le lapin des thromboses veineuses en injectant dans les vaisseaux de cet animal une solution d'une matière albuminoïde qu'il retire particulièrement du thymus du veau et qu'il désigne sous le nom de *fibrinogène des tissus*.

Dans l'état actuel de nos connaissances, on peut donc dire que les globules rouges du sang, ainsi que les éléments anatomiques de divers organes, renferment des matières albuminoïdes impures, ayant la propriété de provoquer la prise en masse du sang vivant. Il est remarquable que dans les transfusions faites avec le sang de chien l'action coagulatrice s'exerce d'une manière toute spéciale au niveau des cavités droites du cœur.

Ces expériences rapprochées des recherches antérieures de M. Hayem, éclairent d'un jour nouveau la pathogénie des thromboses et des embolies d'origine dyscrasique en montrant que les transfusions de sang et de sérum peuvent donner naissance aux deux variétés de concrétions sanguines intra-vasculaires que M. Hayem a nommées *concrétions par précipitation* les grumeleuses produisant des embolies et des infarctus hémorrhagiques ; les massives ou thrombosiques capables de déterminer rapidement la mort par asphyxie.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 5 MARS 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MAURICE PERRIN.

Après le dépouillement de la correspondance, M. le président prononce les paroles suivantes :

« Ce n'est pas sans une vive émotion que j'ai la douleur d'annoncer à l'Académie la mort de mon collègue et ami M. Legouest, premier inspecteur général du service de santé de l'armée.

« Malgré les soins aussi éclairés que dévoués dont il était entouré, il a succombé ce matin à six heures et demie.

« Un article formel de son testament nous interdit de parler sur sa tombe, mais qu'il soit permis néanmoins au président de l'Académie d'adresser un suprême adieu au collègue éminent qui a dirigé ses travaux avec autant de distinction que d'autorité pendant l'année 1881, à l'homme de haute valeur qui, dans sa carrière militaire et académique, s'est toujours distingué par l'élévation de son esprit, la sûreté de son jugement, la loyauté et la fermeté de son caractère.

« Il nous laisse l'impérissable souvenir de ce que doit être la dignité médicale.

« En signe de deuil je lève la séance. »

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1889. — PRÉSIDENCE DE M. LE DENTU.

Impuissance guérie par la cure radicale d'un varicocèle : M. R. Jamin (M. Segond, rapporteur. Discussion : MM. Berger, Terrier, Championnière, Quénu, Horteloup, Reclus, Le Dentu). — Résection du genou : M. Defontaine. (M. Chauvel, rapporteur. Discussion : MM. Championnière, Routier). — Striction de la verge par une ficelle, M. Le Dentu. — Résection du pied par le procédé Wladimiroff-Mikulicz. M. Berger. — Fracture du coude. M. Routier.

M. *Segond* lit un rapport sur un fait de M. Jamin : *impuissance due à un varicocèle; cure radicale du varicocèle; guérison.* Le diagnostic de la cause a été porté parce que l'érection était possible dans le décubitus dorsal ; mais ne pouvant rester en arrêt dans une autre attitude, le malade était impropre au coït. La puissance fut récupérée, dans toutes les positions, par le port d'un appareil spécial, suspenseur et compresseur : mais cet accoutrement n'eût pas été sans quelque ridicule pendant les ébats amoureux. M. Jamin fit donc la cure radicale du varicocèle par la résection du scrotum associée à la résection des veines (procédé de M. Guyon). Après de simples velléités, la verge récupéra en quelques semaines une rigidité satisfaisante ; et, après une courte période de tâtonnements, le malade put enfin connaître, dans leur intégrité, les plaisirs inhérents à son sexe. M. Segond, après avoir rappelé quelques cas analogues, dus surtout à Vidal (de Cassis), insiste sur les procédés opératoires et conclut que l'on ne saurait être partisan exclusif de la résection veineuse ou de l'excision du scrotum, ou de leur association. Souvent pourtant, comme l'a bien vu Henry (de New-York), la résection du scrotum suffit.

MM. *Berger* et *Terrier* pensent que les troubles génésiques observés quelquefois en cas de varicocèle sont surtout d'origine hypochondriaque et qu'alors ils peuvent cesser sous l'influence morale d'une opération quelconque. M. *Terrier* ajoute qu'à New-York Keen opère par la ligature sous-cutanée des veines variqueuses. Il pense que les interventions atteignant les veines n'ont actuellement aucune gravité.

M. *Championnière* a vu des récidives après les ligatures veineuses. Il est partisan de la résection scrotale, depuis longtemps d'ailleurs préconisée par Dionis, et analogue dans son action à l'anneau de Nélaton. La douleur est peut-être un facteur important de l'impuissance.

M. *Quénu* ne croit pas que la pathogénie de l'impuissance soit aussi claire qu'on le dit. Il serait bon d'examiner les nerfs du cordon.

M. *Horteloup* n'a pas noté de récidive chez les malades qu'il a opérés en associant l'excision du scrotum à la résection des veines postérieures.

M. *Reclus* pense avec M. Segond que le procédé de Henry a beaucoup d'avenir. Après la résection des veines, il a observé une fois l'atrophie du testicule.

M. *Le Dentu* est d'avis que l'on doit être éclectique. Toutes les opérations sont bonnes : cela dépend des cas.

M. *Segond* constate que l'excision simple du scrotum a des partisans : et elle en gagnera encore. Quoi qu'on en dise, les opérations sur les veines sont plus aléatoires. Un fois il a eu des accidents de phlébite, qui n'ont fait, il est vrai, que retarder la guérison.

M. *Terrier* maintient ses préférences pour la résection des veines. L'atrophie du testicule tient, à son sens, à ce que l'on a coupé l'artère spermatique. La phlébite provient d'un défaut d'antisepsie. Donc, fautes opératoires et non point vice du procédé.

— M. *Le Dentu* relate trois observations d'uréthroplastie heureuse pour des *sections incomplètes de la verge*, dues à une striction par une ficelle.

— M. *Chauvel*. Rapport sur un travail de M. *Defontaine* (du Creuzot) : *suppression du drainage dans la résection du genou*. Ce travail est basé sur deux opérations heureuses, pour tumeur blanche. Il y a eu un soupçon de suppuration. M. Defontaine n'a enlevé que peu d'épaisseur des trois os et a fait ainsi une résection intra-capsulaire.

M. *Championnière* ne voit pas quel intérêt il y a à supprimer le drainage qui dans l'espèce n'allonge pas le traitement et est une grande sécurité. En outre, pour dépasser le mal et se mettre à l'abri des récidives, il faut presque toujours dépasser largement les limites de la capsule. M. *Routier* appuie ce dernier avis.

— M. *Berger* présente un malade auquel il a fait la résection du pied connue sous le nom d'*opération de Wladimiroff-Mikulics* (ablation du tarse postérieur, suture de l'avant-pied aux os de la jambe et marche sur les orteils, redressés à angle droit sur les métatarsiens). Le résultat est bon.

M. *Routier* présente un malade atteint de *fracture du coude* guérie avec des mouvements normaux de la jointure.

Société de biologie.

SÉANCE DU 2 MARS 1889. — PRÉSIDENCE DE M. DUCLAUX, VICE-PRÉSIDENT.

Sur le mode de préparation des substances employées en thérapeutique oculaire : M. Galezowski. — De la sclérose cérébrale : M. Chaslin. — Procédé de dosage du fer : M. Lapicque.

M. *Galezowsky* a reconnu que l'action de différentes substances employées dans la thérapeutique oculaire, atropine, duboisine, cocaïne, etc., varie beaucoup suivant le mode de préparation de ces substances ; de plus, toutes ces préparations s'altèrent plus ou moins avec le temps. Il a trouvé le moyen de remédier à ces inconvénients en faisant préparer ces divers alcaloïdes exclusivement avec l'acide borique : ils se conservent alors très bien et les solutions ont une action constamment identique ; il faut seulement en employer une quantité un peu plus forte.

— M. *Chaslin*, en faisant une étude anatomo-pathologique minutieuse de plusieurs cerveaux d'épileptiques, y a trouvé des lésions très nettes de sclérose atrophique. Ces lésions se ramènent en somme à des altérations de la névroglie. Il conclut de ces faits que beaucoup des lésions décrites sous le nom de sclérose cérébrale ne doivent être dues qu'à la prolifération de la névroglie.

— M. *Lapicque* décrit un procédé simple et rapide de dosage du fer dans le sang, applicable à quelques grammes de substance. La destruction des matières organiques s'obtient par l'action combinée de l'acide sulfurique et de l'acide azotique à chaud ; on évalue ensuite au moyen du colorimètre de Duboscq la coloration rouge développée par l'addition de sulfocyanate d'ammoniaque. Il résulte des dosages de contrôle effectués par M. Lapicque que l'erreur maxima est de 2 pour 100 à peine.

Société anatomique.

SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1889. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

— M. *Paul Bezançon* communique un fait d'*anévrysme aortique ouvert dans le péritoine et accompagné d'hémorrhagie cérébrale*.

— M. *Martin Durr* fait voir un *kyste hydatique du cœur*.

— M. *Hartmann* étudie le *mécanisme de la torsion de l'intestin*.

— M. *G. Marchant* démontre, avec pièces à l'appui, *les indications de la résection dans l'ostéomyélite aiguë et chronique des adolescents*.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE

Du traitement de la phthisie par les injections intraparenchymateuses de créosote, par M. le docteur Stachiewicz. — C'est la méthode de Rosenbuch dont notre confrère russe a fait usage, sans en obtenir les résultats annoncés par son inventeur. Il a constaté l'augmentation de la toux et des crachats, mais sans abaissement de la température. De plus, il attribue cette exagération des phénomènes locaux à l'irritation inflammatoire purulente par la créosote.

Les injections pulmonaires interstitielles de créosote sont donc contre-indiquées si le phthisique est prédisposé aux hémoptysies et dans les cas d'infiltrations tuberculeuses, car il y a danger de tuberculose miliaire et de destruction du tissu pulmonaire. Au siège de l'injection, il se produit une destruction de ce tissu, et cette destruction, quand elle est située sur les limites des zones d'infiltration tuberculeuse, peut être favorable à l'élimination des foyers morbides et à leur limitation. C'est pourquoi l'emploi de cette médication n'est pas justifiable quand les zones d'infiltration sont très peu étendues, car, dans ce cas, l'inflammation secondaire peut favoriser l'envahissement des régions encore saines ou produire d'inutiles destructions de tissu.

La technique de cette opération consiste dans l'emploi d'aiguilles assez fortes, longues de 5 à 7 centimètres et mesurant en épaisseur 1 millimètre à 1 millimètre 1/2. Aussitôt après l'opération, M. Stachiewicz recommande aux malades l'observation d'un repos absolu et l'application d'un sac rempli de glace sur la région correspondant à celle où l'injection a été pratiquée. (*Przg. Lekarski*, 1888, n° 21.)

De l'influence des agents antipyrétiques sur l'élimination des substances azotées, par MM. Muneo Kumagawa. — Cet important mémoire est le résumé de nombreuses observations et se termine par des conclusions que nous allons résumer.

Le *benzoate de soude* a été administré par doses physiologiques à des chiens dont l'alimentation était copieuse. L'augmentation des matières azotées dans les urines variait entre 2 à 5 et 19 à 20 pour 100 ; elle augmentait quand l'animal était mal nourri. De plus, une moitié du benzoate de soude était éliminée en nature et l'autre à l'état d'acide hippurique.

L'*acide benzoïque* pur produisait une élévation semblable du chiffre des substances azotées dans les urines. Son action antiseptique sur le tube digestif était considérable et l'urine éliminée ne contenait plus qu'un sixième des bactéries qu'elle renfermait normalement.

Le *salicylate de soude* augmentait la quantité des matières azotées de l'urine dans le rapport de 10,6 à 13,4 au minimum et de 19,8 à 21,3 pour 100 au maximum ; celle de l'acide urique dans le rapport de 31 à 48,6 au minimum et 57 à 74,4 pour 100 au maximum ; celle des sulfates dans les proportions de 7,2 à 13,7 et de 18,6 à 26,9 ; enfin celle de l'acide sulfurique pur dans les rapports de 10,6 à 19,6 et de 28,5 à 38,9 pour 100. L'action microbicide de l'acide salicylique dans le tube digestif est peu marquée, probablement à cause de son absorption rapide.

Le *salol* augmente considérablement le chiffre des matières azotées dans les urines. Ce chiffre s'élève de 19 à 41 pour 100. Son

action antiseptique sur le tube intestinal n'est pas nettement manifestée.

L'*antifébrine* ne modifie pas l'élimination des substances azotées quand on l'administre à faibles doses. A celles de 4 à 6 grammes par jour, elle l'augmente de 30,8 à 35,7 et de 77,7 à 78,8 pour 100. Son absorption est rapide, son élimination complète dans l'espace de vingt-quatre heures et son action antiseptique sur le canal alimentaire très puissante. Le nombre des microbes de l'urine est diminué dans la proportion de 11 sur 37.

L'*antipyrine* n'a pas une action aussi constante : dans un cas elle ne modifiait pas le chiffre des matières azotées contenues dans l'urine, dans une autre expérience elle l'augmentait dans la proportion de 62,6 pour 100.

Le *sulfate de thalline* possède une action semblable. La quantité des matières azotées contenues dans l'urine s'élevait, sous son influence, dans le rapport de 6,6 et de 26,8 pour 100. Enfin son élimination à l'état de sulfate était rapide. (*Virchow's Archiv*, Bd. 1 et 3, heft I, p. 134.)

De l'action de la digitale sur la température normale et de sa valeur antithermique dans la fièvre typhoïde, par M. J. Leidy. — De ses nombreuses expériences cliniques et physiologiques l'auteur conclut qu'à l'état normal la digitale abaisse la température de 1 degré à 1 degré 1/2, et que cet abaissement persiste un ou deux jours après qu'on a cessé l'ingestion du médicament. Chez les typhoïsants, elle diminue la fréquence du pouls, le nombre des respirations et la température; ces trois phénomènes sont en rapport les uns avec les autres.

Les indications de son emploi sont les symptômes de faiblesse cardiaque, surtout quand ils accompagnent l'adynamie. Par contre, elle est contre-indiquée quand le pouls est fort et bondissant.

M. Leidy préfère la teinture dans la fièvre typhoïde et l'infusion s'il existe une affection chronique du cœur. De plus, il n'hésite pas, s'il y a intolérance stomacale, à l'administrer par la voie hypodermique et note des succès quand on l'associe à l'eau froide et à la quinine. (*The Therapeutic Gaz.*, p. 661, octobre 1888.)

Du traitement des épanchements pleurétiques récents par les purgatifs salins, par M. le docteur Blackie Smith. — Pour donner raison de cette médication, on déclare que les évacuations alvines abondantes ont pour effet de concentrer le liquide sanguin et de favoriser l'absorption : c'est là un des motifs pour lesquels on recommande la médication hydragogue. De plus, on invoque encore un exemple : la disparition des épanchements séreux après les abondantes évacuations du choléra.

M. Blaikie Smith utilise systématiquement ces données physiologiques et cliniques pour le traitement des épanchements de la plèvre. A cet effet, il prescrit chaque jour deux doses de 8 grammes de sulfate de magnésie en solution dans une quantité aussi petite que possible d'eau tiède. Il préfère le sulfate de magnésie aux autres purgatifs salins en raison même de son énergie.

L'épanchement diminue, ajoute-t-il, graduellement en raison directe de l'abondance de la diarrhée. La diarrhée n'augmente pas, il est vrai, mais dans l'espèce, la perte de liquides par l'intestin donne raison de sa raréfaction. Au demeurant, cette pratique n'est qu'une application de la médication hydragogue. (*The Brit. med. Journal*, 13 octobre 1888, p. 809.)

Du calomel comme diurétique, par MM. Jones et Schwass. — Dans un cas de cirrhose hépatique, M. Jones a prescrit le calomel à la dose de 3 et 5 grains par jour. Dès le second jour, il notait l'augmentation de la diurèse et la persistance de cette augmentation durant cinq jours après la cessation du médicament. Douze jours plus tard, il répétait avec un semblable succès la même médication, et put ainsi dans l'espace de vingt-cinq jours amener la guérison de l'ascite. M. Jones conclut à l'utilité d'associer le calomel avec la digitale et la scille. Il termine enfin, en adoptant la théorie, soutenue par M. Paton, de l'action du mercure sur les éléments figurés du sang se traduisant par l'augmentation de la quantité d'urée. La présence de cette dernière en excès dans le sang serait l'origine de la diurèse provoquée par le calomel. (*Brit. med. Journal*, 22 septembre 1888.)

M. Schwas vient aussi de recommander l'association du calomel à la digitale et se fonde pour célébrer les mérites de cette médication sur les essais qui ont été poursuivis depuis deux années dans le service de Senator (de Berlin). Cette association aurait pour effet de prolonger l'action diurétique de la digitale et de la scille. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1888, n° 38.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité du palper abdominal au point de vue obstétrical et de la version par manœuvres externes, par A. Pinard. 2e édition très augmentée. — Paris, G. Steinheil, 1889. In-8° de 392 pages avec 37 figures.

Ceux de nos lecteurs qu'intéressent les choses de l'accouchement connaissent à fond la première édition de ce livre qui a si profondément modifié, en moins de dix ans, les conditions du diagnostic et de la pratique obstétricale, et initié au palper et à la version par manœuvres externes toute la jeune école française. Je ne ferai donc qu'en signaler ici les remaniements les plus importants.

S'appuyant sur des recherches poursuivies sans relâche depuis 1878, et en particulier sur les résultats que lui a donnés l'examen minutieux et quotidien des femmes grosses dans un service où il en passe plus de deux mille par an, M. Pinard confirme et étaye de précieuses statistiques ses idées d'antan sur les lois de l'accommodation pendant la grossesse. Il insiste à nouveau sur ce fait, si capital pour le praticien, qu'il n'a jamais rencontré que les présentations consacrées par Mme Lachapelle; et c'est en vain qu'on chercherait dans son livre ces présentations du dos, de l'abdomen, etc., que voudraient réhabiliter à l'heure actuelle quelques élèves attardés de Mme Boivin. Il maintient, au même titre, ce qu'il a écrit en 1878 sur le non-engagement du siége pendant la grossesse, et sur les présentations de la face qu'il considère comme secondaires et produites par le travail, n'ayant encore pu constater par le palper (seul procédé d'exploration raisonnablement applicable à ce genre de recherches) une de ces présentations primitives que diagnostiquaient si aisément, par le toucher, Nægele, Spiegelberg et Valenta. M. Pinard nous indique enfin ce que nous devons penser de certaines attitudes fœtales bizarres fréquemment notées, dans la grossesse gémellaire, par d'autres observateurs au cours d'une pratique notablement plus restreinte.

Dans la seconde partie de son *Traité*, celle qui a subi les remaniements les plus marqués, l'auteur aborde, dans une série de chapitres que nous ne saurions trop recommander à l'attention non seulement des accoucheurs mais encore des chirurgiens, les applications du palper au diagnostic de la grossesse, dans les cas où le fœtus est mort, le liquide amniotique en quantité exagérée, l'œuf dégénéré ou ectopique, les fœtus multiples. De nombreuses observations, choisies parmi les plus intéressantes de la pratique hospitalière de M. Pinard, fixeront dans l'esprit du lecteur les points les plus importants afférents à ces délicates questions. Viennent ensuite le palper dans la délivrance normale et anormale et dans l'hydrocéphalie, sur lesquels je ne puis insister ici, et ses applications nouvelles à la mensuration *in utero* de la tête fœtale.

Ce dernier chapitre est un des plus importants de l'ouvrage, le palper mensurateur, comme l'appelle M. Pinard,

nous paraissant appelé à doubler la puissance de l'accouchement prématuré artificiel dans le traitement des rétrécissements du bassin.

Depuis longtemps les accoucheurs avaient, grâce à M. Tarnier, un bon moyen (que vient de perfectionner M. Champetier de Ribes) de provoquer l'accouchement prématuré; mais c'était une question à la fois fort simple et fort difficile à résoudre que de savoir à quel moment on y devait avoir recours.

C'était une question fort simple : car, d'après l'enseignement classique, il suffisait de déterminer par la pelvimétrie digitale l'étendue du diamètre antéro-postérieur minimum ou diamètre utile. Si le bassin mesurait 9, on laissait la femme aller à terme, à moins qu'un ou des accouchements antérieurs n'eussent montré les dangers de l'expectation; si le bassin mesurait 8 1/2, on faisait accoucher la femme à huit mois et demi; 8, à huit mois, etc. On poussait la précision jusqu'à fixer un mois d'avance la date de l'accouchement provoqué. En théorie c'était parfait.

En pratique la question se révélait bien plus complexe. Dans nombre de cas il était impossible de déterminer avec précision : 1° l'étendue du diamètre utile; 2° l'âge exact de la grossesse. D'autre part on négligeait un facteur capital : le volume de l'enfant. Et l'on voyait alors trop souvent ceci : ou l'on attendait trop longtemps et l'accouchement ne pouvait se terminer qu'après une application de forceps laborieuse entraînant la mort de l'enfant ou après une basiotripsie; ou bien l'on intervenait trop tôt et l'on séparait de la mère, avant le temps nécessaire, un fœtus insuffisamment développé qui succombait de faiblesse congénitale. La couveuse avait en partie remédié à ce second écueil. Mais le premier restait toujours avec son terrible aléa. M. Pinard montre comment, par le palper mensurateur, on peut apprécier, ce qui seul importe, les dimensions respectives de la tête du fœtus et de l'anneau pelvien qu'elle doit traverser; il nous a, par sa pratique, fait constater à maintes reprises les immenses avantages de cette méthode sur l'ancienne, en diminuant dans des proportions étonnantes le nombre des cas nécessitant l'emploi du forceps ou du basiotribe dans les rétrécissements du bassin.

On trouvera dans la troisième partie du *Traité*, plus nettement formulés que dans la première édition, les indications, les contre-indications et le manuel opératoire de la version par manœuvres externes. L'auteur prouve, chiffres en main, qu'il a atteint le but qu'il s'était proposé en supprimant de sa pratique les présentations vicieuses.

Dans un appendice est exposée la méthode employée par M. Pinard pour réduire en présentations du sommet les présentations de la face.

Je souhaite, pour ceux qui liront cette analyse trop courte à mon gré, qu'elle les engage à méditer ce livre tout d'observation personnelle, où l'auteur a mis le meilleur de lui-même et dont il aurait pu dire, comme jadis Mauriceau : « Vous pourrez vous fier au chemin qu'il vous montre, puisque pour vous y conduire, je vous fais un fidèle récit de tout ce que j'ai remarqué de plus particulier avec un assez heureux succès. »

H. Varnier.

VARIÉTÉS

NÉCROLOGIE : M. LEGOUEST.

M. Legouest a succombé mardi dernier, 5 mars, aux suites d'un phlegmon septique de la région sus-hyoïdienne dont il avait été atteint dans les derniers jours de l'année dernière. L'Académie de médecine, dont il avait été le président en 1881, et la médecine militaire ressentiront vivement sa perte. Bien que depuis près de quatre ans il n'appartînt plus au cadre d'activité, l'ancien et le premier médecin inspecteur général de l'armée ne s'était pas désintéressé de l'avenir de ce corps de santé dont il avait été pendant plus de dix ans le chef hiérarchique en même temps que le chef scientifique incontesté et le guide, dans la lutte toujours renaissante pour la revendication de ses droits. Disciple de Bégin, à qui il a dédié son œuvre principale, il se servit de l'autorité que lui assuraient ses longs services, sa valeur morale, sa situation scientifique, pour conduire la médecine militaire à l'autonomie qu'elle possède aujourd'hui.

Né à Metz, le 1er mai 1820, dans cette pépinière de médecins d'armée, la Lorraine, qu'il devait voir un jour arracher à la France, Legouest entra de bonne heure dans la médecine militaire. Ses débuts n'y furent pas brillants, si l'on en juge par son avancement; il avait trente-trois ans quand, après quelques années d'Algérie, il fut nommé major au 2e chasseurs. Mais le concours le fait agrégé de chirurgie à l'École du Val-de-Grâce. Bégin et Michel Lévy ont compris sa valeur, et ses travaux, dont il a recueilli les matériaux dans les hôpitaux de Constantinople, commencent sa réputation scientifique et lui ouvrent les portes de la Société de chirurgie. (Mémoires sur les congélations, les amputations du pied, etc.) En Italie, le corps d'armée dont il est le médecin en chef ne prend qu'une part minime à la lutte. Professeur de clinique chirurgicale et de blessures de guerre au Val-de-Grâce, Legouest s'y montra à la hauteur de sa situation. Exigeant pour ses subordonnés auxquels il demande l'exactitude et le zèle, il sait reconnaître et apprécier le travail dont on fait preuve; et pour ses malades il ne redoute ni ses peines ni son temps. Sous une apparence froide, il cache une sensibilité bienveillante pour ceux qui l'approchent; comme chef il semble parfois un peu sévère, mais il est juste, compensation hautement appréciée de tous. C'est pendant son professorat au Val-de-Grâce que M. Legouest publia son *Traité de chirurgie d'armée* (1863), la quatrième édition de sa *Médecine opératoire de Sédillot*, œuvres considérables, où se révèle la sûreté de son jugement et l'étendue de ses connaissances.

L'Académie de médecine lui ouvre ses portes, la guerre de 1870 le fait inspecteur du service de santé. Ses forces, un moment affaiblies par une maladie grave de l'estomac, lui sont revenues au moment où s'ouvre devant l'Académie le grand débat sur les rapports de la médecine et de la pharmacie militaires. Legouest en porte vaillamment le poids, et son éloquent plaidoyer, s'il ne parvient pas à entraîner la majorité, fait ressortir la haute valeur et l'intelligence élevée du président du Conseil de santé des armées. L'une et l'autre lui sont nécessaires pour continuer les luttes engagées contre l'intendance, pour défendre dans les Commissions du Sénat, de la Chambre, auprès des ministres qui se succèdent, les intérêts de la médecine militaire. Enfin la loi de 1882 consacre le principe de l'autonomie du corps de santé, et grâce à l'énergie du baron H. Larrey, ancien médecin inspecteur, l'inspectorat général est maintenu. C'est à M. Legouest qu'est donnée pour la première fois cette situation élevée, qui fait de lui le chef, au moins hiérarchique, du service de santé de l'armée. Il conserva trois ans ses hautes fonctions, poursuivant jusqu'à son dernier jour la mission qu'il avait faite sienne : maintenir la médecine militaire dans la voie du travail, de labeur scientifique où Michel Lévy l'avait depuis vingt ans engagée et où l'avaient suivi la considération des chefs militaires et l'estime des confrères civils.

M. Legouest réunissait en lui les qualités qui font le vrai chef de corps: valeur incontestée, jugement sûr, impartialité. Sa haute stature, la dignité de sa tenue comme celle de sa vie, ses traits accentués et énergiques en imposaient

à tous. Nous ne pouvons dans cette courte notice apprécier ses travaux scientifiques, pas plus que la part importante qu'il a prise aux discussions de la Société de chirurgie, dont il fut le secrétaire général, à celles de l'Académie où il siégea vingt ans. Il fut pour moi un ami après avoir été un maître; il restera dans mon esprit comme le type de ces hommes accomplis, dont le souvenir entraîne le regret de ne pouvoir être ce qu'ils ont été.

J. Chauvel.

— Nous avons aussi le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Lallement, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Nancy, fondateur du Bureau d'hygiène de cette ville; Perroud, professeur adjoint, chargé de la clinique des enfants à la Faculté de médecine de Lyon; Dhamelincourt, de Boyelles; de la Tourette, de Saint-Georges-sur-Loire; Labrousse, de Ribérac; Veith, médecin d'arrondissement à Wissembourg.

Service de vaccine de l'Académie de médecine. — Grâce à une allocation spontanément accordée par M. le directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au ministère de l'intérieur, l'Académie a pu faire construire sur une partie du jardin qui onge le boulevard Saint-Germain, une vacherie à trois étables, pourvue d'une salle de vaccination pour les animaux. A partir d'hier 7 mars, les vaccinations animales se feront avec du vaccin recueilli sur des génisses provenant du service de la vaccine de l'Académie. A dater de ce jour, les médecins et sages-femmes peuvent recevoir gratuitement soit du vaccin humain soit du vaccin animal, en s'adressant directement à l'Académie ou au ministère de l'intérieur par l'intermédiaire des maires de leur localité.

Institut Pasteur. — M. Duclaux commencera le mardi 19 mars à deux heures et demie, à l'Institut Pasteur, 25, rue Dutot, le cours officiel de chimie biologique qu'il faisait les années précédentes à la Sorbonne. Les personnes qui désirent suivre ce cours peuvent se procurer des cartes au secrétariat de la Faculté des sciences à la Sorbonne.

M. Roux commencera, le vendredi 15 mars, un cours pratique de micro-biologie. Les personnes qui désirent suivre ce cours doivent se faire inscrire à l'économat de l'Institut Pasteur, 25, rue Dutot. Le droit d'inscription est de 50 francs. En s'inscrivant les élèves recevront une notice donnant les indications nécessaires.

Faculté de médecine de Paris. — Par décret, la chaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, prend le titre de clinique obstétricale. M. Tarnier, professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, est nommé professeur de clinique obstétricale.

École de médecine d'Angers. — Un concours s'ouvrira, le 5 novembre 1889, devant l'École supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale, à l'École de médecine d'Angers.

Un concours s'ouvrira, le 18 novembre 1889, devant l'École supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle, à l'École de médecine d'Angers.

École de médecine de Limoges. — Le concours qui devait s'ouvrir, le 5 novembre 1889, devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Limoges, n'aura pas lieu.

École de médecine de Marseille. — M. Domergue, suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale est chargé, en outre, d'un cours de pharmacie jusqu'à la fin de l'année scolaire 1888-1889.

Bureau central (*Médecine*). — La première épreuve d'admissibilité du concours pour trois places de médecin du Bureau central, a eu lieu le mercredi 27 février. — Le sujet était : *De la sclérose du cœur*.

Clinique ophthalmologique des Quinze-Vingts. — M. le docteur Abadie a donné sa démission de médecin de la clinique des Quinze-Vingts pour reprendre la direction de sa clinique particulière. M. le docteur Chevallereau, médecin suppléant de la clinique nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts, a été nommé médecin titulaire, en remplacement de M. le docteur Ch. Abadie.

Un concours sera institué pour la place devenue vacante de médecin suppléant.

École du service de santé militaire a Lyon. — Par décision du ministre de la guerre, l'École du service de santé militaire s'ouvrira le 9 mars 1889.

Elle recevra : 1° les élèves ayant concouru avec quatre et huit inscriptions et nommés élèves du service de santé militaire le 14 octobre 1888; 2° les élèves actuellement en deuxième ou troisième années d'études, et nommés élèves en 1887, qui en ont fait la demande. Les élèves admis entreront à l'École les 9 et 10 mars 1889.

Concours pour l'admission a l'École du service de santé militaire en 1889. — Un concours s'ouvrira, le 8 août 1889, pour l'admission à l'École du service de santé militaire.

Les étudiants de quatre à douze inscriptions valables pour le doctorat sont admis à concourir en 1889 pour entrer à l'École; ceux de seize inscriptions pourront concourir pour des emplois d'élèves du service de santé militaire, mais ne seront pas admis à l'École. Ils recevront une indemnité de 100 francs par mois à partir de leur admission et devront être reçus docteurs avant le 1er février de l'année qui suivra leur admission.

Nul ne peut être admis au concours s'il n'a préalablement justifié qu'il a eu, au 1er janvier de l'année du concours : Moins de vingt-deux ans, pour les élèves concourant pour entrer en quatrième division (quatre inscriptions) ; moins de vingt-trois ans, pour les élèves concourant pour entrer en troisième division (huit inscriptions) ; moins de vingt-quatre ans, pour les élèves concourant pour entrer en deuxième division (douze inscriptions) ; moins de vingt-cinq ans, pour les élèves concourant à seize inscriptions.

Néanmoins, les militaires ayant quatre inscriptions et âgés de plus de vingt-deux ans, qui auront accompli au 1er juillet six mois de service réel et effectif, sont autorisés à concourir, pourvu qu'ils n'aient pas dépassé l'âge de vingt-cinq ans à cette même date et qu'ils soient encore sous les drapeaux au moment du commencement des épreuves ;

L'épreuve écrite aura lieu dans les villes suivantes : Alger, Amiens, Angers, Arras, Besançon, Bordeaux, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Toulouse, Tours.

Les épreuves orales auront lieu pendant le mois de septembre : à Paris (le 2), à Lille (le 6), à Nancy (le 10), à Lyon (le 14), à Montpellier (le 19), à Bordeaux (le 23), à Rennes (le 27).

Le registre d'inscription sera ouvert du 1er au 25 juillet dans les préfectures de chaque département. Les demandes de bourses devront y être déposées pendant la même période par les parents ou tuteurs des candidats.

Hospice de la Salpêtrière. — M. le docteur Auguste Voisin reprendra ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche 10 mars, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Mortalité a Paris (8e semaine, du 17 au 23 février 1889. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 15. — Variole, 1. — Rougeole, 46. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 12. — Diphthérie, croup, 45. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 165. — Autres tuberculoses, 25. — Tumeurs : cancéreuses, 36 ; autres, 6. — Méningite, 31. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 45. — Paralysie, 2. — Ramollissement cérébral, 5. — Maladies organiques du cœur, 57. — Bronchite aiguë, 42. — Bronchite chronique, 57. — Broncho-pneumonie, 28. — Pneumonie, 70. — Gastro-entérite : sein, 11 ; biberon, 49. — Autres diarrhées, 3. — Fièvre et péritonite puerpérales, 6. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 26. — Sénilité, 44. — Suicides, 13. — Autres morts violentes, 9. — Autres causes de mort, 192. — Causes inconnues, 16. — Total : 1061.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

18555. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

TRENTE-SIXIÈME ANNÉE — N° 11 — 15 MARS 1889

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

BULLETIN

Paris, 13 mars 1889.

Académie des sciences : **La vaccination de la morve.** — *Société médicale des hôpitaux :* **La transmission des maladies contagieuses.**

En terminant l'un des chapitres de son beau livre sur la tuberculose, notre maître, M. Villemin s'exprimait ainsi : « En résumé il n'existe pas de maladies dans le cadre nosologique qui aient entre elles des analogies plus nombreuses et plus évidentes que la tuberculose et la morve. Elles se touchent par tous les côtés de leur histoire jusqu'à se confondre en plusieurs points. Frappé d'un pareil rapprochement, nous ne pouvous nous empêcher de les considérer comme des espèces voisines d'un même genre... » Nous avons tenu à citer ces paroles, que l'avenir a pleinement justifiées, au moment de signaler l'importante communication que M. le professeur I. Straus vient de faire à l'Académie des sciences. En raison des étroites parentés étiolologiques et anatomiques qui unissent la morve aux deux grandes maladies virulentes humaines, la tuberculose et la syphilis, tout ce qui concerne l'infection morveuse doit, en effet, intéresser le médecin. Or jusqu'à ce jour la morve avait été considérée comme le type des maladies virulentes pour lesquelles il n'existe pas d'immunité dérivant d'une première atteinte. Saint-Cyr, le professeur de l'École vétérinaire de Lyon, à qui la science vétérinaire doit, en ce qui concerne la morve, tant de progrès utiles, assimilait cette maladie à la syphilis, et plusieurs vétérinaires à son exemple ont pensé qu'elle ne pouvait être contractée qu'une seule fois comme la syphilis chez l'homme. Toutefois cette vue théorique ne répondait pas aux faits expérimentaux qui montrent que la morve est pour ainsi dire indéfiniment réinoculable au cheval et au chien.

Quoi qu'il en soit, l'idée d'une vaccination possible par inoculation préventive paraissait devoir être écartée à priori. Les recherches de M. I. Straus ouvrent à cet égard une voie nouvelle. Notre savant ami a eu, en effet, l'idée ingénieuse de s'adresser non à l'âne, au cheval, ou au cobaye dont la réceptivité morveuse est très intense, mais bien au chien, qui ne contracte que très difficilement la maladie et chez qui les inoculations sous-cutanées ne donnent naissance qu'à un ulcère local caractéristique qui se cicatrise rapidement. Ainsi qu'on le verra dans la note que nous reproduisons ci-dessous (p. 176), M. Straus a procédé par injection intra-veineuse et obtenu ainsi, en introduisant dans la veine saphène des *quantités notables* du bouillon de culture, des accidents de morve suraiguë généralisée, à localisations tégumentaires et viscérales et rapidement mortelle. Cette injection étant faite à dose plus faible détermine une maladie atténuée, et les animaux ainsi inoculés restent ensuite et longtemps réfractaires à l'injection intra-veineuse de liquides très virulents même à dose massive.

Voici l'un des résultats expérimentaux. Il démontre, au moins pour le chien, car malheureusement les mêmes effets n'ont pu encore être obtenus sur les solipèdes, que l'on peut arriver, dans les cas de morve, à produire l'immunité par un procédé à peu près semblable à celui qui la détermine, alors qu'il s'agit d'autres maladies virulentes comme le charbon. Peut-être parviendra-t-on, en modifiant les procédés d'inoculation imaginés par M. Straus, à vacciner de même les chevaux et les ânes.

Une deuxième conclusion à déduire de ces expériences nous paraît plus intéressante encore à signaler. La morve du chien, déterminée par injections intra-vasculaires de cultures du bacille de la morve, est peut-être le plus bel exemple des différences d'effets que l'on peut obtenir en inoculant des quantités variables de substances virulentes. Ces expériences répondent dès lors avec une netteté presque schématique à la question que nous posions il y a huit jours au sujet des expériences de M. Chauveau. De grandes doses de matière virulente tuent ; de petites doses rendent malade et confèrent l'immunité. La vaccination, qui résulte de cette inoculation d'un virus non atténué mais inoculé en petites proportions, est l'une des plus solides que l'on connaisse. On peut, après la vaccination, injecter dans la veine des quantités véritablement *formidables* de culture virulente (cent fois, mille fois plus considérable que la quantité qui tuerait infailliblement un chien non préparé) sans provoquer aucun désordre appréciable.

Grâce à cette étude de la morve chez un animal à faible réceptivité, M. Straus a donc réussi à démontrer que la morve, elle aussi, obéit à la loi de l'immunité.

Cette découverte aura, nul ne saurait le nier, une impor-

tance capitale au point de vue de la pathologie générale. La morve, nous l'avons rappelé plus haut, se rapproche de la tuberculose. Or il est des animaux très réfractaires à cette maladie (les moutons, les chèvres, par exemple). Ne pourrait-on chercher à obtenir sur ces animaux des résultats à peu près semblables à ceux que vient de nous faire connaître M. I. Straus? Et, si l'on y arrivait, ne serait-il pas possible de chercher peu à peu les procédés et les méthodes qui permettent d'atténuer suffisamment le virus tuberculeux de façon à créer un vaccin inoculable aux espèces à réceptivité plus active? Nous ne voulons pour aujourd'hui que poser ces questions. Il nous suffira de les avoir indiquées pour bien faire comprendre toute la portée scientifique des expériences dues à M. le professeur Straus.

— A l'Académie de médecine nous ne pouvons que mentionner la suite des communications de M. Verneuil sur l'étiologie du tétanos. Nous résumerons l'ensemble de ce vaste travail quand la discussion sera terminée. Nous attendons aussi pour parler de la communication de M. Roussy que la Commission nommée pour examiner son mémoire ait fait un rapport. Il serait impossible d'examiner, sans les analyser longuement, les nombreuses conclusions de l'auteur.

— La très intéressante communication qui vient d'être faite à la *Société médicale des hôpitaux* par M. Cadet de Gassicourt apporte à la doctrine de la contagiosité des maladies de l'enfance un argument statistique des plus précieux. Il en résulte, en effet, que, dans l'immense majorité des cas, ce ne sont ni les médecins, ni les élèves, ni les infirmiers qui transmettent la maladie des salles d'isolement aux salles communes. Les cas intérieurs sont toujours ou presque toujours dus à l'introduction dans l'hôpital d'un malade qui y séjourne, qui se trouve pendant un temps appréciable en contact avec ses voisins et qui leur donne ainsi la rougeole ou la scarlatine dont il est atteint lui-même. Il importe de faire ressortir cette conclusion. Elle démontre, en effet, que les méthodes de prophylaxie individuelle — indispensables lorsqu'il s'agit de la septicémie chirurgicale ou puerpérale et peut-être de diphthérie — sont bien moins utiles, lorsque l'on a affaire à des rubéoliques ou à des scarlatineux, que les mesures d'isolement rigoureux et de surveillance intelligente et attentive. On ne manquera point, en effet, de retenir des statistiques présentées par M. Cadet de Gassicourt le fait sur lequel nous voulons surtout insister. Il existe à l'hôpital Trousseau des salles de médecine, des salles de chirurgie, et des salles consacrées au traitement des teigneux. Les médecins, les élèves, les gens de service sont appelés dans ces diverses salles; mais les malades venus du dehors ne sont admis dans les salles de teigneux que lorsqu'ils sont atteints de cette affection parasitaire. Or, dans les salles de teigneux, on n'a observé en 1888 aucun cas intérieur de rougeole, de scarlatine, de diphthérie ou de coqueluche. Ceux-ci, au contraire, ont été très fréquents dans les salles de chirurgie, plus fréquents même que dans les salles de médecine, et cela sans doute d'une part parce que la surveillance y est moins attentive au point de vue de l'existence possible d'une maladie éruptive et d'autre part en raison de ce que, débilités par une maladie chirurgicale chronique, les jeunes malades sont plus aptes à gagner la fièvre éruptive qui leur est apportée du dehors.

Il convient donc de s'associer sans réserves aux propositions développées par M. Cadet de Gassicourt et de conclure, avec lui et avec M. Sevestre, que le seul moyen de diminuer dans les hôpitaux d'enfants le nombre des cas intérieurs serait d'exercer une surveillance plus sévère sur les entrants, d'avoir des salles et des chambres d'isolement, de pouvoir, lorsqu'il s'agit de malades alités, évacuer tout de suite dans le service d'isolement non seulement l'enfant qui a apporté dans la salle commune un germe de maladie, mais encore ses voisins immédiats, et enfin de pratiquer la désinfection avec soin.

Toutes ces salles, toutes ces chambres d'isolement seront-elles faciles à obtenir dans les hôpitaux d'enfants? Nous n'avons pas à résoudre cette question; mais, avant même qu'elle soit abordée, ne serait-il point nécessaire de réglementer le service des consultations externes? C'est, en effet, cette promiscuité si dangereuse de malades attendant longuement le moment où ils seront admis à l'hôpital qui le plus souvent propage les maladies contagieuses. M. Ollivier et M. Comby ont indiqué le remède qu'appelle une organisation encore bien défectueuse. Nous faisons des vœux pour que leurs protestations soient écoutées. Mais nous voudrions plus encore. En ville, dans les cités ouvrières, dans les logements où tant d'enfants se trouvent en contact journalier, rien, absolument rien n'est tenté pour empêcher la propagation des maladies les plus redoutables, la diphthérie par exemple. Nous pouvons citer à ce sujet un fait des plus navrants. Dans une de ces grandes maisons où les ménages d'ouvriers vivent pressés les uns contre les autres, un malade atteint de diphthérie est soigné à domicile pendant dix jours, puis évacué à l'hôpital Saint-Antoine où il meurt. Atteinte quinze jours plus tard de la même maladie, la femme de ce malheureux succombe à son tour. Les scellés sont apposés sur l'appartement qu'ils occupaient. Pendant quinze jours, sans qu'aucune mesure de désinfection ait été prise, le logement reste clos, renfermant les lits, les vêtements de ces malades. Après quinze jours on lève les scellés, on fait un inventaire et le mobilier tout entier est envoyé à l'Hôtel des ventes où il est vendu. Dans l'intervalle un voisin a été à son tour atteint de diphthérie et a succombé; un enfant est actuellement malade. Combien d'autres victimes auront faites ce linge, cette literie imprégnés de germes diphthéritiques, non lavés, non désinfectés? Vraiment, aujourd'hui que l'on commence à se préoccuper de ces questions de prophylaxie, il serait temps d'intervenir et d'insister énergiquement pour armer la police sanitaire de pouvoirs plus étendus et surtout pour faire exécuter avec plus d'énergie les règlements en vigueur.

CLINIQUE CHIRURGICALE

De la cystoscopie ou endoscopie vésicale.

En 1807, Bozzini (de Francfort-sur-le-Mein) décrivit, sans aucun succès d'ailleurs, un appareil qui permettait, disait-il, d'éclairer les cavités du corps humain. Cette machine inefficace fut bientôt rejointe dans l'oubli par le spéculum uréthro-vésical que Ségalas inventa en 1826.

Désormeaux, en 1853, pensa avoir plus de succès. Son instrument souleva bien des controverses, mais il resta, en somme, la base des endoscopes construits par Cruise (de Dublin), Fürstenheim, Stein, Grünfeld. Le principe ne varie pas : un tube recligne étant introduit dans l'urèthre,

on y projette un faisceau lumineux, tandis qu'on regarde, par le même orifice, la surface ainsi éclairée.

Les connaissances de physique les plus élémentaires font comprendre immédiatement que l'on ne saurait avoir de la sorte que des vues bien imparfaites. Que de rayons doivent se perdre, à l'aller et au retour, en cheminant dans ce défilé si long et si étroit! Et puis, on n'a sous l'œil qu'une surface bien étroite, et pour se faire une idée de ce que peut être la face interne de la vessie, le chirurgien doit se livrer à un travail de mosaïste, sujet à bien des erreurs.

Les choses en étaient là lorsque, en 1876, M. Nitze commença ses recherches, fondées sur des principes optiques essentiellement différents de ceux que l'on avait appliqués jusqu'alors. D'étape en étape, ce savant ingénieux a peu à peu inventé, modifié, perfectionné ses instruments et l'on ne saurait méconnaître que, grâce à lui, la cystoscopie a fait depuis une dizaine d'années des progrès considérables. Nul doute qu'elle ne soit appelée à rendre en clinique des services importants. Aussi avons-nous tenu à mettre nos lecteurs au courant de la technique générale de ce mode d'exploration. Quelques figures, envoyées par M. Nitze, nous ont été prêtées par la rédaction des *Annales des maladies des organes génito-urinaires*. Elles aideront beaucoup à la clarté d'une description souvent un peu sèche (1).

I

Nitze, avons-nous dit, a établi ses instruments sur des principes nouveaux. Il a pensé, d'abord, que le seul moyen d'éclairer d'un coup toute la surface interne de la vessie était d'introduire la source lumineuse dans la cavité vésicale elle-même, distendue par un liquide transparent.

Cette idée est réalisable aujourd'hui que les électriciens nous fournissent des lampes assez petites pour être contenues dans une sonde n° 20 ou n° 21. L'éclairage allait bien avec les lampes à fil de platine; mais l'échauffement était tel qu'un courant d'eau fraîche devait constamment assurer la réfrigération de la vessie. Outre la complication d'un semblable appareil, il va sans dire qu'une bonne partie du tube uréthral étant ainsi remplie, il restait bien peu de place aux rayons visuels. La lampe Édison, s'échauffant très peu, a enfin permis de résoudre le problème. Elle a encore l'avantage d'être mise en action par une simple pile à l'acide chromique, mélangé d'acide sulfurique.

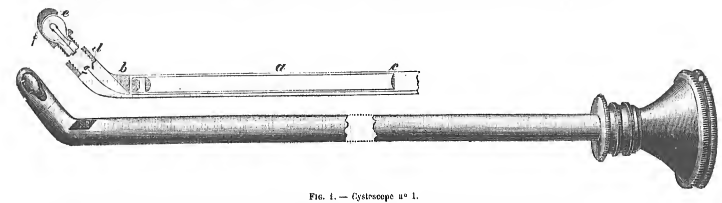


Fig. 1. — Cystoscope n° 1.

Une semblable source lumineuse étant au bec d'une sonde à petite courbure, si l'on a fait une fenêtre au talon de l'instrument, dans l'axe du tube uréthral, on peut regarder sans peine la partie de surface vésicale située sur le prolongement de cet axe. De même, la fenêtre étant faite en un point quelconque de la partie intravésicale, si on la garnit d'un prisme à réfraction totale convenablement orienté. Mais, vu l'étroitesse et la longueur du tube, le champ visuel ainsi obtenu est singulièrement étroit, et l'on retombe dans le second inconvénient des anciens endoscopes.

Ici intervient le second principe nouveau : à l'aide d'un appareil optique convergent, condenser une large surface vésicale en une petite image réelle ne dépassant pas les dimensions du tube endoscopique. L'appareil est formé de plusieurs lentilles, combinées de telle sorte que l'image se fait près du pavillon de la sonde, et là elle est examinée à la loupe. Nous ne croyons pas devoir insister davantage sur les lois d'optique dont l'inventeur a eu à tenir compte. Ceux qui sont quelque peu familiarisés avec les mystères du plan focal et du plan principal comprendront sans peine comment fonctionne le système de lentilles montré par la figure 1 et nous ne voulons pas importuner ceux qui n'ont cure de la théorie et de la physique.

Comment donc est construit un cystoscope ? car il faut dire cystoscopie, et non endoscopie, ce dernier vocable s'appliquant à l'inspection de toute cavité.

Un cystoscope est une sonde qui a, à peu près, la forme et les dimensions d'un lithotriteur. Le calibre est du n° 20 à 21 pour l'adulte; du n° 16 pour les enfants.

Le bec se termine par une vis femelle dans laquelle va être fixé le bout de sonde, constitué par la lampe, entourée d'une coque d'argent, coque percée d'une fenêtre par laquelle émergent les rayons éclairants. Dans la sonde est un fil conducteur, et le métal de l'instrument lui-même sert de conducteur au second pôle. Un coup d'œil sur la figure fait comprendre comment le contact s'établit lorsque la lampe est vissée; comment, d'autre part, rien n'est plus simple que de changer une lampe dont le charbon est usé, ce qui, entre les mains de Nitze, a lieu à peu près tous les six mois.

Le prisme est enchâssé dans une fenêtre, dont la position varie suivant le modèle de l'instrument. Dans ce que Nitze appelle cystoscope n° 1, elle est située à la face supérieure de l'extrémité vésicale de la partie rectiligne, en deçà du coude par conséquent. Dans d'autres, elle est percée entre le coude et la lampe, soit en arrière (cystoscope n° 2), soit en avant (cystoscope n° 3).

Dans les trois instruments, la fenêtre de la lampe regarde dans le même sens que la fenêtre du prisme.

(1) Après une série de publications préalables, M. Nitze vient de faire paraître un traité didactique, *Lehrbuch der Kystoscopie; ihre Technik und klinische Bedeutung*, Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1889.

II

Pour que la cystoscopie soit possible, il faut réaliser trois conditions: l'urèthre doit se laisser franchir; la vessie doit supporter une injection; le liquide injecté doit rester assez transparent pour permettre une vision distincte des objets qu'il sépare de la lampe. Dans certains cas, ces circonstances favorables existent, et l'on n'a aucune manœuvre spéciale à faire pour tourner une difficulté. Partons donc de ce cas simple pour indiquer les règles principales de la cystoscopie.

Le sujet est placé sur le dos, le bassin élevé, les cuisses fléchies et écartées, dans la position dite de la taille. Le chloroforme est inutile. Les précautions antiseptiques seront rigoureuses, surtout lorsque le sujet n'a pas de cystite. Tous les instruments sont lubrifiés à la glycérine, l'huile et les diverses graisses ayant l'inconvénient de ternir et la lampe et le prisme, tandis que la glycérine, restée adhérente au verre, se dissout vite dans le liquide intravésical.

Premier temps. — Évacuer la vessie, car la couleur jaune de l'urine est une condition optique défectueuse pour le milieu transparent où la lampe doit rayonner.

Deuxième temps. — Laver avec soin l'urèthre pour éviter qu'un reste de mucus ne vienne adhérer aux verres et les obscurcir. Pour cela, laver d'abord l'urèthre antérieur, puis l'urèthre postérieur et enfin la vessie, en laissant ensuite le malade pisser ce liquide, ce qui lavera une fois de plus l'urèthre.

Troisième temps. — Cocaïniser l'urèthre antérieur, puis le postérieur, puis la vessie. Cela n'est pas indispensable dans les cas ordinaires, mais la précaution est bonne, car elle évite au patient toute sensation désagréable. Nitze injecte dans la vessie 50 centimètres cubes de solution à 2 pour 100.

Quatrième temps. — Injecter dans la vessie 150 centimètres cubes d'une solution antiseptique incolore. Faire l'injection avec une seringue et non avec un irrigateur, de façon à bien apprécier les résistances.

Cinquième temps. — Injecter dans la vessie une petite bulle d'air qui, surnageant au point le plus élevé de la vessie (paroi antéro-supérieure), servira de point de repère.

Sixième temps. — Introduire le cystoscope, ce qui, vu la courbure et le diamètre (n° 20 ou 21; 16 pour les enfants), n'a rien de bien spécial.

Septième temps. — Manœuvrer dans la vessie et regarder. Il n'y a pas besoin d'apprendre à y voir, comme pour l'ophthalmoscopie. Mais il faut savoir s'orienter et interpréter ce qu'on voit; or cette éducation est assez longue. Il y a, en effet, peu de points de repère pour se diriger : le trigone est à peu près le seul, et artificiellement on y joint la bulle d'air. En outre, l'image est assez déformée, surtout quand on regarde les parties inférieures, parce que les dimensions sont d'autant plus grandes que l'objet est plus près du prisme. Enfin, les déplacements de ces images pendant les déplacements de l'instrument ne sont bien interprétés que si l'on a une connaissance exacte des propriétés optiques de l'appareil; si on se souvient toujours bien pendant la manœuvre dans quel sens le prisme est incliné sur la région examinée et à quelle distance il en est. L'éducation s'acquerra soit dans une vessie artificielle, soit sur le cadavre, soit, mieux encore, dans la vessie normale d'un vivant. Nitze dit avoir fait supporter à un patient bien portant deux heures d'examen : c'est beaucoup, malgré la cocaïne, pour un individu qui n'en retirera aucun bénéfice.

Dans la vessie, le cystoscope n° 1 étant introduit, on se meut à peu près comme avec un lithotriteur, en faisant des mouvements d'avant en arrière et de rotation; en changeant l'axe de ces mouvements par des déplacements du pavillon dans le sens transversal ou dans le sens vertical. Il ne faut jamais laisser la lampe au contact de la paroi, qu'on pourrait brûler; on reconnaît ce contact à un obscurcissement rouge, total ou partiel, du champ visuel, la paroi déprimée par le bec formant capuchon et venant empiéter plus ou moins sur le champ lumineux du prisme.

Pour explorer méthodiquement la vessie avec le cystoscope n° 1, Nitze conseille les cinq mouvements suivants: 1° tourner l'instrument de façon que le bec fasse avec la verticale un angle de 22 degrés et demi à droite; puis, élevant un peu le pavillon, pousser la sonde jusqu'au contact de la paroi postérieure et alors élever peu à peu le pavillon pour que peu à peu le bec, s'abaissant et se rapprochant de l'horizontale, longe le plus possible la paroi postérieure; 2° tourner le cystoscope de 45 degrés à gauche en élevant le pavillon, et retirer l'instrument, doucement au contact du bas-fond, pour conduire le coude au col de la vessie; 3° une fois là, tourner encore le bec de 45 degrés à gauche et déplacer le pavillon vers la gauche, puis pousser pour prendre à nouveau le contact de la paroi postérieure; 4° déplacer le pavillon vers la droite, tout en tournant le bec de 135 degrés à droite, et retirer l'instrument pour revenir au col; 5° enfin abaisser le pavillon et enfoncer dans la vessie le bec, qui regarde alors en bas et en arrière. Ce dernier temps est le plus difficile. De sa perfection dépend la vue complète ou incomplète du bas-fond avec le cystoscope n° 1. Si cette vue reste incomplète, alors on aura recours au n° 2, puis au n° 3.

Dans tous ces mouvements on se guide sur un bouton placé à l'extrémité supérieure du diamètre vertical du pavillon. La position de ce bouton est toujours semblable à celle du bec de la sonde. En outre, on a par l'image endoscopique quelques points de repère.

L'aspect du col, d'abord, est important. Il forme dans le bas de l'image une courbe à concavité supérieure, ordinairement unie, rarement rendue dentelée par des plis radiés. Si on fait revenir ce prisme en partie dans l'urèthre, cette ligne du col est remplacée par une ombre rougeâtre, l'angle qui empiète sur le prisme étant rendu diaphane par l'éclairage intravésical. Si on pousse, au contraire, l'instrument, la ligne du col se rétrécit, puis disparaît, et bientôt apparaît la bulle d'air, reconnaissable à sa forme, à ses reflets, à sa mobilité. Elle jalonne le point culminant.

A la face inférieure, enfin, se voient les élevures sur lesquelles s'ouvrent les uretères, élevures très variables, toujours vues de près et par conséquent grossies. Elles en imposeraient donc sans peine pour une tumeur, n'était l'orifice de leur sommet. Ces élevures, observées pendant quelque temps, subissent des mouvements, puis brusquement on a la sensation d'un jet liquide clair (mais non pas jaune) s'élevant vers le prisme : c'est l'écoulement, saccadé, de l'urine dans la vessie.

III

Tout ne va pas toujours avec une semblable simplicité, et dans la pratique on aura souvent à triompher d'un

obstacle, tenant à l'état de l'urèthre, de la vessie ou du milieu transparent.

Ainsi l'hypertrophie de la prostate allonge l'urèthre : mesure à prendre à l'avance, de façon à choisir un instrument long en conséquence. Et puis ces prostates saignent facilement, et il n'est pas rare de constater, une fois dans la vessie, que les surfaces transparentes du cystoscope sont obscurcies d'une pellicule sanguine ramassée au passage, pour peu qu'on ait hésité sur la route à suivre ; on aura donc soin de frayer le chemin à l'avance. Enfin on ne manœuvre pas toujours en toute liberté dans ces vessies dont le col est surélevé et le bas-fond spacieux : c'est alors surtout que les cystoscopes n[os] 2 et 3 sont utiles.

Il va sans dire qu'un rétrécissement de l'urèthre sera au préalable dilaté par les moyens appropriés. Un rétrécissement du méat n'empêche pas l'examen séance tenante, mais il faut le traiter par la divulsion et non par l'incision, car le sang salirait le verre du prisme et celui de la lampe.

Mais les cas ne sont pas rares où la vessie ne tolère pas 150 grammes de liquide; certes 100 grammes, 60 grammes même suffisent, mais encore ne peut-on quelquefois rien introduire, ou à peu près. Nitze établit alors plusieurs catégories.

Dans l'une, il range les vessies dont les parois sont calleuses, cicatricielles, infiltrées d'exsudat inflammatoire ; alors, rien à faire : à vouloir triompher de l'obstacle, on s'exposerait à la rupture de la vessie.

Dans une autre, il s'agit d'un spasme réflexe par douleur. Pour les *spasmes légers*, on peut souvent réussir à l'aide d'une injection sous-cutanée de morphine; la cocaïne a peu d'efficacité. On aura encore la précaution de n'injecter que peu de liquide pour laver la vessie ; de ne pousser que peu à peu l'injection définitive, habituant ainsi peu à peu la vessie à la distension. — Dans les *cas intenses*, le malade sera soumis pendant quelques jours au repos au lit, aux suppositoires morphinés, aux balsamiques (au santal surtout); si les phénomènes inflammatoires persistent, on fera des injections faiblement astringentes ou des instillations argentiques; les phénomènes inflammatoires une fois un peu éteints, on soumettra la vessie à des séances de dilatation progressive. Avec ces moyens, on arrivera le plus souvent à éviter le chloroforme, qui, en tout cas, est d'ailleurs souverain. Nitze n'y a eu recours que trois fois, dont deux sur la demande expresse de malades pusillanimes. Dans ces conditions on peut agir, car la rupture n'est pas à craindre.

Dans la troisième catégorie, enfin, la vessie, tolérante au début, s'irrite pendant les injections préparatoires, devient rebelle à la cocaïne, expulse son contenu entre l'urèthre et la sonde. C'est ce qui a lieu si l'opérateur, sentant au piston une résistance légère, veut triompher de l'obstacle par la force : c'est aller au-devant d'une défaite certaine. Pour vaincre, il faut reculer d'abord pour revenir à la charge avec douceur, après s'être bien assuré que le bec n'est pas au contact du col, région qui, dans les vessies, ne supporte pas la moindre violence. En même temps, un aide comprime l'urèthre autour de la sonde, pour empêcher le liquide, injecté lentement, de s'écouler au fur et à mesure. Au reste, presque toujours, la morphine a raison de ces difficultés.

Les exsudats inflammatoires peuvent troubler la transparence du milieu : c'est affaire de lavages. De même pour le sang, lorsque l'hémorrhagie est légère. L'hémorrhagie, d'ailleurs, est fort importante, car c'est surtout les tumeurs qu'elle complique, et c'est surtout pour les tumeurs que la cystoscopie est précieuse. Il est vrai qu'on peut en grande partie l'éviter si on a soin, pendant les manœuvres préparatoires, de ne jamais laisser la vessie se mettre à sec : c'est à ce moment, en effet, qu'elle saigne. Dans certains cas, on aura avantage à se garder de tout lavage et à utiliser comme milieu transparent, si elle est assez limpide, l'urine qu'on aura laissé s'accumuler. En semblable occurrence, on n'introduira même pas une sonde pour porter la cocaïne dans la vessie. La solution sera poussée par une simple injection uréthrale forcée. Enfin, une fois dans la vessie, on fera aussi peu de manœuvres que possible, et l'on n'aura pas recours aux cinq mouvements de l'exploration méthodique. On inspectera immédiatement le siège de prédilection, c'est-à-dire la face inférieure.

Quelquefois enfin, le malade vient consulter à l'occasion même d'un pissement de sang : l'examen n'est possible qu'après cessation de la période hématurique.

IV

Décrire les particularités des images endoscopiques des cystites, des vessies à colonne, de la tuberculose, des calculs, des tumeurs, nous entraînerait trop loin et n'aurait que peu d'utilité. Aussi bien les figures que nous reproduisons ici fournissent-elles des renseignements sur ce que l'on peut voir dans les cas les plus importants : les calculs et surtout les tumeurs. La figure 2 représente un calcul associé à une hypertrophie prostatique. Les figures 3, 4, 5 et 6 sont des images de tumeurs.

Passons donc sous silence ces descriptions minutieuses, et, avant de terminer, demandons-nous quels services on est en droit d'attendre de la cystoscopie.

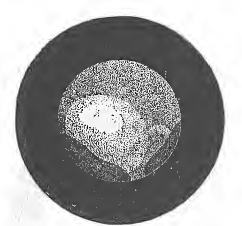


Fig. 2. — Pierre phosphatique, avec hypertrophie de la prostate.

D'après Nitze, de toutes les manières d'interroger et d'explorer les malades atteints de troubles urinaires, la taille hypogastrique exploratrice peut seule donner des résultats plus précis que ceux de l'endoscopie. Or, c'est toujours une opération sérieuse.

Peut-être l'inventeur exagère-t-il un peu l'importance qu'il y a à constater de *visu* un corps étranger, un calcul, la rougeur ou l'ulcération d'une cystite. Mais il reste deux conditions où la cystoscopie est appelée à jouer un rôle de premier ordre. Elle sera une ressource des plus précieuses pour établir le diagnostic précoce des

tumeurs. Et d'autre part, si l'on se souvient, que l'on peut voir l'urine sortir des uretères, n'a-t-on pas là un moyen de déterminer si cette urine est claire ou trouble; d'avoir ainsi des données exactes sur l'état respectif des

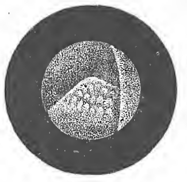


Fig. 3.

deux reins : données du plus haut intérêt pour qui veut aborder la chirurgie rénale.

Ce n'est pas tout, et la thérapeutique sera peut-être rede-

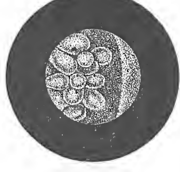


Fig. 4.

vable de quelques progrès à l'endoscopie. Ainsi, on a prétendu — à tort probablement — que les récidives des calculs sont fréquentes après la litholapaxie. Dans ce débat,



Fig. 5.

les partisans de la taille révoquent en doute les résultats négatifs de l'exploration faite, par le simple cathétérisme, avant de renvoyer les malades comme guéris : ils devront, sans doute, s'incliner devant les constatations indéniables de la cystoscopie. Enfin, d'après Nitze, pour les tumeurs petites, polypiformes, on peut reconnaître avec exactitude comment s'implante le néoplasme, que l'on va ensuite saisir et arracher avec un instrument approprié. Puis, grâce



Fig. 6.

au cystoscope, on peut vérifier si la besogne est bien faite La cystoscopie aurait donc, sœur de la laryngoscopie, créé une méthode chirurgicale nouvelle : l'extraction des tumeurs de la vessie par les voies naturelles, car on ne peut décorer du nom de méthode les quelques tentatives de ce genre faites jusqu'à présent au hasard. Certes ce procédé ne revendique que les petites tumeurs polypeuses; il laisse les autres à la taille hypogastrique. Mais il prétend détrôner les ablations par la voie périnéale, déjà condamnée comme voie d'exploration.

Tel est le résumé des principales idées de M. Nitze. Nous avons cru devoir, en le faisant, insister sur les données de technique opératoire et nous abstenir de toute appréciation critique. Il faut le temps pour que chaque chirurgien puisse éclairer sa religion sur la valeur exacte de l'endoscopie dans les diverses maladies de la vessie.

Depuis quelque temps, M. Guyon s'est attaché à cette étude et l'an prochain nous espérons voir paraître une thèse importante, due à l'un de ses élèves les plus distingués. Alors il sera possible de porter un jugement dont on peut prévoir, d'ailleurs, que quelques points seront sûrement favorables.

A. Broca.

CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES

Des injections hypodermiques de lactate de quinine.

Il y a quelques années nous avons démontré, à cette place même, la supériorité du lactate de quinine sur les autres sels analogues, lorsqu'il s'agit d'injections sous-cutanées.

La grande solubilité du lactate de quinine (1 gramme de sel pour 4 d'eau distillée), ensuite sa richesse en alcaloïde (78 pour 100) devaient faire préférer ce sel à tout autre. Cependant la pratique des injections sous-cutanées de lactate de quinine ne s'est pas répandue et nous avons reçu de nombreuses plaintes de nos confrères sur les produits que leur livrait le commerce. Longtemps nous avons cherché la raison de cet insuccès; aujourd'hui que nous l'avons trouvée, nous nous empressons de la faire connaître, afin

d'établir définitivement une formule scientifique pour les injections hypodermiques de quinine.

Il existe une anomalie singulière dans la solubilité du lactate de quinine : dès que ce sel est cristallisé, il ne se dissout plus que dans dix fois son poids d'eau; tandis que la dissolution au quart qui n'a pas encore fourni de cristaux se conserve indéfiniment à ce titre. De là les résultats contradictoires des praticiens.

Si le pharmacien achetait du lactate de quinine très blanc et bien cristallisé, il lui était impossible d'exécuter notre formule, 4 d'eau pour 1 de sel. Il ne fallait pas songer à acidifier la solution; car chacun sait que les injections doivent toujours être neutres. Aussi que de mécomptes! Seuls, pouvaient s'en tirer, ceux qui fabriquaient eux-même leur solution de toutes pièces.

C'est à ce dernier parti que mes confrères doivent se rallier, et, en leur simplifiant la besogne, j'espère les encourager dans cette voie. Nous possédons deux moyens de préparer le lactate de quinine, l'un par double décomposition, l'autre par précipitation de la quinine du sulfate, et sa dissolution dans l'acide lactique. C'est à ce dernier procédé que je donne la préférence. Voici le premier : Quand on traite le lactate de baryte par le sulfate acide de quinine, il se fait du sulfate de baryte insoluble, et du lactate de quinine en solution; mais cette solution est acide, et il est nécessaire de la saturer, au bain-marie, avec de la quinine précipitée. Il est indispensable d'opérer au bain-marie si l'on veut obtenir une solution à peu près incolore. Car si pour une cause ou une autre elle est de couleur rousse, le charbon animal ne la décolore plus. J'ai remarqué en outre qu'elle ne conservait pas facilement son titre et avait une forte tendance à cristalliser.

J'ai donc abandonné ce procédé pour le suivant, qui d'ailleurs est fondé sur celui du Codex.

Pr. : Sulfate de quinine	21gr,65
Eau distillée	400gr,00
Acide sulfurique dilué au 10e	25gr,00
Dissolvez et précipitez par :	
Ammoniaque en excès	20gr,00

Lavez la quinine obtenue, délayez-la dans un mortier avec quantité suffisante d'acide lactique (environ 5 grammes); ajoutez 100 grammes d'eau distillée à 80 degrés — cette température est nécessaire pour clarifier la solution; — chauffez au bain-marie dans une capsule tarée, jusqu'à réduction à 100 grammes. Laissez refroidir, filtrez et conservez dans un flacon bouché à l'émeri.

Cette solution contient exactement 1 gramme de lactate de quinine par 5 grammes, ou 20 centigrammes par seringue de Pravaz calculés d'après les équivalents. Comme précautions antiseptiques, il est bon de n'employer que des ustensiles lavés et flambés à l'alcool à 95 degrés.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Nouvelle contribution a l'étude de l'hémoglobinurie paroxystique. — Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 8 avril 1889, par M. G. Hayem, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Permettez-moi de revenir sur un sujet dont j'ai déjà eu l'occasion de vous entretenir plusieurs fois.

Vous vous rappelez, sans doute, l'observation d'hémoglobinurie paroxystique que M. Millard vous a communiquée le 13 avril 1888 et vous n'avez pas oublié que notre distingué et obligeant collègue ayant bien voulu m'adresser sa malade, je suis venu vous rendre compte à mon tour des phénomènes pathologiques qu'elle présentait à cette époque (13 juillet 1888).

Comme il m'avait été impossible, même en exposant la malade à un refroidissement assez prolongé, de provoquer chez elle un accès d'hémoglobinurie, j'ai dû faire des réserves sur le diagnostic porté par M. Millard. Mais nous étions à la fin du printemps et le froid extérieur n'était pas assez vif pour faire éclater les crises caractéristiques.

Le 19 décembre dernier (1888), la malade, que nous n'avions plus revue depuis l'été, venait nous retrouver à l'hôpital Saint-Antoine par une température au-dessous de zéro et après avoir fait une assez longue course. Elle rendait une urine vin de Malaga absolument pathognomonique. Il n'y avait plus à hésiter : le diagnostic de M. Millard était parfaitement fondé; il s'agissait bien de cette singulière affection connue sous le nom d'*hémoglobinurie paroxystique.*

Depuis le 20 décembre la malade est dans mon service, et, après l'avoir soumise à un examen détaillé, je crois devoir vous rendre compte de mes observations.

Elle est sujette à deux sortes d'accès, dont les caractères varient suivant l'intensité et la durée du refroidissement de la surface cutanée.

En tout temps, elle est d'une excessive sensibilité au froid. Mais lorsque la température extérieure est de 8 à 10 degrés au-dessus de zéro, elle peut rester à l'air assez longtemps sans éprouver d'autre inconvénient qu'une crise d'albuminurie paroxystique, accompagnée ou non d'une très légère hématurie. Ce sont là les accès dont nous avions déjà été témoins, M. Millard et moi, les seuls qui surviennent au moment des saisons intermédiaires, au printemps et à l'automne.

Lorsque, au contraire, la température extérieure est plus basse, voisine de zéro, les grands accès d'hémoglobinurie se déclarent, au bout d'une heure à une heure et demie d'exposition à l'air. La malade est alors condamnée à un repos complet; elle est frileuse et a froid quand elle sort de son lit pour se promener dans les salles ou aller au salon. S'aventure-t-elle au dehors, une course de quelques minutes suffit pour amener un léger accès.

Les grandes crises, celles dans lesquelles les urines deviennent aussi foncées que du jus de pruneaux, ressemblent à un violent accès de fièvre intermittente. Elles sont fort pénibles et se caractérisent particulièrement par une cyanose avec état grippé de la face, une teinte livide des extrémités, un pouls petit presque insensible, un refroidissement très appréciable de toute la surface du corps, un frissonnement général allant jusqu'au claquement des dents et au resserrement des mâchoires. En même temps la malade éprouve un sentiment de défaillance, de malaise indéfinissable; elle se plaint de cardialgie et d'une douleur profonde dans le flanc gauche, dans la région rénale et splénique. La température rectale s'élève alors momentanément jusqu'à 39°,6, mais la rate n'est pas tuméfiée.

Remise dans un lit chaud, elle se rétablit lentement et ressent pendant environ quarante-huit heures un peu de fatigue et de courbature.

Mon attention devait se porter d'une manière toute spéciale sur l'état du sang et des urines.

Je puis vous donner aujourd'hui des renseignements précis sur les caractères présentés par ces deux liquides.

Le sang laisse sourdre, après la coagulation, un sérum rouge-cerise laqué, assez foncé. Ce phénomène, qui existait déjà pendant le premier séjour que fit la malade dans mon service, est, en ce moment, plus prononcé. Mais, de même

qu'à cette époque, il se produit d'une manière constante, aussi bien en dehors des crises que pendant leur cours. En général, la coloration du sérum est plus prononcée dans cette dernière circonstance ; cependant une des prises de sang faites en dehors des accès a laissé se former un sérum tout aussi teinté, sinon plus, qu'au moment de l'accès précédent. Cette constatation a été effectuée par juxtaposition de deux tubes de sérum de même calibre et d'une manière très précise.

Lors de mes premiers examens, en été, j'avais vu que la première goutte de sérum exsudé par le caillot avait une coloration normale, que l'hémoglobinurie se dissolvait un peu plus tard pendant l'achèvement de la rétraction du coagulum.

Dans le cours de mes récents examens, je me suis assuré plusieurs fois que le sérum est actuellement teinté dès le début de sa séparation.

En même temps, j'ai été témoin d'un fait nouveau qui me paraît avoir une grande importance.

Lorsqu'on pratique la petite prise de sang qui sert à l'examen du sérum au moment où l'accès est à son apogée, le sang se coagule rapidement, peut-être plus rapidement qu'à l'état normal, puis déjà au bout de trois quarts d'heure (dans une chambre dont la température est de 16 à 17 degrés) le caillot laisse transsuder du sérum. Mais au bout de peu de temps (le sang a été revu quatre heures plus tard), on trouve le caillot complètement redissous. Le sang contenu dans la petite éprouvette est nettement séparé en deux couches d'épaisseur à peu près égale, l'inférieure formée par les globules rouges, précipités et tassés, la supérieure constituée par le sérum rouge-cerise.

Dès qu'on agite l'éprouvette, les deux couches se mélangent et l'on constate que le sang est absolument liquide, sans trace de grumeaux. Il reste définitivement dans cet état jusqu'à putréfaction. Cet essai a été fait deux fois, mais, comme on ne s'attendait pas la première fois à un tel résultat, le sang n'avait été revu que le lendemain et on avait cru qu'il était resté liquide. On s'est assuré la seconde fois qu'il se coagule, mais pour se redissoudre ensuite avec une extrême rapidité (au plus en quatre heures).

Quand la prise de sang est faite un peu plus tard, alors que la malade commence à se réchauffer, le sang se coagule un peu plus lentement et il paraît d'abord se comporter normalement. Le lendemain, on retrouve comme d'ordinaire, un caillot cruorique, rétracté, baignant dans du sérum ; mais à peine agite-t-on l'éprouvette que ce caillot tombe en deliquium, en présentant quelques grumeaux, qui ne tardent pas, au bout de quelques heures, à se désagréger entièrement.

Cependant, en dehors des crises d'hémoglobinurie, le caillot ne présente rien d'anormal ; il est persistant et se comporte comme celui de toute saignée.

Cette redissolution du caillot sanguin est un fait évidemment très intéressant. Je ne crois pas qu'il ait été signalé chez l'homme en dehors de l'hémoglobinurie, mais il semble bien que M. le docteur Salle l'ait déjà noté dans cette maladie. Je lis, en effet, dans son intéressante communication du 13 avril 1888 : « La coagulation du sang est très rapide, mais reste incomplète; le caillot est mou, friable, se liquéfie facilement. » Chez ma malade, le caillot paraît d'abord avoir une consistance normale ; ce n'est que pendant la séparation du sérum qu'il se désagrège et se liquéfie.

Pour compléter l'étude du sang, j'ai pratiqué à diverses reprises l'examen de ce liquide dans la cellule à rigole.

Au moment où la préparation vient d'être exécutée, le sang paraît tout à fait normal. Mais, au bout de quelques minutes on voit se former des globules sphériques, qui perdent peu à peu leur hémoglobine et se transforment d'abord en *chlorocytes*, puis en *achromacytes*. Ce processus de dissolution globulaire ne porte que sur une faible partie des éléments colorés et l'on peut conserver pendant plusieurs heures la préparation sans qu'il se généralise. On observe, à cet égard, les mêmes particularités dans le sang pris en dehors des accès que dans le sang recueilli au moment même des crises.

Relativement aux urines, j'ai peu de chose à ajouter à mes descriptions antérieures.

Lorsque au moment des accès, on examine les premières gouttes d'urine excrétée, en ayant soin de les retirer à l'aide d'une sonde, on y trouve un petit nombre de globules rouges, tandis que dans les urines rendues ultérieurement, il est impossible de constater autre chose que de l'hémoglobine parfaitement dissoute, sans traces de stromas globulaires. Ces premières urines renferment, aussi bien que les suivantes, une proportion sensible de méthémoglobine. La transformation de l'hémoglobine en méthémoglobine a donc lieu avant l'arrivée de l'urine dans la vessie.

La présence de cette matière dans l'urine fraîche, que j'ai déjà constatée chez le malade de M. Mesnet, ainsi que dans le cas d'hémoglobinurie rhumatismale dont je vous ai communiqué l'observation, paraît donc être un des caractères constants de l'hémoglobinurie observée chez l'homme. Ce caractère appartient à la fois à la forme dite paroxystique et à la forme symptomatique.

Examinons maintenant ce que l'on peut induire de ces nouvelles observations relativement à la nature de l'hémoglobinurie paroxystique.

Vous savez que la plupart des médecins qui se sont occupés de cette maladie considèrent la décharge d'hémoglobine par les urines comme la conséquence de la dissolution de l'hémoglobine dans le plasma, c'est-à-dire de l'hémoglobinhémie.

Mes premières recherches personnelles m'ont conduit, au contraire, à regarder la formation d'un sérum coloré comme un processus en quelque sorte étranger au sang circulant et se produisant uniquement *in vitro* pendant le cours de la rétraction du coagulum.

Les faits que je viens de décrire brièvement, loin de me pousser à abandonner cette opinion, me paraissent de nature à la fortifier.

Voici les divers motifs pour lesquels je ne puis admettre la dissolution de l'hémoglobine dans le sang des vaisseaux.

Si cette dissolution existait, elle serait constante, puisque le sérum est coloré dans l'intervalle des accès de même que pendant leur cours.

Voyons donc ce qui se passe lorsqu'il existe de l'hémoglobine dans le sang. C'est une question facile à étudier à l'aide de l'expérimentation chez les animaux.

Le procédé le plus simple, celui que j'ai employé maintes fois, pour provoquer l'hémoglobinhémie, consiste à injecter dans le sang une certaine quantité d'eau distillée. Lorsqu'on veut pousser l'expérience assez loin pour provoquer immédiatement un accès d'hémoglobinurie, il faut injecter une quantité d'eau vraiment considérable. Il est nécessaire, en effet, d'employer une dose presque deux fois égale à la masse totale du sang. Mais avec des doses plus faibles, on obtient, sans produire à coup sûr de l'hémoglobinurie, une hémoglobinhémie se traduisant par la production d'un sérum rouge-cerise laqué, analogue à celui des malades atteints d'hémoglobinurie paroxystique.

Cet état du sérum dure un temps qui varie un peu avec la quantité d'eau injectée; mais il est toujours passager; il disparaît en moyenne en quarante-huit heures. L'hémoglobine libérée des hématies est donc assez rapidement éliminée du plasma, soit parce qu'elle est reprise par certaines sécrétions, en particulier par la sécrétion biliaire, soit parce qu'elle est détruite dans l'organisme. Il faudrait, pour qu'il y eût constamment dans le sang de l'hémoglo-

bine dissoute, que le processus de dissolution des hématies fût sans cesse en activité.

Evidemment il en résulterait une usure très exagérée des globules rouges, état qui se traduirait au bout de peu de temps par une anémie à marche progressive.

Or, qu'observe-t-on sous ce rapport chez les malades? L'anémie est simplement proportionnelle aux décharges d'hémoglobine par les urines, décharges qui équivalent à une certaine perte de sang. Il suffit que les malades évitent les crises en restant dans une atmosphère chaude pour qu'il n'y ait pas de déglobulisation appréciable ou même pour que le sang se répare facilement lorsque des accès antérieurs ont déterminé un certain degré d'anémie.

En vérité, la vie serait-elle longtemps possible si le plasma avait la propriété de dissoudre une certaine proportion de globules rouges par un processus toujours en éveil et renouvelant la provision de matière colorante solubilisée au fur et à mesure de sa disparition?

J'arrive à un autre genre d'argumentation. Pour qu'on pût expliquer l'hémoglobinurie par l'hémoglobinhémie, il faudrait qu'il y eût une différence nettement accusée entre la coloration du sérum pendant les accès et dans leur intervalle.

Cette différence est faible et même inconstante, puisque, dans un de nos examens, le sérum s'est montré plus coloré en dehors de la crise que pendant son cours.

A ces divers raisonnements vient s'ajouter — ce qui vaut mieux — une preuve directe. Elle nous est fournie par le fait nettement constaté de la dissolution d'un certain nombre de globules rouges dans le sang pur examiné au microscope. Cet examen permet en quelque sorte de surprendre le procédé qui conduit à la production du sérum coloré.

Mais, si le sang de notre malade n'est pas hémoglobinhémique, il est à coup sûr altéré.

Cette altération ne portant pas sur les éléments anatomiques, il est logique d'admettre qu'elle atteint le plasma et doit être de nature chimique. Elle s'est d'ailleurs traduite à nous, dans les recherches précédemment exposées, par un phénomène bien particulier, c'est-à-dire par la redissolution rapide du caillot sanguin. Ce dernier fait semble indiquer que la modification du sang se fait surtout sentir sur les matières albuminoïdes qui concourent à la formation de la fibrine. Elle augmente certainement au moment des accès, puisque c'est alors seulement que le caillot présente cette propriété singulière de se désagréger; mais elle doit exister à un certain degré dans leur intervalle et ce degré d'altération doit suffire pour que le sérum acquière des propriétés dissolvantes. C'est la seule manière de comprendre la fausse hémoglobinhémie qui s'est produite invariablement à la suite de toutes nos prises de sang.

Voici, en effet, ce qui doit se passer.

Le plasma du sang circulant, tout en étant altéré, ne dissout pas les globules rouges. Mais, dès que le sang est sorti des vaisseaux, le plasma fournit pendant la coagulation un sérum qui est anomal et qui attaque un certain nombre d'hématies pour en faire transsuder l'hémoglobine. Dès que ce sérum a acquis de nouvelles qualités physiques par suite de cette dissolution, il devient de nouveau propre à conserver les hématies, le processus s'arrête. Et, en effet, j'ai pu garder au laboratoire pendant plusieurs jours le sérum laqué au contact de la masse globulaire sans lui voir prendre une coloration plus intense. Les globules rouges qui ont échappé dès l'abord à son action dissolvante sont définitivement respectés.

Je ne pense pas que cette altération évidente du sang soit la cause de la transformation partielle de l'hémoglobine urinaire en méthémoglobine. En effet, non seulement on ne trouve pas trace de méthémoglobine dans le sérum sanguin, mais encore chez la malade rhumatisante qui avait un sérum tout à fait normal au moment de sa crise, l'urine hémoglobique renfermait néanmoins une certaine proportion de méthémoglobine.

Il y a là cependant un fait un peu particulier, car chez des animaux rendus hémoglobinuriques par injection d'eau dans les veines, l'urine n'a pas les mêmes caractères : je n'y ai jamais trouvé à l'état frais la moindre trace de méthémoglobine.

On pouvait se demander si l'altération du sang des malades hémoglobinuriques n'était pas le résultat d'un processus microbique. J'ai prié mon ancien interne, M. Lesage, dont vous connaissez la compétence spéciale, de faire au moment d'un accès des cultures du sang et des urines de la malade. Ces essais sont restés infructueux. Ce résultat négatif ne tranche évidemment pas la question d'une manière certaine, car les germes de bien des maladies microbiennes nous échappent encore, par suite sans doute de l'insuffisance de la technique actuellement employée en bactériologie. Je tenais cependant à vous le signaler.

Il me serait impossible d'aller plus loin, pour le moment, dans l'analyse des conditions qui donnent naissance à l'hémoglobinurie paroxystique. Je crois avoir été très précis dans ma réfutation de l'hypothèse le plus généralement admise jusqu'à présent.

Mais, dans l'état actuel, fort sommaire, de nos connaissances sur les modifications chimiques du sang, je ne saurais me prononcer sur la nature de l'altération de ce liquide dans l'hémoglobinurie paroxystique.

Cela dit, touchant l'état du sang et des urines, il est bien entendu que je maintiens l'opinion que j'ai exprimée, dans une précédente communication, sur la participation que prennent les reins eux-mêmes dans les altérations présentées par les urines.

Au moment où éclatent les violentes perturbations vasomotrices, qui se traduisent par le rétrécissement des artères périphériques, la cyanose et le refroidissement des téguments, le sang se porte en abondance dans les organes internes et notamment dans le parenchyme rénal. La fluxion des reins se juge, en quelque sorte, tantôt par une simple poussée d'albuminurie, tantôt par une décharge d'hémoglobine dissoute, et il est probable que cette inconstance dans la solution de la crise dépend non seulement de l'intensité de la congestion, mais aussi du degré plus ou moins marqué de l'altération indéniable du sang.

Cette altération est peut-être de nature à augmenter sous l'influence du refroidissement de la surface du corps. Peut-être aussi produit-elle la dissolution d'un certain nombre de globules rouges lorsque le sang est en stagnation dans le réseau où siège la congestion. Mais j'ai hâte de m'arrêter dans l'énoncé des hypothèses qui pourraient être proposées pour expliquer la transsudation de l'hémoglobine au niveau des reins.

Qu'il me suffise d'avoir montré que le processus de l'hémoglobinurie paroxystique est plus complexe qu'on ne l'a dit et que le problème soulevé par cette intéressante maladie est encore incomplétement résolu.

Pathologie externe.

Note sur le mal des confiseurs (onyxis et péri-onyxis professionnelles), par M. le docteur Albertin, prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon.

Le 23 janvier 1881, M. le professeur Poncet envoyait à l'Académie de médecine un pli cacheté contenant une communication sur une variété d'onyxis propre aux confiseurs,

affection non décrite jusqu'à ce jour et dont la description était basée sur quatre observations personnelles.

En janvier 1889, ayant eu l'occasion d'observer cinq malades atteints de cette affection, nous les avons présentés à M. Poncet, qui a bien voulu nous permettre de réunir ses documents à nos observations pour écrire la note que nous publions aujourd'hui.

Des neuf observations que nous avons réunies, nous n'en publierons ici que deux, une première donnant à M. le professeur Poncet la priorité de la description; une seconde, qui nous est personnelle et représente un cas type de l'affection observée par M. Poncet. Les autres observations, avec planches démonstratives, seront ultérieurement reproduites dans une thèse actuellement à l'étude.

Disons tout d'abord que l'affection que nous allons étudier peut se définir: *Onyxis et péri-onyxis professionnelles* chez les confiseurs. Ceci dit pour fixer le lecteur, sur la nature et le siège de la lésion, voici la première observation de M. Poncet:

Obs. I (de M. le professeur Poncet en janvier 1880).— Tard..., confiseur à Lyon, trente-sept ans, marié depuis deux ans et demi. Père âgé de soixante-sept ans. Mère morte à l'âge de cinquante-trois ans. Un frère âgé de trente-huit ans très bien portant. Sœur morte à l'âge de dix-sept ans d'affection non déterminée à forme aiguë. Pas d'antécédents syphilitiques, ni dartreux. Le malade n'a jamais eu aucune éruption.

Il est entré comme apprenti confiseur à l'âge de seize ans et demi, au mois de novembre 1860.

En 1864, il a eu à faire la préparation des marrons glacés pendant un mois et demi.

Les principales manipulations sont: 1° la décortication, après macération dans l'eau chaude; 2° le blanchiment à l'eau bouillante; 3° le séchage, suivi de la macération dans le sirop de sucre.

Au bout de quinze jours de ce travail, le malade a éprouvé des démangeaisons aux extrémités des doigts, surtout à la main droite. Puis sont survenues des douleurs progressives qui cependant n'empêchaient pas le malade de travailler. En même temps le malade a observé de la rougeur et du gonflement siégeant soit au niveau du bourrelet lunulaire, soit sur les parties latérales de la sertissure unguéale. A ce moment tous les doigts de la main droite présentaient quelques-unes de ces modifications et parmi eux le médius et l'annulaire étaient les plus atteints. Le malade continuant à travailler, les lésions s'aggravèrent. Il vit survenir de petits abcès sur les parties latérales du bourrelet péri-unguéal, donnant issue à une gouttelette de pus. Trois semaines après le début de l'affection, cet ouvrier ne pouvait plus tremper les mains dans les solutions de sucre. Sur certains doigts, il n'existait que de la rougeur et du gonflement sans abcès, surtout si le malade cessait de travailler.

A chaque reprise du travail, poussées inflammatoires plus ou moins aiguës avec ou sans abcès.

L'ongle devint alors malade, se brisant facilement à son extrémité libre, présentant des craquelures, des irrégularités sur sa face dorsale. Au début, l'ongle prend une coloration noirâtre au voisinage du bord libre et sur les parties latérales; cette coloration noirâtre empiète progressivement et l'ongle devient noir dans sa totalité lorsque la lésion est en pleine évolution.

Le début se fait ordinairement par de petites crevasses dans la région péri-unguéale, mais quelquefois aussi on voit d'emblée apparaître un peu d'œdème inflammatoire sur tout le pourtour de l'ongle. Peu à peu l'ongle prend un aspect écailleux, bossué, une teinte gris sale noirâtre. Après deux à trois mois, l'ongle tombe par morceaux.

En 1864, les deux ongles tombés sont ceux du médius et de l'annulaire, la chute complète de l'ongle n'est arrivée qu'au bout d'un an. Les ongles repoussent peu à peu. En 1865, le malade constate une poussée inflammatoire analogue à tous les doigts de la main gauche, mais à un degré beaucoup plus atténué que la poussée qui a eu lieu précédemment à la main droite.

En 1866, le malade prépare des fruits confits; il observe une nouvelle poussée inflammatoire toujours plus marquée pour le médius et l'annulaire droit, ce qui s'explique facilement par ce fait que la main droite plonge constamment dans les bassins. Les ongles du médius et de l'annulaire, tombés en 1865, se morcèlent, mais il n'y a pas de chute complète.

De 1867 à 1871, M. T... fait son service militaire. Pendant cette période les lésions unguéales et péri-unguéales se réparent et disparaissent complètement. Les ongles reprennent leur aspect normal.

En 1871, campagne de Prusse, Metz, Strasbourg. Le malade reste six mois à l'hôpital pour une pleurésie. Il revient et prend le métier de confiseur. Le 3 octobre 1871, il a une poussée d'eczéma des mains, de la face et du cuir chevelu. Cette éruption réapparaît par intervalles, puis s'atténue. C'est seulement lorsque le malade se livre à la préparation des fruits qu'il observe de nouvelles poussées inflammatoires dans la région unguéale. En septembre 1880, à la suite d'une lésion très accusée de l'annulaire droit, la chute de l'ongle de ce doigt s'est produite. Depuis, le malade a été perdu de vue.

Voici maintenant notre observation prise en janvier 1889; ayant vu les dessins de M. Poncet, reproduisant les doigts des confiseurs atteints d'onyxis, nous avons pu tout de suite établir à quelle variété d'affection nous avions affaire à première inspection du malade:

Obs. V (recueillie par M. le docteur Albertin en janvier 1889). — Dur... (Joseph), quarante ans, ouvrier confiseur (atelier Buard), de Lyon, rue Montesquieu, 116. Ce malade a été examiné le 4 janvier 1889. Il n'a jamais présenté aucune éruption, aucune affection cutanée autre que celle que nous aurons à examiner. Pas de syphilis. Autrefois pâtissier, il exerce la profession d'ouvrier confiseur depuis sept ans.

L'affection actuelle a débuté il y a un an et demi par le médius droit. Depuis, elle a envahi tous les doigts de la main droite, à l'exception du petit doigt, qui ne présente pas de modification bien appréciable. Les doigts de la main gauche présentent quelques lésions très peu marquées, que nous décrirons cependant, car elles représentent le stade de début de l'affection qui est arrivée sur la main droite à son complet développement.

Depuis trois ans environ, le malade, dans l'exercice de sa profession, est occupé à la manipulation des fruits (prunes, abricots, poires, pêches, cerises, marrons, chinois, oranges, noix, mirabelles, etc., etc.). Les différentes opérations sont le blanchiment à l'eau bouillante, la cuisson des fruits et la macération dans le sirop de sucre. L'ouvrier plonge à tous moments la main soit dans l'eau, soit dans le sirop où macèrent les fruits. La préparation des prunes, au dire du malade, est celle qui occasionne les cuissons les plus vives et provoque les poussées les plus aiguës de dactylite. Lorsque le malade cesse de travailler, les accidents s'atténuent d'une façon très notable.

Actuellement, l'affection occupe le pouce, le médius et l'annulaire droit; les lésions sont beaucoup plus accusées sur le médius où elles ont d'ailleurs débuté. On peut prendre la description de l'extrémité du médius malade comme type du doigt atteint de mal des confiseurs en pleine évolution. Aussi le décrirons-nous avec beaucoup de détails.

Médius droit. Région péri-unguéale. — La région péri-unguéale est le siège d'une tuméfaction marquée formant une sorte de bourrelet en croissant. Cette tuméfaction correspond à la région occupée par la matrice de l'ongle et se forme en grande partie aux dépens du manteau de l'ongle. Les tissus à ce niveau sont le siège d'un œdème dur, douloureux à la pression. Ce bourrelet a environ 1/2 centimètre d'épaisseur. A son niveau, la peau présente une coloration rose vif caractéristique.

Sur le bord libre du bourrelet et sur sa face dorsale, l'épiderme est légèrement épaissi, se fendille et desquame par petites plaques. Sur les parties latérales de l'ongle le bourrelet existe, mais s'amincit comme les cornes d'un croissant et on trouve là de petites productions épidermiques cornées se détachant par fragments.

Ce bourrelet péri-unguéal est mobile sur la racine de l'ongle, qui est déchaussée soit sur les parties latérales, soit au niveau de la matrice. Il existe entre la face profonde du bourrelet et le dos de la racine de l'ongle un espace libre le plus souvent rempli de liquide sécrété par les tissus enflammés et dont la présence explique la mobilité des tissus péri-unguéaux sur l'ongle. La douleur à la pression est plus marquée sur les parties latérales des extrémités digitales.

Médius droit. Ongle. — L'ongle est déchaussé, relativement isolé des tissus péri-unguéaux. Il est modifié soit dans sa forme, soit dans sa structure. On note un épaississement notable avec une irrégularité très apparente de la face dorsale, qui est écailleuse, bossuée. La moitié de l'ongle, située du côté du bord libre, est

craquelée, présente des points épaissis saillants, d'autres usés, cassés. On trouve au niveau du bord libre de véritables productions cornées, noirâtres, à strates superposés, rappelant l'ongle de l'onycogriffone. En plusieurs points, vers le bord libre, l'ongle est noir et présente en outre une teinte générale grisâtre.

Aspect général de l'extrémité du médius. — Outre les lésions unguéales signalées et la présence du bourrelet péri-unguéal, il faut noter l'élargissement de l'extrémité du doigt, qui lui donne la forme en spatule. Cette déformation est due à la tuméfaction du dernier segment de l'extrémité digitale.

En janvier 1888, à la suite d'une violente poussée inflammatoire, le malade a observé une chute de l'ongle du médius.

Annulaire droit. Région péri-unguéale. — Le bourrelet péri-unguéal est aussi très marqué sur ce doigt. Il n'est cependant survenu qu'après celui que l'on trouve sur le médius. Il offre les mêmes caractères que nous avons signalés pour ce dernier doigt et occupe aussi la demi-ellipse qui correspond aux attaches périphériques de l'ongle. Ce bourrelet a environ 1 centimètre 1/2 de largeur à sa partie moyenne et fait une saillie très marquée autour de l'ongle. Il est douloureux à la pression.

Annulaire droit. Ongle. — L'ongle présente une série d'inégalités, de dépressions et de saillies avec des craquelures. Le bord libre est usé et à ce niveau l'ongle présente un léger épaississement moins marqué cependant que sur le médius. Le bourrelet péri-unguéal est extrêmement mobile sur la face dorsale de la racine de l'ongle. Il existe un léger suintement entre ces deux surfaces.

L'extrémité de l'annulaire offre nettement la déformation en spatule. La pression est très douloureuse sur les parties latérales, un peu moins sur la région dorsale où cependant le bourrelet s'étend jusqu'au niveau des plis dorsaux qui correspondent à l'articulation phalangino-phalangettienne. Il n'y a pas eu de chute de l'ongle à ce doigt. Il faut remarquer que les deux doigts atteints sont les plus longs. En faisant passer une ligne par l'extrémité de l'index et du petit doigt, on voit que le dernier segment de l'annulaire et du médius est situé au-dessus de cette ligne. Lorsque l'ouvrier plonge la main droite incurvée en forme de cuiller dans les bassines, ce sont ces deux doigts qui sont les plus exposés aux frottements par leur face dorsale et qui buttent contre le fond de la bassine par leur extrémité; ces faits nous expliquent la prédominance des lésions sur le médius et l'annulaire.

Pouce droit. Tissus péri-unguéaux. — Ce doigt est aussi atteint, ce qui s'explique par le travail considérable imposé à ce doigt dans les mouvements d'opposition. Le bourrelet péri-unguéal présente les mêmes caractères que ceux que nous avons signalés plus haut. Le décollement entre la face profonde de ce bourrelet et le dos de la racine de l'ongle est très accusé. On retrouve à la surface du bourrelet les mêmes débris épidermiques et de nombreuses éraillures sur la sertissure épidermique péri-unguéale.

L'*ongle* est le siège d'altérations très marquées; la face dorsale est rugueuse, dépolie. Les bords latéraux présentent des cassures, un décollement assez profond pour que des corps étrangers logés sous l'ongle lui donnent une coloration noirâtre. La pression sur les parties latérales est douloureuse. La forme en spatule est moins accusée que pour les autres doigts malades.

Les *symptômes subjectifs* sont surtout des phénomènes douloureux. Il se produit une cuisson très vive au moment où l'ouvrier se met au travail; peu à peu les douleurs s'émoussent et l'ouvrier continue ses manipulations sans trop souffrir. Les extrémités des doigts malades sont très sensibles aux heurts. Le malade éprouve souvent des douleurs nocturnes, caractérisées par des picotements dans le bout des doigts; elles sont quelquefois assez fortes pour gêner le sommeil vers deux à trois heures du matin.

Ces lésions subissent une exacerbation au moment de la préparation des fruits en juin, juillet, décembre et janvier, époque de la préparation des oranges, chinois, etc.

L'*index* et le *petit doigt* présentent un bourrelet très peu accusé.

L'épiderme est crevassé, desquame par places à ce niveau. Les ongles sont usés à leur bord libre, légèrement dépolis sur leur face dorsale.

La main gauche ne présente pas les lésions spéciales décrites pour la main droite.

Ces deux observations nous permettent de tracer en quelques lignes l'histoire pathologique de l'affection.

Certaines conditions étiologiques président à l'apparition des lésions. Il faut incriminer les différentes manipulations nécessaires pour la préparation des fruits confits et des marrons glacés, c'est-à-dire le blanchiment des fruits à l'eau alternativement bouillante et froide, la cuisson et la macération dans le sirop de sucre. L'ouvrier plonge à tous moments la main droite dans les bassines où se trouvent les fruits avec leurs sucs ou les sirops. Plusieurs causes peuvent être invoquées :

1° La *température des liquides* employés alternativement chauds ou froids dans le blanchiment des fruits ou les sirops;

2° La *nature des liquides.* Le liquide qui a servi au blanchiment des fruits contient des acides, malique, tartrique et citrique; il rougit le papier de tournesol. L'eau de châtaignes contient beaucoup de tanin. Les sirops doivent leur action au sucre ; rappelons son action sur les dents. On peut admettre avec Remy et Broca que l'imprégnation des tissus par le sucre amène la mortification des éléments anatomiques;

3° *Les manipulations.* La macération continue, les frottements répétés irritent les tissus péri-unguéaux, modifient les ongles.

Dans chaque atelier de confiserie, un ou trois ouvriers, selon l'importance de la fabrication, sont occupés à la préparation des fruits confits et marrons. Tous ces ouvriers présentent plus ou moins les lésions que nous avons signalées.

Nous ne ferons que résumer la symptomatologie de cette affection, la lecture des observations prises avec détails sera plus instructive.

Le début se fait ordinairement sur les parties latérales de l'ongle où l'on note du déchaussement et des érosions de la sertissure péri-unguéale. On note un peu de rougeur, un gonflement léger, une douleur modérée. L'ongle devient dépoli, noirâtre.

Lorsque les lésions sont en évolution avancée, on note du côté des tissus péri-unguéaux : un *bourrelet en croissant péri-unguéal* à la racine de l'ongle. Ce bourrelet est coloré en *rose* plus ou moins vif et des éraillures de l'épiderme. L'ongle est déchaussé, le bourrelet est mobile sur la racine de l'ongle. L'ongle est dépoli, rugueux, écailleux, bossué. On y remarque des cassures sur le bord libre et une teinte noirâtre. On observe fréquemment la chute de l'ongle par fragments, jamais en bloc.

L'extrémité du doigt malade présente la *déformation en spatule.* L'ongle qui repousse est inégal, déformé.

Lorsque les lésions sont très accusées, les malades éprouvent une douleur assez vive au début de la journée, mais il est rare qu'ils interrompent leur travail. La cessation de leurs occupations amène la disparition des lésions, mais après un temps excessivement long, et l'extrémité digitale conserve plus ou moins marquée la forme en spatule.

Nous bornerons là l'exposé des caractères principaux de cette affection que M. le professeur Poncet appelle *mal des confiseurs.* On a pu voir combien l'étude de ces lésions, *onyxis ou péri-onyxis professionnelles,* peut présenter d'intérêt au point de vue de la clinique, de l'hygiène ou de la médecine légale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

Effets généraux des substances produites par le bacillus heminecrobiophilus dans les milieux de culture naturels et artificiels, par M. S. Arloing.

« Si l'on injecte dans le testicule bistourné d'un bélier 0cc,5 d'une culture du *Bacillus heminecrobiophilus*, on observe une destruction plus ou moins rapide et plus ou moins complète de l'organe. Celui-ci est converti tantôt en une masse semi-fluide, roussâtre, mêlée de gaz, tantôt en une matière jaunâtre d'aspect caséeux. La transformation s'opère au dedans d'une albuginée épaissie et œdémateuse, et elle s'accompagne de phénomènes généraux de résorption. Les vaisseaux du cordon testiculaire sont bien oblitérés; mais l'organe, exsangue dans sa profondeur, se greffe soit sur la face interne des enveloppes scrotales, soit sur le tissu conjonctif de la région inguinale et des vaisseaux sanguins, ne tardant pas à se répandre à sa surface, à la façon des vaisseaux omphalomésentériques sur la vésicule ombilicale. Ces vaisseaux absorbent continuellement une partie des matières solubles fabriquées par les microbes dans le milieu de culture naturel où ils évoluent.

« Il en résulte des phénomènes d'intoxication parfois assez graves pour donner la mort en deux ou trois jours. Le plus souvent, les animaux survivent, mais ils sont tristes, sans appétit, restent presque toujours couchés, languissent et perdent leur laine çà et là, spontanément ou à la moindre traction. On peut rendre très rapidement ces malades à la santé; il suffit pour cela de pratiquer l'ablation du testicule nécrobiosé.

« On remarquera que cette expérience réalise aussi complètement que possible le type d'une vaccination par les produits solubles de la vie microbienne sécrétés dans le cours d'une maladie virulente. Ainsi, le microbe végète en abondance dans une poche accidentelle qui fait partie intégrante de l'organisme; il fabrique sur place des matières toxiques qui passent dans le sang, comme en témoignent les symptômes généraux que nous avons signalés. On laisse ces poisons solubles se déverser pendant quinze à vingt jours dans le système circulatoire. Enfin, à un moment donné, on supprime toute communication entre le foyer de culture et l'organisme, et l'animal revient promptement à la santé.

« Malgré ces conditions éminemment favorables à la production de l'immunité, nous ne l'avons pas obtenue dans nos expériences. En effet, si l'on bistourne le second testicule, après l'ablation du testicule malade, et qu'on injecte à son intérieur le *Bacillus heminecrobiophilus*, on constate qu'il est détruit aussi rapidement que le premier. L'imprégnation du testicule sain par les produits solubles du bacille en question pendant quinze à vingt jours ne lui a donc pas communiqué l'état de vacciné. »

Si l'on injecte dans les veines le suc stérilisé et filtré d'un testicule réduit en pulpe par l'action du microbe ou le bouillon des cultures à sa sortie du filtre en porcelaine, on trouble gravement toutes les fonctions de l'organisme.

Le bouillon de culture renferme des substances pyrétiques et nauséeuses.

Le liquide qui s'est formé dans le testicule bistourné détermine des effets semblables à ceux du bouillon de culture, mais sa puissance toxique est neuf à dix fois moins grande.

« *Conclusions.* — 1° Le *Bacillus heminecrobiophilus* ne confère pas l'immunité; 2° les produits solubles qu'il fabrique peuvent donner la mort s'ils s'accumulent dans le sang; 3° ces produits, pyrétiques et vomitifs, sont plus actifs quand ils se sont formés dans le bouillon de culture que dans un organe nécrobiosé; 4° ils doivent surtout ces propriétés à des substances précipitables par l'alcool. »

Sur la vaccination contre la morve, par M. *I. Straus*.

La morve est considérée comme une des maladies virulentes pour lesquelles il n'existe pas d'immunité dérivant d'une première atteinte. Les expériences que je vais exposer montrent que cette manière de voir n'est pas conforme à la réalité des faits.

On sait que le chien est un animal à faible réceptivité morveuse. Lorsque, par scarification ou par incision, on insère des produits morveux dans la peau d'un chien, on détermine un ulcère local caractéristique, qui se cicatrise spontanément au bout d'un mois à six semaines. Ce n'est qu'exceptionnellement que l'on a pu ainsi produire des lésions morveuses disséminées et la mort (1).

Dans mes expériences, j'ai procédé autrement; j'ai introduit directement, par injection intra-veineuse, dans la circulation générale du chien, des cultures pures, virulentes, du bacille de la morve. Dans ces expériences, plusieurs éventualités se présentèrent.

Lorsque la culture injectée dans la veine saphène était en *quantité notable* (1 à 2 centimètres cubes de culture dans du bouillon), l'animal présentait au bout de quelques jours une fièvre intense et un amaigrissement extrême; la peau se couvrait de nodosités siégeant dans l'épaisseur du derme et qui ne tardaient pas à s'ulcérer, en donnant l'écoulement séro-sanguinolent, oléiforme, propre aux ulcères morveux. La mort survenait dans un espace de temps variant de trois à six jours. A l'autopsie, le foie, la rate, plus rarement et à un moindre degré le poumon étaient parsemés de fines granulations morveuses. Les ensemencements faits avec le suc de ces granulations ainsi qu'avec le sang du cœur donnaient des cultures pures du bacille de la morve. Cette première série d'expériences montre donc que par l'inoculation intra-veineuse, à dose massive, d'une culture virulente de morve, on détermine chez le chien, une morve suraiguë, généralisée, à localisations tégumentaires et viscérales, mortelle.

Si l'on injecte dans la veine la même culture, mais à *dose plus faible*, on détermine un état général moins grave, une éruption cutanée morveuse moins abondante et l'animal récupère plus ou moins vite la santé. C'est là un nouveau et bel exemple du fait mis en évidence par M. Chauveau : la proportionnalité qui existe, dans certaines maladies, entre la dose du virus et les effets développés par ce virus.

Chez les chiens ayant ainsi subi une première atteinte de morve généralisée, on peut ensuite, plusieurs semaines et plusieurs mois après la guérison, réinjecter dans la veine des cultures virulentes, à des doses excessivement fortes et qui seraient infailliblement mortelles pour un animal non préparé. Souvent on ne provoque ainsi aucun phénomène, local, ni général, parfois un mouvement fébrile passager, plus rarement une nouvelle poussée, très discrète, d'éruption morveuse. De semblables injections par la voie veineuse ont pu être pratiquées trois, quatre fois de suite, à un mois d'intervalle chaque fois, avec des quantités véritablement formidables de culture virulente, sans provoquer aucun accident appréciable.

Ces faits montrent donc qu'une première atteinte de morve aiguë, supportée par le chien à la suite de l'injection intra-veineuse d'une culture du bacille de la morve, met cet animal à l'abri d'une réinfection ultérieure.

Toutefois, si l'immunité ainsi conférée au chien à l'égard des injections intra-veineuses du virus est complète et absolue, on ne lui confère cependant pas ainsi la même immunité, au même degré, à l'égard de l'inoculation du virus sur la peau. Si l'on soumet des chiens, rendus absolument réfractaires à l'inoculation intra-veineuse, à des scarifications morveuses sur la peau du front, on peut encore provoquer chez eux l'apparition de l'ulcère caractéristique. Mais cet ulcère est toujours remarquablement petit et guérit avec une grande rapidité.

Il est inutile d'insister sur la portée de ces faits au point de vue de la pathologie générale. La morve était jusqu'ici considérée comme le type d'une maladie virulente ne donnant pas l'immunité. En choisissant un animal à faible réceptivité, tel que le chien, nous avons réussi à démontrer que la morve, elle aussi, rentre dans le cadre des maladies pour lesquelles l'immunité peut être créée.

J'ai été naturellement conduit à étendre ces expériences aux animaux à grande réceptivité morveuse, aux solipèdes, pour lesquels une pareille vaccination trouverait une application pratique évidente. Au lieu de cultures virulentes, j'ai employé des cultures âgées et ayant subi, par le fait de l'âge, une grande atténuation. Des quantités, d'abord très faibles, puis graduellement croissantes de ces cultures ont été injectées, à diverses reprises, dans la veine d'un âne, sans déterminer d'accidents

(1) On doit à M. Galtier cette constatation intéressante que le chien peut être réinoculé sur la peau, avec succès, à diverses reprises, mais que les lésions sont moins étendues dans les inoculations successives. (Compte rendu de l'*Académie des sciences*, 1881, t. XCII, p. 303.)

appréciables (1). Mais cet animal, soumis ensuite à l'épreuve d'une injection sous-cutanée d'une culture virulente, succomba à une morve aiguë, caractéristique. Le résultat ne doit pas décourager et je poursuis les expériences dans cette direction.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 12 MARS 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MAURICE PERRIN.

M. le docteur *Laennec* (de Nantes) se porte candidat au titre de correspondant national dans la division de médecine.

MM. les docteurs *Bertrand* (de Toulon) et *Dutard* (de Châtillon-sur-Loire) envoient des *Plis cachetés* dont le dépôt est accepté.

M. *Violet*, médecin à La Villedieu-du-Clain (Nièvre), adresse un mémoire imprimé sur un *mode particulier de traitement de la suette miliaire*.

MM. les docteurs *Tourneux* (à Thiel, Allier), *Dubiau*, directeur de l'asile public d'aliénés d'Armentières (Nord) et *Blayac*, médecin-inspecteur des écoles de Paris, envoient les relevés des *vaccinations* et *revaccinations* qu'ils ont pratiquées en 1888 et au commencement de 1889.

M. le docteur *Eonnel* (d'Auray) adresse un mémoire manuscrit sur l'*alcoolisme chez les jeunes femmes riches et bien élevées des campagnes bretonnes*.

M. *Féréol* présente plusieurs mémoires de M. le docteur *Henrot* sur l'*hygiène de la ville de Reims*, à l'appui de sa candidature au titre de correspondant national dans la division de médecine.

M. *Ernest Besnier* dépose une observation de *lèpre, améliorée par l'huile de chaulmoogra*, faite et rédigée par M. le docteur *Marty* (de Saint-Cernin, Cantal).

M. *Cornil* fait hommage de ses *Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites, des salpingites et des cancers de l'utérus*, recueillies par M. *Laffitte* et M. le docteur *Teupet*.

M. *Bucquoy* dépose, au nom de M. le docteur *Niepce* (d'Allevard), deux observations d'*asphyxie incomplète par les badigeonnages du pharynx avec la cocaïne* et une *Étude clinique des eaux sulfureuses d'Allevard et de ses salles d'inhalation*.

M. *Rochard* dépose un rapport de M. le docteur *Aubert*, médecin-major de 1re classe, sur les *vaccinations* et les *revaccinations* pratiquées au 23e régiment d'infanterie.

M. *Gariel* présente une *Note sur un système d'avertisseur de l'asphyxie par l'oxyde de carbone*, imaginé par M. *Racine*.

M. *Dujardin-Beaumetz* présente un malade atteint de *rétrécissement de l'œsophage*, opéré avec succès par MM. les docteurs *Fort* et *Brochin* à l'aide du procédé d'électrolyse uréthrale découvert par le premier.

Commissions de prix pour 1889. — *Prix de l'Académie*. — MM. Marey, Luys, François-Franck.

Prix Alvarenga. — MM. Peter, Besnier, Robin.

Prix Barbier. — MM. Villemin, Le Roy de Méricourt, Nocard.

Prix Buignet. — MM. Schützenberger, Javal, d'Arsonval.

Prix Capuron. — MM. Tarnier, Guéniot, Budin.

Prix Civrieux. — MM. Potain, Bouchard, Damaschino.

Prix Daudet. — MM. Ranvier, Charpentier, Fournier.

Prix Desportes. — MM. Laboulbène, Hayem, Vidal.

Prix Godard. — MM. Le Fort (Léon), Labbé, Lannelongue.

Prix Huguier. — MM. Richet, Cusco, Siredey.

Prix de l'Hygiène de l'Enfance. — MM. Lagneau, Vallin, Charpentier, Roussel, Roger, de Villiers.

Prix Laborie. — MM. Larrey, Trélat, Verneuil.

Prix Laval. — MM. Hérard, Jaccoud, Moutard-Martin.

Prix Louis. — MM. Paul, Dujardin-Beaumetz, Féréol.

Prix Meynot. MM. Perrin, Duplay, Panas.

Prix Monbinne. — Colin (Léon), Bucquoy, Leblanc.

Prix Portal. — MM. Empis, Lancereaux, Cornil.

Prix Pourat. — MM. Polaillon, Duval, Laborde.

Prix Vernois. — MM. Brouardel, Trasbot, Proust.

Onyxis des confiseurs. — Dans un pli cacheté, dont l'ouverture est faite sur sa demande et qui date du 23 janvier 1881, M. le docteur *Poncet* (de Lyon) a signalé l'existence, chez les confiseurs, d'une variété d'onyxis due au contact prolongé des mains dans des solutions sucrées. En particulier, tous les ouvriers employés à la fabrication des marrons glacés en sont atteints à des degrés divers. L'affection débute par les parties latérales pour s'étendre à tout le derme péri-unguéal; elle est caractérisée au début par de la rougeur, du gonflement du derme, par des altérations de l'ongle qui s'effrite, devient cassant et prend une teinte gris noirâtre. Après un certain temps la lésion inflammatoire gagne en étendue, en profondeur; la peau s'ulcère et forme un bourrelet rouge, œdémateux, parfois très douloureux au toucher, à la pression, puis l'ongle se déchausse et tombe. Les deux doigts les premiers atteints sont le médius et l'annulaire ; chez quelques ouvriers la lésion occupe tous les doigts. Les extrémités digitales ont alors une forme spéciale; elles sont en spatule; cette déformation devient caractéristique et durable.

Eaux minérales. — Sur le rapport de M. *Constantin Paul*, l'Académie émet un avis favorable en ce qui concerne les demandes d'autorisation pour les sources Reignier, Saint-Antoine et Lavergne à Saint-Yorre (Allier) et Rosas à Juvinas (Ardèche).

Tétanos. — M. *Verneuil* continue la discussion sur la pathogénie du tétanos (voy. l'avant-dernière séance). Après s'être efforcé d'établir que le fumier pur, c'est-à-dire à peu près exclusivement composé de plantes fourragères ou autres, imprégnées d'excreta équins, peut renfermer le virus tétanique, il déclare qu'il en est de même du fumier répandu en couche mince à la surface du sol ou mélangé avec la terre en proportion plus ou moins grande. Pour preuves il donne: 1° le danger spécial des blessures mises en contact avec les couches superficielles du sol des écuries, des cours de fermes ou d'auberges, des endroits où les chevaux s'arrêtent, des routes fréquentées par les bestiaux ou les voitures, ou même simplement souillées par la terre fumée; 2° l'extrême facilité avec laquelle on rend les animaux tétaniques en leur inoculant la terre recueillie précisément dans les points qui viennent d'être énoncés, ou tout uniment dans les champs fertilisés par les engrais animaux.

A ce sujet M. Verneuil présente un grand nombre d'observations de tétanos, tendant à prouver la virulence de la terre; il les groupe en trois catégories: la première est celle des blessures de cause et de nature diverses, siégeant sur des parties du corps en contact fréquent, inmédiat ou médiat avec la terre; la seconde comprend les plaies de nature et de siège divers, souillées par la terre au moment de leur production ou peu de temps après et, la troisième, les blessures causées par des agents vulnérants trainant sur la terre ou servant à la culture. Il reproduit ensuite les preuves expérimentales de cette virulence de la terre, d'après les nombreux travaux déjà publiés à ce sujet. La contagion par l'eau, l'air, les poussières est encore à l'étude ; mais les faits recueillis jusqu'ici sont tout au moins en faveur de la transmissibilité du tétanos par la voie atmosphérique lorsque l'air est chargé de poussières servant de véhicule aux germes tétaniques. — M. Verneuil achèvera sa communication dans la prochaine séance.

Pathogénie de la fièvre. — M. le docteur *Roussy*, chef du laboratoire de thérapeutique expérimentale à la Faculté de médecine de Paris, lit un mémoire étendu sur les recherches cliniques et expérimentales qu'il a faites sur la pathogénie de la fièvre depuis plusieurs années et sur la théorie générale qu'il en a déduite sur la nature et les rôles physiologique et pathogène des diastases ou ferments solubles. Parmi les substances élaborées par les cellules de la levure réduites à l'autophagie, il a isolé la plus active, celle qui influence le plus les processus de la calorification animale: la pyrétogénine, comme il l'appelle, est une substance exclusivement organique, spéciale et azotée, blanche granuleuse, homogène, facilement volatile, répandant une odeur de levure; quelques dixièmes de milligramme

(1) Ces cultures étaient injectées en même temps dans le péritoine de cobayes et les faisaient régulièrement périr de la morve.

par kilogramme d'animal déterminent rapidement, chez le chien, l'accès de fièvre la plus intense et la plus typique; cet accès décrit son évolution en neuf ou dix heures et en trois phases au cours desquelles se déroulent tous les troubles fonctionnels qui caractérisent l'accès de fièvre paludéenne. M. Roussy en décrit les propriétés physiques et chimiques; il démontre qu'elle se comporte absolument comme une diastase singulièrement énergique. — (Le mémoire de M. Roussy est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. *Schutzenberger*, *Armand Gautier* et *Hayem*.)

Grossesse extra-utérine. — Les deux observations communiquées par M. le docteur *Pinard* ont trait à des laparatomies pratiquées dans des cas de grossesse extra-utérine, des plus difficile à diagnostiquer. Elles montrent les avantages du manuel opératoire suivi : suture du kyste à la paroi et abandon, avec antisepsie, du placenta; enfin, les bénéfices que l'on peut et doit retirer en faisant usage pour obtenir cette antisepsie de la solution aqueuse et saturée de naphtol. — (Le mémoire de M. Pinard est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. *de Villiers*, *Guéniot* et *Polaillon*.)

— L'ordre du jour de la séance du 19 mars 1889 est fixé ainsi qu'il suit :

1° Communication de M. Proust sur un cas d'aïnhum. — 2° Communications de MM. Dujardin-Beaumetz et Nocard sur la statistique de la rage. — 3° Suite de la discussion sur le tétanos (Inscrit : M. Verneuil). — 4° Lecture de M. le docteur Fredet sur les accidents consécutifs aux morsures de vipère.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 8 MARS 1889. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

A propos de la syringo-myélie : M. Hallopeau (Discussion : M. Déjerine). — De l'inoculation de la rougeole : M. Laboulbène. — Période contagieuse de la rougeole : M. X. Gouraud (Discussion : M. Sevestre). — Transmission des maladies par les consultations externes : M. Comby. — De la transmission des maladies infectieuses dans les hôpitaux d'enfants : M. Cadet de Gassicourt (Discussion : M. Sevestre). — Un cas de guérison de goitre exophthalmique : M. Gérin-Roze. — Hémoglobinurie paroxystique : M. Hayem. — Un cas de rage inutilement traité à l'Institut Pasteur : M. Gérin-Roze.

M. *Hallopeau* a publié, il y a vingt ans, un travail sur une affection médullaire qu'il a appelée *sclérose diffuse périépendymaire* et qui semble se rapporter au type décrit en Allemagne, et étudié par MM. Debove et Déjerine sous le nom de *syringo-myélie*; il s'agissait, en effet, cliniquement de troubles de la sensibilité et d'amyotrophies, et anatomiquement de la formation d'une cavité centrale entourée d'une épaisse couche de tissu scléreux. Il maintient la dénomination qu'il a adoptée pour définir ce processus d'inflammation chronique autour du canal central, accompagné de tractus irradiant dans la substance grise et les cordons blancs et d'épaississement des tuniques vasculaires. Il ne s'agissait pas d'une néoplasie, et d'ailleurs la localisation en anneau autour du canal central, sans nodosités, concorde peu avec les allures d'un néoplasme gliomateux. M. Joffroy a lui-même admis la nature inflammatoire de cette lésion. Quant à la cavité centrale, elle ne résultait pas d'un processus lacunaire mais d'une dilatation évidente du canal épendymaire revêtu presque partout de son épithélium.

M. *Déjerine* ne conteste nullement le cas de M. Hallopeau, mais est d'avis que l'existence d'un gliome est établie, dans la syringo-myélie, par les recherches histologiques des auteurs allemands. Sur une pièce anatomique qui lui a été remise par M. Barth, la nature néoplasique de la lésion périépendymaire est manifeste : le néoplasme est pour ainsi dire énucléable en bien des points. Ce ne pourrait être le fait d'un processus inflammatoire. D'autre part le diagnostic basé sur les amyotrophies et la thermo-anesthésie avec conservation de la sensibilité tactile est aujourd'hui des mieux établis.

— M. *Laboulbène* rappelle les inoculations de sang rubéolique pratiquées par Home, en 1758, et celles de larmes et de sécrétions nasales provenant de morbilleux pratiquées, en 1822, par Speranzza. Ces inoculations ont été positives et suivies constamment, au bout de huit à dix jours, d'une rougeole bénigne. Peut-être cette méthode d'inoculations pourrait-elle rendre des services et mettre à l'abri des formes graves.

— M. *Gouraud* a été appelé à se prononcer plusieurs fois, en sa qualité de médecin du collège Stanislas, sur l'époque à laquelle les jeunes collégiens atteints de rougeole peuvent rentrer au milieu de leurs camarades, il a dû se conformer à la circulaire ministérielle, inspirée par une décision de l'Académie, et qui prescrit une quarantaine de vingt-cinq jours en pareil cas. Mais s'il est vrai, comme l'ont dit à la séance précédente MM. Sevestre et Grancher, que la rougeole cesse d'être contagieuse à la fin de la période d'éruption, un isolement aussi prolongé est inutile et ne peut que porter préjudice aux études. La Société ne pourrait-elle voter des conclusions sur lesquelles le médecin pourrait s'appuyer en pareil cas.

M. *Sevestre*, qui est médecin du collège Chaptal, établissement indépendant de l'Université, n'hésite pas à autoriser la rentrée des élèves atteints de rougeole dès qu'ils sont guéris, et, par suite, bien souvent avant le vingt-cinquième jour.

— M. *Comby* est d'avis que la promiscuité à la consultation des hôpitaux est une cause puissante de contagion, et pense que le service de sélection précédemment réclamé par M. Ollivier pourrait être fait chaque jour par l'interne du service auquel incombe ce jour-là la consultation. Point n'est besoin d'un interne ou d'un médecin spécial. Cette sélection sera plus facile et plus efficace quand on possédera des salles d'attente spéciales pour la plupart des maladies contagieuses. Il a établi des mesures de sélection analogues au dispensaire de la Société philanthropique et en a obtenu d'excellents résultats.

— M. *Cadet de Gassicourt*, en se basant sur la statistique de l'hôpital Trousseau pour l'année 1888, établit : 1° que la cause des cas intérieurs n'est ni dans la proximité des salles d'isolement, ni dans le transport par les gens de service ; 2° que cette cause est l'importation dans les salles communes de malades venus du dehors et porteurs de maladies infectieuses non reconnues. En effet, en se bornant à l'étude de la rougeole, de la scarlatine et de la diphthérie, on voit que les cas intérieurs ont été plutôt plus nombreux pour les services éloignés des salles d'isolement que pour les services rapprochés, et en particulier plus nombreux dans les services de chirurgie complètement distincts. Ainsi le pourcentage par rapport au nombre des lits a donné : cas intérieurs :

Rougeole. Médecine ; 376 lits, 76 cas, 20 pour 100.
Chirurgie : 96 lits, 34 cas, 35 pour 100.

Scarlatine. Médecine : 376 lits, 9 cas, 2,45 pour 100.
Chirurgie : 96 lits, 20 cas, 11,46 pour 100.

Diphthérie. Médecine : 376 lits, 62 cas, 16,80 pour 100.
Chirurgie : 96 lits, 10 cas, 20,80 pour 100.

En total : cas intérieurs en médecine, 39 pour 100 ;
en chirurgie, 67 pour 100.

La raison de ces résultats en apparence paradoxaux consiste dans ce fait que les malades placés dans les services de chirurgie sont soumis à un examen médical moins complet et moins sévère, de telle façon qu'ils séjournent plus longtemps dans les salles avant d'être évacués lorsqu'ils sont atteints d'une maladie infectieuse; ils sont ainsi l'occasion d'une contamination plus multipliée. Le nombre de cas intérieurs plus grand pour les salles de médecine éloignées des salles d'isolement, montre bien également que c'est par l'importation du dehors et non par transmission venant du service d'isolement que la contagion s'opère. D'ailleurs, la plupart des cas intérieurs se sont toujours montrés après l'introduction dans les salles communes d'une maladie infectieuse méconnue. Dans les salles de teigneux où cette importation ne s'est pas réalisée, aucun cas intérieur ne s'est produit. D'autre part, pour la diphthérie, les cas intérieurs n'ont pas toujours été plus nombreux dans chacun des services de médecine pendant les quatre mois durant lesquels chaque médecin est chargé à tour de rôle du pavillon des diphthéritiques. De ces faits, et de quelques autres analogues, M. Cadet de Gassicourt conclut que si l'isolement, préconisé par M. Sevestre, est une prudente mesure, elle est insuffisante; il faut y joindre, comme le veut M. Grancher, l'antisepsie à chaque lit, la désinfection de tous les objets contaminés, et surtout il faut organiser des chambres séparées pour placer les cas douteux lors de leur entrée à l'hôpital, et des salles de rechange pour évacuer les malades des salles communes, devenus suspects par l'apparition au milieu d'eux d'un cas intérieur.

— M. *Gérin-Roze* rapporte une observation de guérison d'un goitre exophthalmique ayant débuté à trente-six ans chez une femme, et s'étant accompagné de troubles digestifs graves. Bien des modes de traitement restèrent d'abord inefficaces, puis la guérison se montra après l'habitation à la campagne. La malade s'est mariée, a eu un enfant, et la guérison ne s'est pas démentie.

— M. *Hayem* lit une nouvelle note sur l'hémoglobinurie paroxystique. (Voy. p. 171.)

— M. *Gérin-Roze* publie *un cas de rage inutilement traité par les inoculations à l'Institut Pasteur.* Il s'agit d'une jeune fille de seize ans, mordue, le 7 janvier, à la joue gauche par un chien enragé. Elle fut soumise aux inoculations seize heures après la morsure, et reçut chaque jour quatre injections, du 9 au 13 février, puis une injection par jour jusqu'au 28. Elle éprouva les premiers malaises le 1er février, fut amenée à l'hôpital Lariboisière le 7, et succomba, après avoir présenté des symptômes manifestes de rage (cris, convulsion, spasme pharyngien, hyperesthésie, etc.), le 9 février, environ quatorze heures après le début des accidents convulsifs. Un petit garçon, mordu la veille par le même chien, a été inoculé également à l'Institut Pasteur, trente-six heures après la morsure qui siégeait à l'index; jusqu'ici il ne présente aucun phénomène alarmant. M. Gérin-Roze fait remarquer que *si le vaccin a été préparé avec tout le soin imaginable*, on devra reconnaître que, même dans les meilleures conditions (morsure unique, sans délabrement; début du traitement avant vingt-quatre heures), il est des sujets réfractaires à une méthode qui avait donné tant d'espérances.

— La séance est levée à cinq heures et quart.

André Petit.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1889. — PRÉSIDENCE DE M. FERNET.

Traitement des ulcérations tuberculeuses par le naphtol camphré : M. Fernet (Discussion : MM. C. Paul, Bucquoy, Grellety). — Traitement de la coqueluche par l'antipyrine : M. Dubousquet-Laborderie (Discussion : M. Fernet). — Du traitement térébenthiné : M. Brémond.

M. *Fernet*, connaissant les bons résultats obtenus en chirurgie, par M. Périer, de l'emploi du naphtol camphré (naphtol, 1 partie; camphre, 2 parties), a songé à utiliser ce topique dans un cas de diphthérie et dans deux cas d'ulcérations tuberculeuses buccales. Les fausses membranes diphthéritiques, sous l'influence de deux badigeonnages par jour, disparurent rapidement; mais il subsiste peut-être quelque doute sur l'exactitude du diagnostic, plusieurs personnes de l'entourage de la malade ayant présenté après elle des accidents d'angine manifestement herpétique. — Le premier malade tuberculeux était un homme adulte atteint de phthisie pulmonaire et d'une ulcération linguale; celle-ci, qui résistait au thermocautère employé à diverses reprises, fut notablement modifiée par le topique, mais la mort survint avant sa disparition complète, du fait des lésions pulmonaires. L'autre observation, plus probante, est celle d'une jeune fille de dix-sept ans, soignée antérieurement par la cautérisation ignée pour un lupus de la gorge. La cicatrisation avait été obtenue; mais, il y a dix-huit mois, l'ulcération reparut, et il vint s'y joindre une ulcération tuberculeuse envahissante de la base de la langue et de l'isthme du gosier. L'acide acétique au 1/10e, préconisé par Hering, n'ayant pu enrayer les accidents, M. Fernet pratiqua chaque jour un badigeonnage au naphtol camphré, précédé d'une application de solution de cocaïne pour calmer les vives douleurs ressenties par la malade; l'amélioration a été surprenante, et, en un mois, la guérison presque complète a été obtenue. Il est évident qu'un fait isolé ne peut être suffisamment démonstratif; mais il est certain que le naphtol camphré, employé comme topique, paraît appelé à rendre les plus grands services dans le traitement des accidents locaux qui signalent parfois le début de la tuberculose.

M. *C. Paul* traite actuellement une ulcération linguale, chez un malade de son service, par le même procédé. En quinze jours il a obtenu une grande amélioration.

M. *Bucquoy* a retiré de bons effets, en pareil cas, du topique suivant : glycérine, 30 grammes; acide phénique, 20 centigrammes.

M. *Grellety* rappelle qu'à l'hôpital Saint-Louis on recommande surtout pour les cas analogues l'acide lactique; mais son application est très douloureuse, quelquefois même en dépit de la cocaïne.

— M. *Dubousquet-Laborderie* emploie, depuis deux ans, l'antipyrine contre la coqueluche. Il avait en vue tout d'abord de combattre l'élément nerveux, et a pu se convaincre que le médicament agit également contre le catarrhe et la spécificité qui constituent les deux autres éléments de la maladie. Sur 94 cas, il a obtenu 71 améliorations notables; la durée de l'affection a été diminuée et l'intensité ainsi que le nombre des quintes rapidement atténués. Jamais il n'a reconnu aucun inconvénient à ce mode de traitement; dans aucun cas il n'y a eu d'action sur la fonction urinaire. Chez deux malades s'est produite une éruption cutanée passagère; rarement les troubles gastriques ont obligé à suspendre le traitement, et, d'ailleurs, l'impureté du médicament a paru dans ces cas devoir être incriminée. Il a prescrit l'antipyrine à la dose de 30 centigrammes à 1 gramme pour les enfants d'un à trois ans, et à la dose de 2 à

4 grammes au-dessus de trois ans. En faisant dissoudre l'antipyrine dans l'eau de Vals ou de Vichy et ajoutant un sirop quelconque on la fait accepter très facilement par les enfants les plus délicats. Elle est, d'ailleurs, très bien supportée par les petits malades.

M. *Fernet* est surpris que l'on n'observe pas la diminution de la sécrétion urinaire signalée chez les adultes, même en l'absence de toute altération rénale.

M. *Dubousquet-Laborderie* n'a jamais constaté rien de semblable, bien qu'il ait recueilli soigneusement les urines dans une dizaine de cas.

— M. *Brémond* lit une note sur de nouvelles recherches sur l'influence du traitement térébenthiné sur la richesse du sang en oxyhémoglobine chez les anémiques, et sur l'activité de la réduction de cette substance.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE.

De la néphrite consécutive à la varicelle, par M. Unger. — L'auteur a observé sept cas de varicelle, suivie de néphrite du sixième au douzième jour de l'éruption. L'urine contenait plus ou moins d'albumine, avec des cellules épithéliales du rein, des cylindres épithéliaux et des leucocytes. Peu de symptômes généraux. Une fois cependant, la fièvre fut élevée (39°,5), et en outre, il y eut des douleurs rénales, de l'œdème de la face et des pieds, des vomissements et de la dyspnée; la convalescence fut longue. L'auteur considère ces néphrites comme étant de nature catarrhale, desquamative, déterminées par une irritation spécifique du virus de la varicelle. Elles peuvent devenir parenchymateuses chez les sujets dont la nutrition est affaiblie. Il est indiqué d'examiner les urines dans la varicelle, car fréquemment cet examen sera positif. (*Wiener medicinische Presse*, 7 octobre 1888.)

Désinfection des voies respiratoires, par M. le professeur Eichhorst. — Les inhalations térébenthinées recommandées par Skoda dans les bronchites putrides et la gangrène pulmonaire sont rarement supportées par les malades à cause des douleurs de tête et des vertiges qu'elles provoquent. L'auteur a expérimenté le myrtol, sous forme de capsules gélatineuses de 15 centigrammes, et a été frappé par la rapidité de son action. Une heure après l'absorption d'une capsule on en trouve l'odeur dans l'air expiré. L'auteur rapporte l'observation de quatre malades, épuisés par une expectoration fétide, au point qu'il a fallu les isoler, et chez qui la désinfection des voies respiratoires a été rapidement obtenue. Il convient de prescrire deux capsules toutes les deux heures. Chez un tuberculeux, malgré l'usage du myrtol, le nombre des bacilles a augmenté de plus en plus dans les crachats. Ce médicament est donc sans action sur leur développement et leur extension. (*Wiener medicinische Presse*, 14 octobre 1888.)

De l'action antipyrétique de la phénacétine, par M. Armin Huber. — L'auteur rend compte des expérimentations faites dans le service de M. Eichhorst, avec la phénacétine, substance sans odeur ni saveur, insoluble dans l'eau et le vin. Prescrite à la dose de 1 gramme par jour, et en une fois, elle abaisse la température au bout d'une heure; son action est annoncée par une forte transpiration; l'abaissement de la température persiste de cinq à sept heures, et chez les tuberculeux toute la journée. Ni collapsus, ni vomissements. Elle a été employée avec succès dans toutes les affections fébriles: tuberculose, fièvre typhoïde, rhumatisme articulaire, pneumonie, endocardite ulcéreuse. Dans certains cas elle a produit l'apyrexie vainement cherchée par l'antipyrine, à laquelle elle est préférable dans beaucoup de circonstances. (*Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte*, n° 18.)

Exanthème provoqué par le sulfonal, par M. Engelmann. — Il s'agit d'une malade atteinte de métrite chronique et de dysménorrhée qui, après avoir fait longtemps usage de chloral contre l'insomnie, prit un soir 2 grammes de sulfonal. Le sommeil ne fut pas obtenu, mais le lendemain elle eut la poitrine couverte d'une éruption scarlatiniforme, accompagnée de vives démangeaisons. Vers la fin de la journée, l'éruption avait disparu de la poitrine pour occuper les deux bras. Elle pâlit le troisième jour pour disparaître graduellement. (*Munchener medicinische Wochenschrift*, n° 42.)

De l'antipyrine dans la laryngite striduleuse, par M. Montagu-Percival. — L'auteur recommande de donner aux enfants 10 centigrammes d'antipyrine toutes les heures; les troubles respiratoires ne tardent pas à se calmer, et les enfants à s'endormir. Une seule fois, il fut obligé d'élever la dose à 25 centigrammes pour couper un accès. (*Lancet*, 17 novembre 1887.)

Sur un cas d'intoxication par le sulfonal, par M. Bornemann. — Il s'agit d'un morphinomane chez qui on essaya de remplacer la morphine par le sulfonal pour procurer du sommeil. On prescrivit ce dernier à des doses progressives de 2, 3 et 4 grammes, avec addition ou non de petites injections de morphine. Le sommeil ne fut pas obtenu, mais le malade fut pris de titubation comme un homme ivre. Même incoordination des mouvements des membres supérieurs; le malade ne pouvait tenir un verre pour boire. L'ataxie des membres fut telle qu'il dut rester couché; il avait en outre de la diplopie et des troubles psychiques qui lui faisaient croire qu'il avait deux têtes, et deux bras du côté droit. Aucun trouble respiratoire ou circulatoire, ni des sécrétions. Ces phénomènes ataxiques ne disparurent que six jours après la suppression du médicament. Cette ataxie est d'origine centrale, et d'après les expériences de Kast, a son point de départ dans l'écorce grise du cerveau. (*Deutsche medicinische Zeitung*, n° 95.)

De la valeur de la saccharine en thérapeutique et en hygiène, par MM. Thomas Stevenson et L.-C. Woolridge. — C'est surtout au point de vue de son utilisation en hygiène que les auteurs ont expérimenté, laissant de côté la question de la toxicité de cette substance qui a été étudiée auparavant. Néanmoins, ils proclament sa non-toxicité après avoir alimenté des chiens avec cette substance. Ils ont plutôt cherché à déterminer son influence sur les fermentations, constatant que par son mélange au centième avec la fibrine, elle n'en retarde pas la digestion par la pepsine; mais que 20 centièmes de saccharine ralentissent les phénomènes de peptonisation. Ils ont noté que la fermentation urinaire était retardée.

Pour contrôler ces expériences *in vitro*, il fallait administrer la saccharine en mélange avec les aliments. A cet effet, ils ont nourri deux chiens de même poids avec une même ration de viande; l'un ingérait simultanément de la saccharine, l'autre recevait la viande seule. Cinq heures après le repas on sacrifiait ces animaux et on constatait la chymification de 30 pour 100 des aliments chez celui qui avait ingéré la saccharine. Ce chiffre était de 33 pour 100 pour l'animal ayant ingéré la viande seule. La saccharine employée était la saccharine soluble dont le pouvoir sucrant est supérieur à celui de la saccharine pure du commerce. Ces expériences tendraient à prouver que l'usage modéré et que les doses minimes de ce médicament sont sans inconvénient. (*The Lancet*, p. 938, 17 novembre 1888.)

BIBLIOGRAPHIE

Un cas d'arthropathie tabétique suppurée (Contribution à l'étude de l'arthropathie des ataxiques), par A. Mossé, chargé de cours clinique à la Faculté de Montpellier.

Chacun sait combien sont rares les cas de suppuration dans les arthropathies tabétiques... Aussi, quand une semblable lésion est constatée, remet-on sur le tapis la fameuse question de l'entité nosologique de l'arthropathie, et cherche-t-on à voir dans ces manifestations si fréquentes du tabes autre chose qu'un trouble trophique imputable à la sclérose des cordons postérieurs.

M. Mossé, à propos d'un cas de suppuration de l'articulation du coude chez un tabétique, a fait à la Société de médecine et de chirurgie pratiques de Montpellier la communication la plus intéressante et la plus remarquable. Les idées du savant médecin de Montpellier nous sont trop chères pour que nous ne cherchions pas à donner aux lecteurs de la *Gazette hebdomadaire* un compte rendu aussi fidèle que possible de cette importante communication.

Sans rapporter ici l'observation même résumée du malade, nous dirons qu'il s'agissait d'un sujet arrivé à la période cachectique d'un tabes dont le début remontait à plus de vingt ans, encore torturé par des crises douloureuses intenses de la nature de celles qui se montrent aux premières périodes de l'ataxie. Un jour, au déclin d'une crise prolongée, le malade se plaint du coude droit qui, du soir au matin, est devenu énorme.

A l'examen : hydarthrose considérable, laxité anormale des surfaces articulaires, craquements faisant admettre l'existence probable d'arthrophytes mobiles. Aucune réaction pendant douze jours, exploration peu douloureuse et relativement facile. Au bout de douze jours, pneumonie, fièvre, état général grave. On redoute la suppuration de l'arthropathie. Mort en quelques jours. A l'autopsie, suppuration et lésions multiples caractérisées par des lésions destructives des ligaments et cartilages articulaires, et en même temps par des lésions osseuses à type proliféralif dont M. Mossé tente d'établir la nature et la pathogénie.

L'auteur commence à établir le diagnostic nosologique des lésions articulaires observées chez son malade.

Il s'agit bien d'une arthropathie imputable au tabes : le mode d'apparition et l'évolution des symptômes ont donné à l'arthropathie une physionomie spéciale telle que l'a fixée M. Charcot. M. Mossé ajoute même deux remarques très intéressantes : *L'arthropathie s'est montrée à la fin d'une crise de douleurs fulgurantes intenses prolongées*. Enfin, *les lésions ostéo-articulaires existaient au coude avant la tuméfaction pathognomonique.*

Le diagnostic positif établi, M. Mossé attribue avec beaucoup de raisons au mauvais état général, créé par la pneumonie, la suppuration qui a envahi l'articulation ; il repousse l'idée d'une arthrite simplement infectieuse ou d'une arthrite sèche suppurée. Ces deux points acquis, l'auteur aborde la question encore si controversée de la nature et des formes de l'arthropathie tabétique.

On sait que deux opinions ont cours sur la nature de ces arthropathies. Pour les partisans de la première, l'arthropathie des ataxiques n'est qu'une arthrite déformante chronique tout au plus modifiée dans son aspect par le tabes ; c'est la manière de voir, défendue par la plupart des médecins allemands et acceptée en partie en Angleterre.

La seconde opinion est celle du professeur Charcot. Notre maître l'a défendue avec tant d'éclat dans ses leçons et dans ses écrits, que nombre de médecins étrangers, Hutchinson-Macnamapa, Barwell-Buzzard en Angleterre ; Rotter, Sonnenbourg, Bernhardt en Allemagne, sont aujourd'hui gagnés à l'opinion du chef de l'école française.

Parmi les médecins qui n'acceptent pas complètement les idées de M. Charcot, tous ou presque tous tombent d'accord que cette complication de l'ataxie se sépare, par son allure clinique, de l'arthrite déformante. La contestation résulte de l'étude des lésions anatomiques.

Pour les cas de M. Charcot, caractérisés par la dislocation, l'*athrophie* des extrémités articulaires : pas de doute. Ces lésions sont complètement différentes des lésions de l'arthrite déformante.

Malheureusement on a trouvé chez des tabétiques (obs. de Panne, *Soc. anat.*, février 1886) des lésions rappelant assez exactement l'aspect de l'arthrite sèche ordinaire : productions osseuses, ecchondroses, arthrophites, ankylose, etc.

Entre ces deux types extrêmes (type atrophique de M. Charcot) et le dernier (type hypertrophique) il y a une foule d'intermédiaires se présentant parfois chez le même malade, parfois même sur le même os. Comment expliquer cette coexistence de lésions qui paraissent appartenir à deux maladies si différentes?

Le plus simplement du monde, pour M. Mossé, si l'on veut admettre ses propositions :

L'arthropathie tabétique (*Joint's Charcot's disease*, maladie de Charcot) est une entité pathologique résultant d'un trouble trophique d'origine spéciale ou nerveuse ; à ce point de vue, elle mérite d'être rapprochée des autres complications d'ordre trophique observées chez les ataxiques.

Les lésions macroscopiques se rattachent à trois types :

a. Le type classique ou atrophique. Atrophie, usure, disparition d'une partie plus ou moins considérable des surfaces articulaires des ligaments : fractures, luxations, etc.

b. Le type hypertrophique. Augmentation de volume des épiphyses, stalactites osseuses, etc.

c. Type mixte. Coexistence des lésions proliféralives et destructives à des degrés divers. Ce dernier type est peut-être le plus fréquent. Celui décrit par M. Charcot est le plus caractéristique.

Paul Berdez.

La folie chez les enfants, par le docteur Paul Moreau (de Tours), membre de la Société médico-psychologique. 1 vol. in-12 de la *Bibliothèque scientifique contemporaine.* — Paris, 1888. J.-B. Baillière et fils.

Les manigraphes du commencement du siècle ne s'arrêtent guère à l'étude de la folie chez les enfants. La vérité est qu'ils y croyaient peu ou qu'ils l'avaient rarement observée. Esquirol résumait son opinion sur le sujet dans la phrase suivante : « L'enfance est à l'abri de la folie, à moins qu'en naissant l'enfant n'apporte quelque vice de conformation, ou que des convulsions ne le jettent dans l'imbécilité ou l'idiotie. » Ce que l'illustre médecin de Charenton enseignait au nom de la clinique, Broussais le confirmait en s'appuyant sur l'observation physiologique. « Les enfants, écrit-il en 1828 (*De l'irritation et de la folie.* 1re édit. p. 335), sont peu susceptibles des folies par causes morales, parce que les impressions sont moins durables chez eux que chez les adultes ; mais l'intensité de ces impressions peut suppléer à leur durée : d'ailleurs, il est quelques enfants qu'un développement prématuré de l'encéphale rend susceptibles d'une mélancolie capable de les conduire aux aliénations mentales. »

Depuis, en y regardant de plus près, on a constaté que la folie, sans être très fréquente chez les enfants, n'était pas aussi rare que le pensaient ces observateurs. Avec le temps,

des faits cliniques nombreux — quelques-uns même extraordinaires — se sont accumulés, et il a fallu se rendre à l'évidence : les enfants ne deviennent pas seulement imbéciles ou idiots, ils sont sujets, dans certaines conditions étiologiques, à devenir aliénés ; ils sont « susceptibles » des formes de folie les plus variées, comme les adultes.

Les nombreux travaux qui, en France comme à l'étranger, ont mis cette vérité hors de doute, ont été admirablement résumés et condensés dans l'ouvrage que vient de publier M. Paul Moreau (de Tours). L'intéressante monographie dont il a enrichi la « Bibliothèque scientifique contemporaine » est divisée en trois parties. Après un court historique, l'auteur aborde l'étude des causes de la folie chez les enfants : il les divise en causes morales et causes physiques. Une objection se présente naturellement à l'esprit, lorsqu'on lit le paragraphe consacré à l'étude des causes morales générales. L'hérédité peut-elle être considérée comme une cause morale ? N'est-elle pas la cause physique par excellence, celle dont dépendent toutes les autres, et en particulier le tempérament que M. Moreau (de Tours) classe dans la catégorie des causes physiques générales ? En sa qualité de cause prédisposante, l'hérédité joue le rôle principal dans l'étude de l'étiologie de la folie chez les enfants et, à ce point de vue, elle doit être considérée comme la cause primordiale, et ne pas être confondue avec des causes morales générales, telles que l'imitation, l'influence des mœurs, l'éducation, etc.

Après l'hérédité, les causes qui jouent le plus grand rôle dans la production de la folie chez les enfants sont certes celles que notre auteur a décrites sous le titre de « causes physiques dépendant de l'individu ». Il s'agit surtout de certaines affections aiguës, la méningite, l'hydrocéphalie aiguë, la scarlatine, la fièvre typhoïde, les fièvres intermittentes ; puis les traumatismes, les vers intestinaux, les vices de conformation du crâne, etc.

Dans la deuxième partie, consacrée à l'étude des formes, l'auteur étudie d'abord les formes purement nerveuses : les convulsions, l'éclampsie, les tics, etc. Le chapitre suivant est sans contredit le plus intéressant : il étudie les formes purement psychiques. On y peut suivre la description de tous les troubles intellectuels et moraux qui atteignent l'enfance, depuis les simples terreurs nocturnes jusqu'à l'idiotie la plus complète et au crétinisme, en passant par la manie, la mélancolie, la folie à double forme, les folies hystérique, épileptique, choréique, etc. Cette lecture est rendue plus intéressante par les nombreux faits cliniques — personnels ou empruntés aux auteurs — dont M. Moreau (de Tours) a illustré ses descriptions.

La dernière partie traite du diagnostic, du pronostic, des conséquences médico-légales, et se termine par un chapitre intitulé : *Soins et mesures de protection*. L'auteur donne en quelques pages certaines règles prophylactiques pour « lutter avec avantage contre les prédispositions fâcheuses qui planent sur certains individus et qui en quelque sorte président à leur destinée morale et intellectuelle. Fortifier le corps tout en imprimant une saine direction aux facultés psychiques, telle est la loi qui prime toutes les autres. »

Nous terminerons sur cette phrase l'analyse d'un livre qui mérite d'être lu, non seulement par les médecins aliénistes, mais surtout par les praticiens. Ils y puiseront des renseignements et des conseils qui leur seront d'un fréquent secours dans leur clientèle.

Ant. Ritti.

Études sur l'hystérie infantile, par M. Clopatt.

Travail publié en Finlande, mais dont les éléments ont été en majeure partie recueillis dans les services de MM. Charcot, Bourneville et Grancher. Il comprend l'analyse de 272 observations d'hystérie infantile. C'est de sept à treize ans qu'elle se montre le plus souvent ; le nombre des filles atteintes est à peu près double de celui des garçons. Chez un grand nombre de petits malades on trouve des tares nerveuses chez les ascendants. Le début de la maladie est souvent amené par une émotion, une frayeur ; l'imitation joue aussi un grand rôle sous ce rapport. On l'a vue survenir à la suite de maladies fébriles aiguës, et à la suite de traumatismes, chez des sujets atteints de la « diathèse des contractures ».

M. Charcot a fait connaître un cas d'hystérie à la suite de séances de spiritisme, et un autre chez un collégien qui eut des attaques convulsives après avoir été hypnotisé par deux de ses camarades. Dans la description que donne l'auteur de l'enfant hystérique, nous relevons la phrase suivante empruntée à M. Jules Simon et qui en est pour ainsi dire le résumé : « Les jeunes hystériques pratiquent volontiers le mensonge, et jouent d'instinct la comédie. » — L'auteur étudie ensuite les troubles de la sensibilité, de la motilité, du système vaso-moteur et des sécrétions chez l'enfant. A propos des zones hystérogènes il montre que le testicule chez les jeunes garçons joue le même rôle que l'ovaire chez les jeunes filles, pour provoquer ou interrompre les attaques. A propos du diagnostic il rappelle que M. Charcot a employé le bromure de potassium pour la distinguer de l'épilepsie ; par des doses croissantes et prolongées, les crises épileptiques sont éloignées, tandis qu'elles sont sans action sur les attaques d'hystérie. Le pronostic est en général favorable chez l'enfant ; il importe d'isoler le malade de son entourage habituel. La suggestion hypnotique a pu être employée avec avantage dans la forme convulsive. L'hydrothérapie et l'électricité, statique ou faradique sont d'une grande utilité. L'application de la glace et la compression sur les zones hystérogènes, ovarienne et testiculaire arrêtent les attaques. Il importe de ne pas recourir à un traitement actif des contractures, sous peine d'aggraver le spasme musculaire.

L'Année médicale (1887), publiée sous la direction de M. le docteur Bourneville. — Paris, 1888, Lecrosnier et Babé.

L'année médicale pour 1887, publiée sous la direction de M. Bourneville, a paru vers la fin de l'année dernière. Ce nouveau volume a été accueilli avec la même faveur que ses aînés, car il remplit bien son but qui est de résumer les progrès accomplis pendant l'année dans les sciences médicales. « Les lumières grandissantes des doctrines microbiennes » jettent chaque jour des clartés nouvelles sur l'étiologie des maladies infectieuses, et les recherches faites sous l'influence de ces doctrines ont été des plus fructueuses cette année. On trouve dans ce volume le résumé des études récentes sur le bacille de la fièvre typhoïde, de la diarrhée des enfants, sur la transmissibilité infectieuse du tétanos, sur le microbe pathogène de la fièvre jaune, etc. ; il n'est pas sans utilité de trouver réunis, en quelques pages écrites avec clarté, tous ces importants travaux. On y trouve aussi l'analyse des leçons de M. le professeur Charcot sur l'aphasie, les amyotrophies, l'hystérie chez l'homme, etc. Nous aurions bien des chapitres intéressants à signaler encore, tels que le substantiel article sur les progrès de l'ophthalmologie, mais nous ne pouvons nous étendre davantage sur ce livre qui par sa nature même échappe à l'analyse, et qui sera lu avec fruit par tous ceux qui suivent avec intérêt le développement des connaissances médicales.

Er. W.

VARIÉTÉS

LES CONCOURS D'AGRÉGATION.

Lorsque parut, il y a deux ans, la décision qui modifiait le statut de l'agrégation, nous avons longuement exposé les motifs qui nous faisaient craindre que les réformes annoncées ne fussent point de nature à rendre meilleur le recrutement des professeurs de nos Facultés. Les impressions qu'a laissées le concours d'agrégation de médecine et les incidents qui ont marqué le début du concours d'agrégation de chirurgie semblent prouver que nos craintes étaient malheureusement justifiées.

Personne n'ignore plus aujourd'hui que des dissentiments profonds entre les membres du jury d'agrégation de méde-

cine ont provoqué des discussions assez vives et vont sans doute motiver de divers côtés soit des rapports officiels, soit des propositions officieuses destinées à faire changer une fois encore le programme de ce concours. Nous n'avons pas à insister dès à présent sur ces questions qui ne seront que trop débattues dans un prochain avenir. Mais nous devons dire tout notre sentiment au sujet de la mesure que vient de prendre le jury d'agrégation de chirurgie et qui a déjà donné lieu non seulement à des protestations mais même à des lettres ministérielles presque comminatoires. Pour bien faire comprendre la pensée qui a dicté cette mesure, il nous paraît utile de reproduire encore les arguments que nous avons tant de fois déjà opposés aux dernières réformes.

Le concours d'agrégation, disions-nous, a pour but de s'assurer que les candidats au titre de professeur sont instruits, aptes à l'enseignement public et au rôle d'examinateur qu'ils auront à remplir, enfin pourvus de titres scientifiques démontrant tout à la fois leur intelligence et leur activité. L'épreuve de trois quarts d'heure après trois heures de préparation peut servir à démontrer que les candidats savent bien faire une leçon publique, elle démontrera de plus, si cette leçon est préparée sans le secours de notes ou de livres, qu'ils sont instruits et dès lors en état de bien faire passer les examens qui constitueront une bonne partie de leur tâche universitaire. En modifiant cette épreuve et en posant en principe que « le candidat pourra s'aider des ouvrages désignés par le jury », le Conseil supérieur de l'Instruction publique est allé à l'encontre du sentiment presque unanime des professeurs de nos Facultés. Ceux-ci, lorsqu'ils ont eu à réglementer le concours d'agrégation de médecine, ont habilement tourné la difficulté. Ils ont choisi le texte de la plupart des questions tirées au sort, de telle façon que celles-ci ne pussent se trouver traitées *in extenso* dans aucun des ouvrages de médecine mis à la disposition des candidats. Et cependant, il a été reconnu que, jadis très brillantes, ces leçons avaient été moins bonnes cette année que dans les concours précédents.

Le jury du concours de chirurgie a été plus radical. Désireux de faire traiter par les candidats des sujets pratiques, développés dans la plupart des ouvrages de chirurgie, il s'est dit qu'un chirurgien qui ne saurait, sans le secours de livres, parler sur les fistules pyo-stercorales, les blessures de la vessie ou les pseudarthroses, ne serait point digne du titre d'agrégé, et il n'a voulu, dès lors, mettre à la disposition des candidats que des ouvrages leur permettant de retrouver rapidement, soit, à propos d'une tumeur, un détail de structure histologique, ou bien, à propos d'une région, quelques données anatomiques précises.

Nous n'irons point jusqu'à soutenir, quelques-uns des ouvrages choisis semblent prouver le contraire, que le jury n'ait pas voulu affirmer surtout son désir de protester contre le règlement qui lui était imposé. Mais cette protestation est *légale;* elle ne saurait, quoi qu'on en dise, faire annuler les premières épreuves du concours. Elle aura peut-être pour résultat d'appeler l'attention du ministère sur la nécessité d'abroger un règlement que la plupart des Facultés avaient condamné et qui leur a été imposé par le Conseil supérieur de l'Instruction publique. Quant aux autres épreuves du concours d'agrégation, nous aimons à espérer qu'elles seront modifiées à leur tour. Ce qui vient de se passer prouve jusqu'à l'évidence qu'il faut aviser rapidement à une réforme plus complète de tous ces concours. Nous aurons prochainement l'occasion de discuter plus longuement cette question, qui intéresse à un si haut degré non seulement l'avenir de notre enseignement supérieur, mais encore la réputation de loyauté et de justice qui ne devrait jamais manquer à nos concours.

NÉCROLOGIE : CHARLES MARTINS.

Charles Martins, qui vient de mourir à Paris, après avoir été l'une des gloires de l'École de Montpellier, était un de ces hommes éminents dont la vaste intelligence sait comprendre l'utilité de connaissances encyclopédiques, et qui deviennent de plus en plus rares aujourd'hui qu'une spécialisation hâtive et exagérée détourne les médecins des études de philosophie médicale et de médecine comparative. Ses travaux scientifiques, ses voyages, son talent de professeur et d'écrivain lui avaient créé une situation exceptionnelle. Il recevait à Montpellier, dans cet admirable Jardin des plantes, qu'il avait presque créé, l'élite des savants européens, avec lesquels il était en relations suivies. Tous ceux qui l'y ont connu gardent à sa mémoire le plus respectueux souvenir.

Charles-Frédéric Martins est né à Paris le 6 février 1806. Successivement interne à Bicêtre, à la Pitié et à Saint-Louis, premier prix de l'École pratique en 1833 et docteur en médecine en 1834, il ne tarda point à s'adonner plus spécialement aux études d'histoire naturelle. Reçu agrégé en 1839, il suppléa Achille Richard à la Faculté de médecine et Constant Prévot à la Sorbonne. Quelques années plus tard (1851) s'ouvrait un concours pour la place de professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Montpellier. Martins y fut reçu et se préoccupa dès lors de faire profiter ses élèves, dont plusieurs devinrent des maîtres incontestés, des connaissances étendues qu'il acquérait par ses recherches personnelles, ses voyages d'exploration, ses travaux de laboratoire. Les relations de ses voyages au Spitzberg et en Laponie, de son ascension scientifique au Mont-Blanc avec Bravais (1844), de ses excursions dans les Alpes et les Pyrénées, en Asie Mineure et en Algérie, sont justement célèbres. Il serait difficile de mentionner, même par leurs titres, tous les mémoires insérés par Charles Martins dans les *Annales des sciences naturelles*, les *Annales de physique et de chimie*, les *Bulletins* des Sociétés géologique, botanique et météorologique, l'*Annuaire météorologique*, fondé par lui en 1849, avec Haegens et Bérigny, les *Mémoires de l'Académie des sciences de Montpellier*, la *Bibliothèque universelle de Genève*, la *Revue des Deux Mondes*, etc. Nous ne citerons donc ici que ses principaux ouvrages; mais nous devons une mention toute spéciale à l'Introduction qu'il rédigea en tête des *Œuvres philosophiques de Lamarck*, et aux différents articles dans lesquels il étudia avec tant de sagacité la doctrine de Darwin.

Charles Martins était correspondant de l'Institut (Académie des sciences) depuis 1863; associé national de l'Académie de médecine, membre de la Société géologique de Londres, officier de la Légion d'honneur, etc. Voici ses principales publications :

Sur les principes de la méthode naturelle appliquée à la classification des maladies de la peau (Thèse de Paris, 1834); *Œuvres d'histoire naturelle* (1837) traduites de Gœthe; *Causes générales des syphilides* (1838); *Du microscope et de son application à l'étude des êtres organisés* (1839); *Essai sur la topographie du Mont Ventoux* (1838); Observations sur les *Glaciers du Spitzberg* comparés à ceux de la Suisse (1840); *Voyage botanique en Norvège* (1841); *Délimitation des régions végétales sur les montagnes du continent européen* (1841); *De la vitesse du son entre deux stations également ou inégalement élevées au-dessus du niveau de la mer*, avec Bravais (1845); *Le Jardin des plantes de Montpellier* (1854); *Sur la température des oiseaux palmipèdes du nord de l'Europe* (1856); *Nouvelle comparaison des membres pelviens et thoraciques déduites de la torsion de l'humérus* (1857); *Du Spitzberg au Sahara* (1865); *Aigues-Mortes, son passé, son présent, son avenir* (1875); Introduction du *Cours complet de Météorologie* de Kaemtz (1843); Deux éditions annotées des *Eléments de botanique* de A. Richard, etc., etc.

— Nous avons aussi le regret d'annoncer la mort de M. le

docteur Marsoo, médecin consultant à Salies-de-Bearn et de MM. les docteurs Deselaux (de Tonneins), Serré (de Bapaume), Larmoyer (de Charleville), Sauzé (de la Mothe-Saint-Hérayc).

Concours d'agrégation de chirurgie et d'accouchements. — La première épreuve de ce concours, épreuve orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation, a commencé le 8 mars 1889; elle se continuera tous les jours dans l'ordre suivant, les samedis et les dimanches exceptés:

Chirurgie. — Vendredi 8: MM. Marchand, Bazy, Broca. — Lundi 11: MM. Carpentier, Castex, Nélaton. — Mardi 12: MM. Pollosson, Coppens, Villar. — Mercredi 13: MM. Walther, Vallas, Genevey-Montaz. — Jeudi 14: MM. Clado, Février, Courtin. — Vendredi 15: MM. Barette, Gangolphe, Rochet. — Lundi 18: MM. Tuffier, Ricard, Piequé. — Mardi 19: MM. Routier, Verchère, Phocas. — Mercredi 20: MM. Hartmann, Ménard, Rochard. — Jeudi 21: MM. Michaux, Estor.

Accouchements. — Vendredi 22: MM. Tissier, Bonnaire, Rivière. — Lundi 25: MM. Auvard, Chambrelent, Turgard. — Mardi 26: MM. Bureau, Boissard, Bar.

MM. Beurnier, Doléris, Lepage, Olivier, Planchard et Potocki se sont retirés du concours.

Les questions données jusqu'à ce jour sont: 1° fistules pyo-stercorales; 2° plaies de la vessie; 3° du retard et de l'absence de la formation du cal.

Hôpitaux de Paris. — Les candidats du concours qui doit s'ouvrir le 25 de ce mois pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris, sont: MM. les docteurs Barette, Bournier, Broca, Castex, Clado, Coudray, Garnier, Guinard, Hallé, Hartmann, Jullien, Lojars, Ménard, Ozenne, Petit-Vendol, Phocas, Poirier, Remy, Ricard, Rochard, Verchère et Walther.

Le jury, tiré au sort hier matin, se compose provisoirement de MM. Blum, Desormeaux, Kirmisson, Marchand, Panas, Péan et Jaccoud.

Concours pour l'admission de médecins et chirurgiens-adjoints a Saint-Lazare. — Ce concours s'est ouvert le 12 mars. Sont admis à concourir:

1° Pour les places de médecins: MM. Barthélemy, Brivois, Buret, Brette, Feulard, Gillet, Lannelongue, de Molènes-Mahon, Reuss et M[lle] Edwards.

2° Pour les places de chirurgiens: MM. Baudier, Fournel, Gundelach, Jullien, Ozenne, Verchère et Wickam.

Le jury médical est composé de MM. Balzer, Budin, Fournier, Hallopeau, Lancereaux, Le Pileur et Quinquaud.

Le jury chirurgical est composé de MM. Chéron, Horteloup, Humbert, Lannelongue, Pinard, Terrillon et Vidal.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Lortet, professeur d'histoire naturelle, est maintenu, pour trois ans, en qualité de doyen de ladite Faculté.

Faculté de médecine de Lille. — Par décret, en date du 8 mars 1889, M. Lambling, agrégé, est nommé professeur de chimie organique.

École de médecine d'Amiens. — M. Kayser (Marie-Louis-Napoléon) est nommé chef de clinique obstétricale et gynécologie.

Corps de santé de la marine. — Par décret, en date du 9 mars 1889, ont été promus:

Au grade de médecin principal: M. Cauvin.

Au grade de médecin de 1re classe: MM. David, Aubry, Mestayor, Torel, Legrand et Gauthier.

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 22 mars). — *Ordre du jour:* M. de Beurmann: Un cas de mort par tétanie dans le cours d'une dilatation de l'estomac.—M. Huchard: Sur un nouveau syndrome des maladies du cœur: l'embryocardie. — Discussion sur la transmission des maladies infectieuses dans les hôpitaux (M. Richard). — M. Debove: Présentation d'instrument. — M. Fernet: Sur une petite épidémie d'entérite cholériforme.

Souscription Duchenne (de Boulogne).

Septième liste.

MM. Paul Richer	20 fr.	»
Variot	25	»
Balzer	20	»
Hippolyte Martin	20	»
Hamy	50	»
Babinski	25	»
Raymond	25	»
Dejérine	20	»
Dumontpallier	20	»
Dastre	10	»
Jules Voisin	25	»
Richelot	20	»
Routier	10	»
Mathias-Duval	20	»
Laboulbène	20	»
Maygrier	20	»
Cadet de Gassicourt	20	»
Gilles de la Tourette	10	»
Bouchard	20	»
Blondeau	20	»
Hérard	20	»
Huchard	10	»
Total	450 fr.	»
Montant des listes précédentes	2887	34
Total général	3337 fr.	34

A cette liste, nous sommes heureux de pouvoir ajouter, en la signalant tout spécialement comme un touchant hommage rendu à la mémoire de Duchenne (de Boulogne), la souscription des internes des hôpitaux de Lyon, adressée à M. le professeur Charcot par M. Eug. Loison, doyen des internes des hôpitaux de Lyon.

Voici les noms des souscripteurs qui ont adressé une somme de 70 francs.

MM. Adenot, Audry, Berthet, Bonnet, Bret, Brosset, Chabalier, Chaintre, Courmont, Cuilleret, Dolard, Dor, Duchesneau, Durnerin, Fayard, Lacroix, Loison, Michon, Mollard, Orcel, Péchadre, Pic, Proby, Rossigneux, Sigaud, Tellier, Tournier, internes des hôpitaux.

MM. Bouchet, Ferroud, Levrat, Ollier, Salès, Stourme, internes suppléants .... 70 fr. »

Total général.. 3407 fr. 34

Mortalité a Paris (9e semaine, du 24 février au 2 mars 1889. — Population: 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 16. — Variole, 6. — Rougeole, 31. — Scarlatine, 7. — Coqueluche, 2. — Diphthérie, croup, 37. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 187. — Autres tuberculoses, 25. — Tumeurs: cancéreuses, 41; autres, 8. — Méningite, 34. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 54. — Paralysie, 11. — Ramollissement cérébral, 8. — Maladies organiques du cœur, 50. — Bronchite aiguë, 35. — Bronchite chronique, 55. — Broncho-pneumonie, 34. — Pneumonie, 58. — Gastro-entérite: sein, 10; biberon, 45. — Autres diarrhées, 4. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 4. — Débilité congénitale, 23. — Sénilité, 34. — Suicides, 13. — Autres morts violentes, 6. — Autres causes de mort, 173. — Causes inconnues, 11. — Total: 1027.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Almanach-annuaire des médecins et pharmaciens de France pour 1889. 1 vol. de 750 pages in-8° jésus. Paris, Alcan-Lévy.
Broché: Paris, 2 fr.; départements, 2 fr. 50
Cartonné: Paris, 2 fr. 50; départements, 3 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

18598. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

SUPPLÉMENT THÉRAPEUTIQUE

DE LA

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

CHIMIE ET PHARMACOLOGIE

Les alcaloïdes de l'huile de foie de morue.

MM. A. Gautier et Mourgues viennent de reprendre l'étude chimique de l'huile de foie de morue. A la suite de divers essais de préparation, ils sont arrivés à en retirer six alcaloïdes (leucomaïnes). Leur travail, communiqué à l'Académie des sciences, a plus particulièrement porté sur l'huile brune ou fauve, c'est-à-dire sur l'huile que l'on reconnaît généralement comme la plus active.

Le procédé de préparation consiste à épuiser l'huile de foie de morue par son volume d'alcool à 33 degrés, contenant 4 grammes d'acide oxalique par litre. Les liquides d'extraction sont presque saturés par de la chaux, filtrés et distillés à 45 degrés dans le vide. On les met à digérer sur du carbonate de chaux, puis on les évapore à sec dans le vide : le résidu est repris par de l'alcool à 90 degrés, distillé dans le vide, repris par de l'eau, sursaturé de potasse et finalement repris par de l'éther. Il se charge des alcaloïdes qu'on précipite par l'acide oxalique en solution éthérée. On obtient ainsi un mélange de 0,350 à 0,500 d'alcaloïdes secs par kilogramme d'huile de foie de morue.

Le mélange des bases soumis à la distillation fractionnée se sépare en deux parties :

1° Bases volatiles (butylamine, amylamine, hexylamine, dihydrolutidine);

2° Bases fixes (aselline, morrhuine), accompagnées d'un acide répondant à la formule $C^9H^{13}AzO^3$, l'acide guadinique, à la fois acide et base.

Les trois premières de ces bases sont déjà connues, les autres sont nouvelles. L'hydrolutidine appartient à la famille des bases hydropiridiques.

C'est un liquide incolore, un peu huileux, très caustique, d'une odeur vive, peu soluble dans l'eau, bouillant à 199 degrés, ses sels sont amers. Son chlorhydrate cristallise ainsi que le sulfate.

La dihydrolutidine est modérément vénéneuse. A faible dose, elle diminue la sensibilité générale. Dans un prochain travail, les auteurs se proposent de faire connaître l'aselline et la morrhuine.

L'huile de foie de morue doit-elle une partie de son action aux alcaloïdes ci-dessus? La question reste pendante.

Déjà en 1885, M. Chapoteaut, supposant que l'huile de morue devait son action à des principes particuliers, a proposé sous le nom de morrhuol, le produit obtenu en épuisant l'huile de foie de morue par de l'alcool et en distillant le liquide alcoolique : il obtenait ainsi une substance renfermant les principes actifs de l'huile (le morrhuol) et douée de propriétés thérapeutiques remarquables (*Bull. thér.*, 1885).

Ce remède est bien toléré et absorbé et son action anti-dénutritive le rapproche de l'action médicatrice de l'huile de foie de morue (Germain Sée, *Du régime alimentaire*).

A la dose de 2 à 4 capsules chez les enfants; de 8 à 10 chez les adultes, le morrhuol augmente l'appétit, fait disparaître les troubles digestifs. Chez les tuberculeux au premier degré, elle calme la toux, ranime l'appétit, augmente les forces.

Il serait intéressant de rechercher dans ce produit les alcaloïdes de MM. Gautier et Mourgues.

F. W.

(Extrait de la *Tribune médicale*.)

THÉRAPEUTIQUE

La Digitale.

La séance du 22 janvier de l'Académie de médecine a été animée par une discussion que M. Germain Sée a soulevée au sujet de l'emploi médicinal du strophantus et de la strophantine. La doctrine que le savant professeur a soutenue, très scientifique et très séduisante, invoque une opinion d'un de nos plus illustres expérimentateurs ; et il l'a résumée dans une phrase très bien frappée : « Ce sera, dit-il, l'honneur de la médecine moderne et de la chimie biologique de substituer, selon la grande idée de Cl. Bernard, partout et toujours, aux plantes sauvages et aux médicaments empiriques en général, les principes chimiques rigoureusement déterminés. » Si cette phrase est l'expression d'un vœu, c'est parfait ; mais, si elle a la prétention d'offrir une doctrine actuelle et absolue, elle renferme deux mots, « partout et toujours », qui sont de trop.

Il est très vrai, nous nous empressons de le reconnaître, que la tendance à laquelle la phrase de M. Germain Sée applaudit avec tant de raison, existe, et que nous devons réunir nos efforts pour lui faire la voie de plus en plus large. Mais la science n'est pas encore allée jusque-là que toutes les plantes qui jouent un rôle dans la matière médicale aient répondu aux investigations de la chimie ; et il s'en faut de beaucoup, malgré l'affirmation très respectable de M. le professeur Germain Sée, que les alcaloïdes retirés d'une plante soient toujours supérieurs, comme agents thérapeutiques, à la plante elle-même avec la réunion de tous ses principes. Souvent même, on le sait, les effets produits par les alcaloïdes offrent, avec les résultats obtenus par l'emploi de la plante mère, une différence telle, qu'on ne saurait hésiter à recourir à cette dernière.

Prenons pour exemple la digitale, notre diurétique le plus sûr, l'agent le plus efficace de la médication antipyrétique, dont les propriétés ont été confirmées par trente années d'expérimentation. Si l'on pose cette question : Doit-on préférer, dans la pratique médicale, les alcaloïdes de la digitale à la plante mère? un de nos thérapeutistes les plus compétents, M. le docteur Dujardin-Beaumetz, va nous répondre : « Dans l'état actuel de la science, vu la complexité chimique de ces composés et leur action physiologique variable, il vaut mieux, en attendant, conseiller l'usage de la plante mère. »

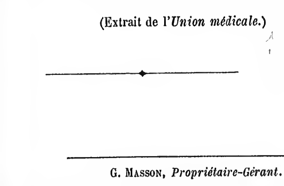
La réponse est catégorique. Pourtant, les alcaloïdes de la digitale ont été, sinon trouvés, du moins cherchés et étudiés avec le plus grand soin par de savants chimistes et médecins. Mais la digitaline soluble dans l'eau et l'alcool, la digitaline amorphe et insoluble, et la digitaline cristallisée, ne sont, d'après Schmiedeberg, que des mélanges de principes préexistant dans la plante ou des corps de décomposition ; il ne reconnaît comme principes chimiques purs que les quatre corps suivants : la digitonine, la digitaline, la digitaléine et la digitoxine, dont les trois premiers auraient, d'après Hoppe, des propriétés qui les rapprocheraient de la plante mère, et dont le quatrième, de six à dix fois plus actif, n'est pas d'un emploi sans danger. Il résulte de là que la plante mère se trouve logiquement et nécessairement attachée à la pratique médicale dans un rang incontestablement supérieur à celui des agents tirés de son sein, jusqu'au moment où la science, isolant ceux-ci nettement, pourra différencier chimiquement les propriétés diverses dont la plante jouit et qui, aujourd'hui, peuvent être considérées comme concourant à l'effet principal pour lequel elle a été surtout étudiée, à savoir les effets sur le cœur.

Or ces considérations ont une grande importance. En effet, l'agent thérapeutique adopté, c'est-à-dire la plante mère, est un corps très composé, dont les éléments ont des propriétés chimiques et physiologiques diverses ; et il importe de choisir le mode de préparation qui doit donner de la manière la plus certaine tout l'ensemble de ces éléments réunis et combinés. Labélonye, dont le mode de préparation a été adopté dans la dernière édition du Codex, se plaçant précisément à ce point de vue, a repoussé la méthode de l'infusion aqueuse prolongée, qu'on avait considérée comme donnant le meilleur produit pour l'usage médical, et il a démontré que la plante doit être traitée par l'alcool hydraté à 22 degrés, qui, dissolvant l'huile volatile, la résine et les principes amers, fournit un extrait hydro-alcoolique, qui, préparé dans le vide, présente associées toutes les propriétés de la plante.

Le rapport lu à l'Académie de médecine le 23 janvier 1872, par M. Buignet, a mis hors de contestation que la solution hydro-alcoolique de digitale doit être la base des préparations digitaliques ; et c'est d'après ce principe que Labélonye a créé le sirop de digitale, dont les effets constants démontrent qu'il possède réellement toutes les propriétés de la digitale, produisant chez les hydropiques et les cardiaques des effets franchement diurétiques, se montrant éminemment utile dans plusieurs affections des voies respiratoires, asthme, coqueluche, hydropisie de poitrine, etc., déterminant le ralentissement du pouls, calmant les palpitations en rendant les battements du cœur plus fermes et plus réguliers, etc. ; en un mot, donnant tous les résultats propres à la digitale elle-même.

Pour appuyer ce que nous venons de dire sur la préférence à donner à la plante mère, dans l'application médicale de la digitale, citons ici le passage suivant que nous lisons dans le *Dictionnaire* de M. Dujardin-Beaumetz : « Dans les maladies du cœur s'accompagnant d'une exsudation aqueuse abondante, suite de la stase du sang dans le système veineux, la *digitale* fait disparaître cette stase et aide à la résorption des exsudats séreux en régularisant les fonctions du cœur et la distribution du sang », ce qui révèle évidemment une action aussi complète que profonde.

(Extrait de l'*Union médicale*.)



G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

18598. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

TRENTE-SIXIÈME ANNÉE — N° 12 — 22 MARS 1889

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 20 mars 1889.

Académie de médecine : **La prophylaxie de la rage.**

Encore une fois l'Académie vient d'appeler l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité d'exécuter les prescriptions de la loi à l'égard des chiens enragés ou suspects de rage. Cette nouvelle manifestation du sentiment unanime des corps savants et des conseils autorisés a-t-elle plus de chance d'être favorablement accueillie que celles qui l'ont précédée en si grand nombre? Il est à craindre que non. Car, cette année, la grande préoccupation administrative en France est celle du renouvellement électoral de la Chambre des députés et bien audacieux, bien imprudent serait le parti politique qui oserait assumer la responsabilité de telles mesures. C'est là, il faut bien le reconnaître, le motif impérieux, sinon le plus excusable, qui fera que dans un an, sur de nouvelles et éloquentes communications de MM. Dujardin-Beaumetz et Nocard, l'Académie pourra comme aujourd'hui, affirmer d'une part que la loi du 21 juillet 1881 peut, pourvu qu'on l'applique, diminuer la proportion si considérable des cas de rage, et exprimer le vœu, d'autre part, qu'elle soit régulièrement et rigoureusement exécutée. Il nous souvient que, l'année dernière, dans une des grandes villes de France, l'un des maires qui ont rendu le plus de services à leur cité et qui ont le plus manifestement accru la vie moyenne de leurs concitoyens par des mesures d'hygiène habilement prises, ne réussit qu'à grand' peine à être réélu, parce qu'il avait obligé ses administrés à tenir leurs chiens en laisse et muselés; nombre de ses électeurs avaient même trouvé spirituel de remplacer son nom sur les bulletins de vote par celui d'« Azor » ! N'a-t-on pas vu récemment un préfet de police chansonné sur les théâtres et dans tous les carrefours sous le pseudonyme de « Canicide » pour avoir, en faisant exécuter la loi pendant six semaines seulement, abaissé considérablement le chiffre des cas de rage, à telle enseigne que l'Institut Pasteur avait vu sa clientèle habituelle presque aussitôt diminuée. Tout cela est connu; personne n'ignore que de telles mesures ont supprimé la rage dans plusieurs pays étrangers et l'on n'en persiste pas moins à s'efforcer de cacher les chiens enragés ou suspects, à ne les abattre qu'au dernier moment et à se refuser à prendre les précautions les plus indispensables. Faut-il attendre que l'éducation publique soit faite ou vaut-il mieux avoir le courage de braver les récriminations? Le choix n'est pas douteux; mais nous ne savons s'il ne conviendrait pas aussi de faire largement usage de l'article du Code qui permet de demander réparation du préjudice causé, lorsqu'un chien enragé a causé la mort ou des blessures, par suite de négligence dans l'application de la loi ou même par absence complète d'exécution de celle-ci.

Ces réflexions que nous suggèrent les communications de MM. Dujardin-Beaumetz et Nocard nous paraissent d'autant plus plausibles que les résultats obtenus par les inoculations pastoriennes se confirment de plus en plus. La statistique présentée par M. Dujardin-Beaumetz pour le département de la Seine ne laisse plus aucun doute à cet égard : les années se suivent et la mortalité chez les personnes traitées à l'Institut Pasteur continue à ne pas dépasser 1, 2 pour 100, tandis qu'elle est de 14 à 16 pour 100 lorsque ce traitement n'a pu être appliqué. On n'en peut que déplorer davantage l'incroyable indifférence du public et de l'administration à l'égard des mesures préventives que la loi a si sagement édictées. Aussi resterait-il à savoir comment on pourrait parvenir à pratiquer la vaccination préalable des chiens eux-mêmes et c'est la réflexion que plus d'un membre de l'Académie n'a pas manqué de faire, tout en s'associant au vœu qui lui était soumis. La question d'argent est ici sans importance, puisque cette mesure ne pourrait qu'augmenter faiblement la taxe déjà établie et qu'elle serait facilement soldée par le budget municipal pour les chiens appartenant à des malheureux et pour les chiens dits de garde, dont les propriétaires sont exemptés de tout impôt.

CLINIQUE MÉDICALE

Des pleurésies métapneumoniques.

I

Dans la pneumonie franche, la plèvre est le plus souvent touchée par le processus inflammatoire; nul ne l'ignore. Mais parmi les diverses modalités de la pleurite d'origine

pneumonique, deux seulement jusque dans ces dernières années avaient attiré l'attention. L'une, caractérisée par la production de fausses membranes fines à la surface du poumon hépatisé, sans exsudation liquide notable, n'offre qu'un intérêt anatomique; l'autre, s'affirmant par la formation d'un épanchement plus ou moins abondant qui évolue *pari passu* avec l'affection pulmonaire, donne lieu à la symptomatologie classique de la pleuro-pneumonie. Dans les deux cas, la lésion pleurale reste au second plan et ne présente qu'une importance secondaire au point de vue du pronostic et même de la thérapeutique.

Dans le même ordre d'idées, on pourrait signaler un fait peu connu, ce semble; c'est que souvent, au début de la pneumonie, il se produit dans la plèvre une exsudation purulente très peu abondante, dont l'examen physique permet de soupçonner et la ponction exploratrice d'affirmer l'existence. C'est d'ailleurs un phénomène sans grande signification clinique; car, d'une part, il s'observe aussi bien dans les formes bénignes que dans les formes graves de la pneumonie, plus souvent peut-être dans les formes franchement inflammatoires, et, d'autre part, il disparaît au bout d'un ou deux jours.

Bien plus importants à tous égards, mais beaucoup moins connus du grand public médical sont les cas où la pleurésie domine à un moment donné la scène morbide, qu'elle ait débuté à une période avancée de la pneumonie pour continuer son évolution après la crise pneumonique ou que, constituant en quelque sorte une rechute, elle n'ait apparu qu'après la défervescence de la maladie primitive. C'est à ces diverses formes de pleurésie qu'on a donné la dénomination de métapneumoniques, dénomination que, d'ailleurs, il ne faudrait pas prendre au sens strictement étymologique. Signalées en premier lieu par Woillez, puis étudiées par divers auteurs, notamment en Allemagne, elles viennent de fournir matière aux recherches de Troisier et de Netter. Les mémoires de nos collègues ont été communiqués à la Société médicale des hôpitaux dans la même séance (23 janvier). Coïncidence heureuse, car la question a été ainsi étudiée à deux points de vue différents, puisque l'un de ces travaux concerne les pleurésies séro-fibrineuses et l'autre les pleurésies purulentes.

II

La note de Troisier ayant été publiée ici même *in extenso*, nous ne reviendrions pas sur les idées qui y sont émises, n'étaient certaines réflexions qu'elle nous suggère.

Dans la pleurésie métapneumonique, il y a, dit Troisier, succession de deux actes morbides, le premier pulmonaire, le second pleural. Rien n'est plus vrai; mais on pourrait généraliser cette idée, car il n'y a pas de pleurésie primitive, et toute lésion pleurale d'origine non traumatique suppose une atteinte préalable du poumon, sous forme de phlegmasie ou de congestion. Que de fois par exemple à l'hypérémie pulmonaire se superpose un épanchement pleural. C'est ainsi notamment qu'évolue la pleurésie *a frigore* que certains auteurs cherchent si malencontreusement à rayer du cadre nosologique et qui, pour nous, est toujours consécutive à une congestion pulmonaire, d'abondance variable, souvent assez peu accusée pour passer inaperçue à un examen superficiel.

Dans ces cas, inflammation ou congestion pulmonaire d'un côté, pleurésie de l'autre, reconnaissent une même cause morbide, coup de froid, infections diverses, etc. D'autres fois c'est par contiguïté de tissu que la lésion se propage du viscère à la séreuse qui le tapisse.

D'autre part, la pathogénie de certains épanchements post-pneumoniques est passible d'une interprétation que Rendu a signalée à la Société médicale des hôpitaux, en invoquant l'autorité de notre maître commun Gubler. Nous avons, en effet, appris de Gubler et nous avons maintes fois montré à nos élèves que, dans les phlegmasies, la crise s'affirme très souvent par une poussée œdémateuse dans les régions voisines du territoire phlogosé: tel l'œdème révélateur de la collection de pus dans un phlegmon, telle la fluxion dentaire au moment où a lieu la détente dans l'inflammation périostique. Pour en revenir à la pneumonie franche, la crise s'accompagne d'habitude d'une poussée œdémateuse, soit dans les parties de poumon voisines du foyer pneumonique, soit dans la cavité pleurale. Rien n'est plus fréquent que ces épanchements critiques, d'aspect très variable, suivant le nombre de leucocytes qu'ils renferment. D'ordinaire très peu abondants, ils demandent à être recherchés; souvent, à défaut de caractères cliniques bien nets, ils ne peuvent être reconnus que par la ponction exploratrice. Et encore celle-ci doit-elle être faite au moment opportun, car cet œdème pleural n'a qu'une durée éphémère, pour disparaître sans laisser de traces.

A ces deux variétés d'épanchements métapneumoniques, exsudats séro-fibrineux inflammatoires, œdèmes critiques, il faut en ajouter une troisième, la plus intéressante au point de vue clinique, celle des empyèmes, étudiée par Netter dans son remarquable mémoire que nous allons rapidement analyser.

III

Woillez qui, comme nous l'avons dit, a le premier étudié les pleurésies métapneumoniques, insistait sur la tendance à la suppuration et la haute gravité de ces « pneumo-pleurésies ». Sur le premier point, Woillez a cause gagnée, car, de l'avis de tous, l'épanchement présente le plus souvent le caractère purulent. Mais en ce qui concerne le pronostic de l'empyème métapneumonique, l'opinion du médecin français a été infirmée par tous les auteurs qui, après lui, se sont occupés de cette question.

L'empyème métapneumonique peut se produire soit au cours, soit, plus fréquemment, dans la période de convalescence de la pneumonie. Dans le premier cas, la complication pleurale influence la crise pneumonique qui se fait lentement par lysis et la défervescence est bientôt interrompue par des réascensions thermiques tributaires de la pleurésie. Dans le second cas, c'est le retour de la fièvre qui annonce l'entrée en scène de l'affection pleurale.

Celle-ci affecte d'habitude une allure insidieuse, sans phénomènes hectiques bien accusés, malgré la purulence de l'épanchement dès le début; elle est tantôt généralisée, tantôt limitée à une partie de la plèvre, au sommet, entre les lobes, souvent nettement enkystée.

L'épanchement constitué, l'affection conserve son caractère insidieux, avec réaction générale faible; parfois le pus se résorbe peu à peu; plus souvent il se produit une fistule pleuro-bronchique qui lui donne issue. L'apparition de vomiques est, en fait, beaucoup plus commune dans cette variété d'empyème que dans les autres, puisqu'on l'a signalée dans le quart des cas environ. Que la vomique soit ou non suivie de pneumo-thorax circonscrit, il peut arriver que la sécrétion pleurale se tarisse progressivement, sans

opération. D'autre part, on a vu la guérison survenir à la suite d'une ou de plusieurs ponctions; néanmoins, dans la majorité des cas, il a fallu recourir à une intervention plus radicale.

La thoracotomie antiseptique et la costotomie ont d'ailleurs donné d'excellents résultats dans l'empyème métapneumonique, ainsi que cela découle de la statistique de Netter, qui porte sur 160 opérations faites par six chirurgiens pour diverses variétés d'empyème. Sur 43 empyèmes métapneumoniques, il n'y eut qu'une mort, tandis que sur 117 pleurésies purulentes non consécutives à une pneumonie, la terminaison fut fatale dans 29 cas.

On conçoit dès lors que, contrairement à l'opinion de Woillez, la pleurésie métapneumonique ait un pronostic relativement favorable; et, en effet, sur 316 observations, Netter ne relève que 49 décès, dont un tiers au moins incombait, non à la pleurésie elle-même, mais à l'infection pneumonique, ou à des complications, telles qu'une péricardite.

Résultats d'autant plus intéressants qu'ils viennent à l'encontre d'une conception pathogénique qui, à priori, pourrait paraître très vraisemblable. On serait en droit de supposer que la pleurésie purulente frappe de préférence les pneumoniques surmenés, débilités, affaiblis par l'âge ou la misère; la bénignité relative de l'affection plaide déjà contre cette interprétation qu'infirment avec plus de netteté encore les données étiologiques. Elles nous apprennent en effet que l'empyème métapneumonique est rare chez le vieillard, plus fréquent dans l'âge adulte, plus commun encore dans l'enfance. Les 286 observations réunies par Netter se décomposent de la manière suivante: 93 cas avant dix ans, 62 de dix à vingt ans, 66 de vingt à trente ans, 30 de trente à quarante ans, 22 de quarante à cinquante ans, 6 seulement au-dessus de cinquante ans.

D'un autre côté, la statistique prouve que l'empyème métapneumonique apparaît par séries au cours de certaines épidémies étendues et graves de pneumonie. Ainsi dans la thèse de Robert (Paris, 1881) est relatée l'histoire de sept malades, tous frappés en janvier et février 1880, à une époque où la mortalité pneumonique à Paris s'éleva au double du chiffre moyen.

On voit qu'à tous égards, étiologie, séméiologie, pronostic, sans parler de certaines particularités anatomiques de moindre importance, la pleurésie métapneumonique se distingue nettement des autres variétés d'empyèmes, différences dont l'examen bactériologique donne aux yeux de Netter l'explication. En effet, après une série d'auteurs tels que Friedlander, Talamon, Cornil et Babès, Fraenkel, il a constaté dans cinq cas que l'exsudat purulent renfermait une seule espèce de micro-organismes, le pneumocoque de Fraenkel. Si donc la pleurésie métapneumonique diffère des autres empyèmes, c'est qu'elle n'est pas due aux microbes habituels de la suppuration, qu'elle est d'origine pneumococcique; si elle est relativement bénigne, c'est que l'activité pathogène de ce microbe s'éteint rapidement; enfin, si elle a parfois une terminaison fatale, c'est sans doute qu'au pneumocoque se sont joints dans l'exsudat les organismes pyogènes vulgaires.

De ces vues incontestablement séduisantes et qu'on peut provisoirement adopter, quoiqu'elles ne s'étayent que sur un petit nombre de faits bien étudiés, Netter conclut que l'examen bactériologique complet (cultures comprises) fournit des indications précieuses au point de vue du pronostic et de la thérapeutique. Du pronostic, car lorsque dans un exsudat purulent on ne trouve pas d'autre micro-organisme que le pneumocoque, on doit espérer une issue favorable de la maladie; de la thérapeutique aussi, car dans ces cas de simples ponctions suffisent souvent et la pleurotomie est rarement indiquée.

Il faut, croyons-nous, une foi bien robuste dans les données fournies par la bactériologie pour se rallier à ces conclusions. Comme le dit fort bien Comby, dans le Bulletin du *Progrès médical* consacré à cette question (26 janvier 1889), il ne manque pas de faits qui prouvent que la présence du pneumocoque dans un épanchement pleurétique n'est pas aussi rassurante que l'affirme Netter. Que dans les pleurésies circonscrites où la guérison spontanée par résorption du pus ou par vomique est fréquente, on temporise surtout lorsqu'on a quelque raison de soupçonner l'existence d'une fistule pleuro-bronchique, rien de plus légitime. Mais que dans les pleurésies totales où un retard de quelques jours peut avoir les plus fâcheuses conséquences, alors qu'une ponction n'a pas produit de détente, on attende pour donner largement issue au pus que l'enquête bactériologique ait été faite, et même qu'on attache à celle-ci une entière confiance, nous ne saurions y souscrire. Une telle abstention nous semble d'autant moins justifiée que, comme nous l'avons vu, l'intervention radicale donne dans ces cas les plus brillants résultats.

L. D.-B.

CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES

Sur la conservation des solutions pour injections hypodermiques.

Deux inconvénients assez sérieux peuvent empêcher le médecin de se servir des solutions qu'il a fait préparer pour injections hypodermiques. Le flacon conservé pendant quelques semaines dans une armoire est si bien bouché à l'émeri que l'on n'arrive plus à l'ouvrir. Quand, après maints efforts, on y parvient, la solution se trouve hors d'état de servir, elle est envahie par de nombreuses colonies de micro-organismes. Comment remédier à ces inconvénients ?

Une précaution des plus simples, lorsque l'on demande à son pharmacien un médicament qui doit être conservé dans un flacon bouché à l'émeri, permet d'empêcher le bouchon d'adhérer au goulot du flacon. Cette précaution consiste à faire enduire le bouchon d'une petite quantité de paraffine que l'on renouvellera au besoin de temps à autre.

Pour éviter la rapide décomposition des solutions, il importe de se servir d'eau chimiquement pure, filtrée sur un filtre de porcelaine que l'on nettoiera fréquemment et non sur un filtre de papier qui est presque toujours impur. Si l'on n'a pas de filtre de porcelaine, il conviendra de se servir d'eau distillée bouillie ou d'eau de laurier-cerise.

Pierre Vigier.

REVUE DES COURS ET DES CLINIQUES

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — PROFESSEUR : M. CHARCOT.

Vertige de Ménière chez un goutteux. — Un ancien maréchal ferrant de l'armée, après avoir eu des accès classiques de goutte au lieu d'élection, après avoir été atteint de paralysie faciale, est pris brusquement après un voyage au chemin de fer d'un vertige affreux avec sifflements intenses dans l'oreille et tendance à tomber à gauche. Le vertige dure trois heures, de huit heures à onze heures du matin. On a emporté chez lui le malade, toujours nauséeux, vertigineux et entraîné vers la gauche. Pendant quinze jours cet homme est en proie à des accès de vertige, il est repris de sa paralysie faciale, vraisemblablement due à un retour d'otite. Cette hémiplégie faciale, du reste, a disparu aujourd'hui.

Dans l'espèce, les exacerbations vertigineuses constituent un vertige aigu greffé sur un état vertigineux chronique.

M. Charcot fait remarquer chez ce sujet : la goutte, deux paralysies faciales, dues à une otite vraisemblablement goutteuse, une démarche bien caractéristique ayant pour but d'éviter les attitudes capables d'éveiller le vertige.

A propos de ce malade, le professeur dit qu'il ne connaît pas l'*épilepsie auriculaire*, mais qu'il connaît le *vertige auriculaire* tel qu'il se présente chez ce malade ; un des caractères distinctifs de ce vertige c'est l'absence de perte de connaissance ; parfois le vertige est si brusque qu'on peut tomber et se blesser, mais la conscience n'est jamais perdue complètement comme dans l'épilepsie.

On peut donc reconnaître trois espèces de vertige auriculaire :

1° Le vertige aigu ; 2° le vertige constant ou chronique ; 3° le vertige mixte ou combinaison des deux précédents.

Le traitement consiste essentiellement en sulfate de quinine de 75 centigrammes à 1 gramme par jour, etc.

Le vertige aigu disparaît facilement ; il n'en est pas de même du vertige chronique. On ne doit pas se laisser décourager par l'exacerbation momentanée des symptômes.

La surdité qui suit parfois le traitement par le sulfate de quinine ou le salicylate de soude est liée, comme cela a été prouvé par les expériences sur les animaux, à des inflammations hémorrhagiques de l'oreille.

Maladie de Basedow. — Le malade qui fait le sujet de la leçon d'aujourd'hui est un homme amaigri, débilité, qui, à la suite de chagrins, s'est mis à trembler ; il s'agit dans l'espèce d'un tremblement menu et serré qui agite avec le même rythme tous les muscles du corps. Ce tremblement, bien étudié par M. Marie dans sa thèse, ressemble un peu à celui d'un homme qui grelotte de froid.

Le malade a de la tachycardie, il a de 120 à 130 pulsations. Sa température est de 37 à 38 degrés. Il a de l'exophthalmie, mais pas de goitre, des sueurs abondantes (ressemblance avec la tuberculose) et (autre ressemblance avec la même maladie), une diarrhée abondante.

Point nouveau. — Le malade prétend que plusieurs fois il est tombé en marchant, sans vertiges et sans perte de connaissance ; il s'est passé chez lui ce qui se passe parfois chez les tabétiques, les jambes se sont dérobées sous le poids du corps sans qu'il y ait eu (comme dans le tabes) de douleur fulgurante accompagnant la chute.

M. Charcot considère ces défaillances *comme le début d'une paralysie spéciale à la maladie de Basedow.* Les réflexes sont faibles, la paraplégie est esquissée ; il s'agit dans l'espèce d'une sorte de parésie des membres inférieurs.

M. Charcot montre à sa leçon une femme atteinte de maladie de Basedow et s'attache à montrer à quel point il est facile (grâce à la température élevée, aux sueurs, *à la toux?* aux selles), de confondre l'affection avec la tuberculose. Dans une thèse soutenue à Lyon et faite sous l'inspiration du professeur Renaud, il est prouvé que l'élévation de température est constante dans la maladie de Basedow, mais que malgré les apparences, la tuberculose n'arrive pas.

La seconde malade, comme le premier, a aussi eu à différentes reprises de l'effondrement des membres inférieurs.

A propos d'une jeune fille atteinte en même temps de goitre exophthalmique et d'hystérie, le professeur fait remarquer les rapports étroits et la coïncidence fréquente de ces *deux névroses.*

On peut en somme résumer facilement en un tableau les symptômes de la série de Basedow :

Premier ordre. — Symptômes cardinaux.

Tachycardie (asystolie), *goitre*, *exophthalmie*, *tremblement.*

Deuxième ordre. — Symptômes secondaires.

a. *Digestifs.* — Vomissements, diarrhées spéciales, boulimies, fringales, ictère.
b. *Respiratoires.* — Toux, respiration fréquente, symptômes d'angor pectoris.
c. *Moteurs.* — Paralysies, signes de Graefe, impossibilité de la convergence (Möbius), convulsions, crises épileptiformes.
d. *Psychiques.* — (État mental spécial).
e. *Cutanés.* — Urticaire, pigmentation, vitiligo, sueurs, chaleurs, diminution de la résistance électrique.
f. *Urinaires.* — Polyurie, albuminurie, glycosurie.
g. *Génitaux.* — Impuissance, troubles menstruels.
h. *Généraux.* — Anémie profonde, cachexie, œdème, asystolie finale.

(Leçon du 22 janvier 1889.)

Mutisme hystérique. — Les caractères de cette singulière manifestation de l'hystérie sont aujourd'hui assez tranchés pour que la confusion avec les aphasies organiques soit difficile. Quand on voit un malade ne pouvoir proférer aucun son avec son larynx, ni même parler à voix basse, mais écrire rapidement ce qu'il ne peut exprimer avec la parole, on doit déjà penser à l'hystérie.

La malade présentée au cours ne peut proférer aucun bruit laryngé, elle n'a ni cécité, ni surdité verbale, ni agraphie. C'est une victime de l'hypnotisation foraine et son histoire fort curieuse du reste a été publiée par M. Séglas dans les *Annales médico-psychiques* de janvier, t. IX.

M. Charcot étudie ensuite, avec examen clinique à l'appui, la neurasthénie des ouvriers, il montre que dans un cas la neurasthénie s'est unie d'une façon intime à l'hystérie. La fréquence de la neurasthénie et de l'hystérie s'affirme tous les jours dans la classe ouvrière. Il ne s'agit plus ici du surmenage intellectuel. Nous n'avons plus affaire à des collégiens, ni à des négociants de Boston ou à des ingénieurs ou des polytechniciens, ce sont des ouvriers, dont l'un voit son fils tomber d'un toit et se briser dans la cour à ses pieds, dont l'autre est tombé à l'eau en pêchant à l'épervier, etc., et qui à la suite de ces divers accidents tombent dans le marasme, ont un sommeil peuplé de cauchemars où ils voient des animaux, des reptiles, des serpents, ne mangent plus, ne peuvent plus ni travailler, ni fixer leur attention sur rien ; enfin sont pris de ces symptômes objectifs si caractéristiques : l'amaigrissement, l'aspect mélancolique auxquels se joignent les céphalées spéciales, les douleurs sacrées, les frémissements musculaires, les faiblesses des membres inférieurs, tous phénomènes capables de faire croire à l'existence d'une maladie organique. (Leçon du 28 janvier 1889.)

Crises gastriques du tabes. — Malgré les nombreuses descriptions données de cet aspect spécial du tabes, il est encore un grand nombre de médecins qui ne reconnaissent pas la crise gastrique quand elle se présente à l'état isolé ou au début de la maladie. M. Charcot rappelle que c'est lui qui a dénommé l'affection : crise gastrique, dans le *Mouvement médical* de 1872.

Gull en 1858 avait reconnu la liaison qui unissait les crises gastriques à certaines affections spéciales et Duchenne (de Boulogne), lui, niait toute connexion entre les deux phénomènes.

Le professeur rappelle qu'on peut avoir des crises gastriques dix ans, quinze ans avant d'être *ataxique*, que dans ces crises on a presque toujours des vomissements alimentaires, que le vomissement marc de café est rare, que le vomissement glaireux, riche en acide chlorhydrique, est la règle.

Les malades sont en pareil cas dans un état spécial, soporeux, inertes, froids, les traits tirés comme dans le choléra. Tout cela cesse comme par enchantement. Il y a un passage brusque d'une douleur épouvantable à un immense bien-être; le malade dont l'estomac ne tolérait pas une cuillerée d'eau se met à manger avec voracité des mets que cet estomac digère fort bien. La périodicité est la règle dans le retour des crises gastriques. Ces crises sont accompagnées de crises laryngées, vésicales. Parfois le vomissement a lieu sans douleurs. Quelquefois il n'y a pas de vomissements.

Tous ces symptômes ont leur raison d'être dans des lésions du nerf vague, du pneumo-gastrique, du glosso-pharyngien.

Leyden a prétendu qu'il a observé des crises en tout semblables aux crises gastriques de l'ataxie chez des gens qui ne sont jamais devenus tabétiques. Cette affirmation laisse rêveur quand on relève dans l'histoire clinique de ces singuliers gastralgiques, des paraplégies, de la diplopie et de la gêne dans les mouvements, des douleurs à type fulgurant, etc.

On sera bien aidé dans l'établissement de son diagnostic par la concomitance de crises ou de vertiges laryngés avec ou sans convulsions épileptiformes ou apoplectiformes. (Leçon du 19 février 1889.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Anatomie.

Sur l'emploi des fluosilicates pour la conservation des cadavres, par M. A. Nicolas, agrégé, chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Nancy.

L'injection des cadavres destinés soit aux dissections, soit aux exercices de médecine opératoire, présente des avantages qu'aucun anatomiste ne songe à mettre en doute. Outre que l'emploi des solutions conservatrices permet, à certaines époques, de mettre en réserve les sujets qui autrement ne pourraient être utilisés convenablement, il y a tout intérêt à livrer aux étudiants des pièces qu'ils peuvent disséquer et étudier à fond, pour ainsi dire à loisir, sans avoir à redouter les nombreux inconvénients de la putréfaction. Aussi l'injection des cadavres est-elle pratiquée aujourd'hui couramment dans la plupart des amphithéâtres de dissection, en France et à l'étranger.

Les mélanges qui ont été préconisés sont très nombreux; inutile de les énumérer. Les meilleurs sont incontestablement : la glycérine phénico-boriquée (Laskowsky), la glycérine boratée (Beaunis-Bouchard), la liqueur de Le Prieur, et ce sont ceux-là que nous employons journellement depuis plusieurs années à la Faculté de médecine de Nancy. Ces liquides nous ont toujours donné d'excellents résultats; ils assurent la conservation des pièces de la manière la plus satisfaisante; leur odeur, si ce n'est celle de la liqueur de Le Prieur, est insignifiante et n'incommode jamais. Leurs seuls inconvénients sont : 1° leur préparation qui, quoique peu compliquée, exige cependant un certain matériel et un personnel soigneux; 2° surtout leur prix relativement très élevé. J'ai cherché alors s'il n'existerait pas quelque substance moins coûteuse et d'un maniement facile qui puisse remplir les conditions exigées pour une bonne injection conservatrice, et, songeant aux propriétés antiseptiques des composés du fluor, je me suis arrêté aux fluosilicates.

Je crois que personne n'a pensé à utiliser ces sels pour la conservation des cadavres et c'est il y a quelques jours seulement que j'ai eu connaissance des essais faits par W. Thompson, Mayo-Robson (cités tous deux dans le n° du 15 janvier 1889 du *Journal de pharmacie et de chimie*), et C. Berens (*Annuaire de thérapeutique*, 8 novembre 1888) au point de vue de l'antisepsie chirurgicale. Dès la fin de 1887, j'avais commencé des expériences qui, quoique très incomplètes, m'avaient cependant donné des résultats fort encourageants; aussi me suis-je décidé à les reprendre cet hiver. Sans être en mesure de me prononcer d'une façon absolument définitive sur la valeur de ces substances au point de vue spécial qui m'occupe, et sans vouloir donner une formule, j'ai cru cependant utile d'attirer dès maintenant sur elles l'attention des anatomistes.

J'ai expérimenté avec les fluosilicates de zinc ($ZnFl^2SiFl^4$), de magnésie ($MgFl^2SiFl^4$) et de soude ($2NaFlSiFl^4$). Les deux premiers sont très solubles dans l'eau et l'on peut en faire rapidement, à froid, des solutions de 30-40 pour 100; le dernier l'est très peu, une solution à chaud de 0,5 pour 100 est saturée. J'ai injecté alors des sujets entiers ou des membres isolés : 1° soit avec des solutions aqueuses dont la concentration variait de 40 à 15 pour 100 pour les fluosilicates de Zn et de Mg, et atteignait 0,5 pour 100 quand il s'agissait du fluosilicate de Na; 2° soit avec des solutions aqueuses glycérinées dans la proportion de 1/4 de glycérine pour 3/4 d'eau avec 10,5 et 2 pour 100 de fluosilicate; 3° soit enfin avec des solutions aqueuses de chlorure de calcium ordinaire ($D = 1100$) renfermant de 1 à 2 pour 100 de sel.

Je possède des pièces injectées depuis plus de six semaines et qui sont dans un état de conservation excellent. Pratiquement cette durée est suffisante, mais rien ne me fait prévoir qu'elle ne puisse être infiniment plus longue. Quelques-unes ont été disséquées au bout d'un mois et voici ce que j'ai pu observer.

En règle générale les muscles sont un peu décolorés, comme cela arrive d'ailleurs avec n'importe lequel des liquides connus, mais ils le sont beaucoup moins avec les solutions glycérinées ou chlorurées qu'avec les solutions purement aqueuses (en tous cas, au moins pour les exercices de médecine opératoire, ou pour les sujets réservés aux autopsies médico-légales, le fait n'a qu'une médiocre importance). Les nerfs deviennent durs et blanchissent; les centres nerveux se ratatinent à peine, acquièrent une consistance assez ferme et conservent les teintes blanche ou grise, qu'ils ont à l'état frais. Le sang est coagulé dans les vaisseaux. D'autre part, la pièce n'exhale aucune odeur et le liquide qui l'imprègne n'attaque nullement les instruments; il n'exerce pas non plus la moindre action sur les mains de celui qui dissèque; mis en contact avec des coupures il ne provoque aucune sensation douloureuse.

Les avantages qui résulteraient de l'emploi de ces sels pourraient donc se résumer ainsi :

1° Une conservation des pièces largement suffisante à tous les points de vue pour les besoins ordinaires;

2° L'absence absolue d'odeur et d'action sur tout ce qui peut se trouver en contact avec les tissus imprégnés de leur solution;

3° Leur maniement facile, puisqu'il suffit de les garder dans un sac de grosse toile (leur inaltérabilité étant absolue) ou un baril, et, de les faire fondre au moment de s'en servir, dans de l'eau de fontaine;

4° Leur prix, qui est très modique. Sans vouloir détailler ici un tarif de produits chimiques, je me contenterai de

faire observer qu'actuellement un litre de glycérine phénico-boriquée coûte au moins 2 francs, ce qui fait qu'une injection (à raison de 4 à 5 litres par cadavre en moyenne) revient à 8 ou 10 francs. Or le kilogramme de fluosilicate de zinc, par exemple (acheté en gros), revient au plus à 3 francs. Une solution purement aqueuse à 15 pour 100 peut suffire dans la majorité des cas, ce qui fait un total de 2 fr. 25 au maximum par cadavre. Je crois cependant, et jusqu'à plus ample informé, qu'il est préférable d'employer de l'eau additionnée de glycérine ou de chlorure de calcium (dont le prix est insignifiant) surtout dans les cas où la pièce, dépouillée de la peau, doit rester très longtemps à l'air. Dans ce cas la quantité de fluosilicate peut être de 10 pour 100 ou même moindre encore. Le litre de liquide coûterait alors 48 centimes et l'injection totale 2 fr. 40.

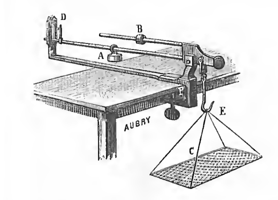
Il résulte de ce qui précède que, à mon avis, l'emploi des fluosilicates pour la conservation des cadavres paraît devoir rendre de grands services. Je ne veux pas encore tirer de conclusions d'expériences dont le temps seul pourra consacrer la valeur. Je me propose de les continuer activement, en les variant pour pouvoir arriver à une formule convenable et je ne saurais trop engager les anatomistes à tenter quelques recherches dans ce sens.

Hygiène infantile.

NOTE SUR LE PESAGE MÉTHODIQUE DES NOURRISSONS,
par M. le docteur A. CORIVEAUD (de Blaye).

Tous les médecins qui s'occupent des maladies de l'enfance reconnaissent l'utilité des pesées méthodiques des nourrissons. Depuis les travaux de Nathalis Guillot, de Bouchaud, d'Odier, de Blache et d'H. Blot, qui ont vulgarisé les données de cette pratique, on connait les bases scientifiques sur lesquelles elle repose. On sait qu'un « enfant qui prend suffisamment de lait, ainsi que le dit Tarnier (1), qui digère bien, dont les garde-robes sont d'un beau jaune clair, homogènes et sans odeur, de la consistance d'une bouillie épaisse », s'accroît rapidement, et très régulièrement. Les pesées comparatives de Bouchaud, Bowditch, Albrecht, Fleischmann, Biedert, bien que variant un peu dans leurs *maxima*, nous fournissent une base d'appréciation suffisamment solide, en fixant aux environs de 25 à 30 grammes le coefficient d'augmentation quotidien d'un enfant depuis la première semaine jusqu'à la fin du troisième mois. L'habitude peut bien nous permettre, au moyen du tact et de la vue, de nous rendre un compte à peu près exact de la marche de cet accroissement normal, mais outre l'intérêt de curiosité qui peut nous pousser à préciser par le calcul ces perceptions sensorielles, il est telles circonstances où la pesée, au moyen d'une balance, s'impose absolument. Comment, par exemple, affirmer péremptoirement et prouver à des gens intéressés à ne pas le voir, ce fait qu'un enfant dépérit lentement au sein d'une nourrice? La situation devient tout particulièrement délicate, lorsque la nourrice est la mère elle-même. Quel praticien n'a été le témoin de l'un de ces drames intimes où la vie d'un pauvre bébé est compromise par l'amour trop aveugle d'une mère illusionnée sur les qualités ou la quantité de son lait? Le service de la protection des enfants du premier âge pose, pour ainsi dire journellement, à nos collègues les médecins-inspecteurs, ce problème sous une forme ou sous une autre. Ici, c'est une nourrice trop jeune et dont la sécrétion lactée tarit après un allaitement heureux de trois ou quatre mois. Là, c'est une jeune femme qui devient enceinte pendant sa lactation. Celle-ci a pris un nourrisson, en cachette, sans certificat, et prétend l'alimenter d'un lait vieux de deux ans et plus. Celle-là est anémique, scrofuleuse, phthisique, ou bien elle est à peine convalescente d'une maladie grave; cette autre a subi des chagrins prolongés, etc., toutes causes qui, malgré leur diversité, aboutissent au même résultat: la diminution de quantité ou l'altération de qualité du lait. Le médecin-inspecteur constate le fait, mais comment démontrer à ces femmes d'esprit inculte, et chez lesquelles la rapacité éteint tout sentiment, qu'elles sont en train de commettre un homicide par omission? Ceux de nos confrères qui ont eu à intervenir dans ces litiges savent à quelles difficultés on se heurte et quels ennuis on se crée. Les arguments les plus démonstratifs, les objurgations les plus pressantes, les conseils les plus doucement insinués, ne sauraient faire impression en pareille occurence. Il faut fournir une preuve irrécusable de l'assertion émise. « Ce nourrisson est maigre, il ne profite pas », le médecin l'affirme, mais la nourrice en doute, et l'entourage intéressé le nie. Les parents eux-mêmes, chose incroyable, se rangent très souvent du côté de la nourrice, et le médecin parti, conseillent à celle-ci, si elle n'a pas assez de lait, de faire manger l'enfant.

Une assez longue expérience de tous ces faits m'avait dès longtemps convaincu qu'une série de pesées bien exécutées était le seul argument décisif à opposer à ces dénégations. Chargé depuis quinze ans de l'inspection médicale d'une importante circonscription, j'ai eu à maintes et maintes reprises l'occasion d'intervenir dans des différends dont la solution se juge par la vie d'un nouveau-né, et toujours, j'ai réussi, sinon à convaincre les plus récalcitrants, du moins à leur fermer la bouche, en pesant devant eux un nourrisson que j'estimais en détresse alimentaire. Mais je m'étais souvent trouvé embarrassé par le manque d'un instrument commode et toujours à portée pour effectuer cette pesée; on ne trouve pas dans toutes les maisons de balances à plateau et il n'est pas toujours possible d'en faire apporter une d'un magasin voisin. D'autre part, l'examen que j'avais fait des divers pèse-bébés en usage m'avait convaincu qu'aucun d'eux ne répondait à tous les besoins de la pratique. Ceux qui sont portatifs, comme le peson de Blot, ou la règle de Lesnier, ont le grave défaut de n'être pas suffisamment justes. Les autres, comme celui de Bouchut, sont d'un maniement difficile, coûtent très cher et nécessitent une installation spéciale. Je me hasardai alors à imaginer un modèle, qui fût en même temps solide, portatif, très juste, et maniable par n'importe quelle main. Grâce à l'ingéniosité de l'un de nos amis, architecte de profession, et artiste par goût, qui



fixa de son habile crayon l'idée que j'avais conçue, j'ai fait construire par M. Aubry, la petite romaine dont le dessin reproduit ci-contre peut m'épargner une longue description. C'est, ainsi qu'on peut le voir, une romaine, mais une romaine qu'il faut se représenter renversée, puisque, au lieu de la suspendre, on la fixe au moyen d'un écrou sur le rebord d'une table ou d'un meuble quelconque. C'est en outre une romaine très perfectionnée, car: 1° elle est équilibrée à 0,

(1) *Physiologie et hygiène de la première enfance*, p. 55.

c'est-à-dire qu'on peut peser avec elle un objet de n'importe quel poids, depuis 1 gramme; 2° elle est sensible, une fois chargée, à des différences de 1 à 2 grammes.

La pesée s'effectue avec une extrême rapidité et une grande précision, grâce au jeu de deux contrepoids, dont l'un, qui indique les kilogrammes, glisse sur le bras de levier inférieur, et l'autre, qui marque les grammes, progresse au moyen d'un pas de vis sur le levier supérieur. Rien n'est plus simple que de lire le poids de l'enfant lorsqu'on sait que chaque tour de la virole supérieure correspond à une différence de 10 grammes, les kilogrammes étant inscrits avec les divisions de 100, 50 et 25 grammes sur la tige supérieure.

Les nombreux services que m'a déjà rendus ce petit instrument et aussi la persuasion où je suis qu'il pourrait en rendre de semblables entre les mains de tous les praticiens, dans les Maternités et dans les familles, m'ont fait surmonter le sentiment de réserve qu'on éprouve toujours à préconiser une invention qui vous est personnelle. Je me borne donc tout simplement à prier mes confrères de voir si ce pèse-bébés leur paraît répondre aux indications les plus urgentes, si, grâce à cette nouvelle balance, ils éprouveront moins d'ennuies qu'avec les balances à plateau dont ils font d'ordinaire usage. Je crois cette romaine juste, d'un maniement commode, portative et très sensible. Le croyant, je n'éprouve aucun scrupule à le dire. L'expérience prouvera si je me suis trompé.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

SÉANCE DU 19 MARS 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MAURICE PERRIN.

M. le docteur *Ledouble*, professeur à l'École de médecine de Tours, se porte candidat au titre de correspondant national dans la division de chirurgie.

M. le docteur *Lœwel*, médecin-major de 1re classe au 67e de ligne, et M. le docteur *Bouteloup*, médecin de colonisation à Charon (Algérie), envoient des rapports sur les *vaccinations* et *revaccinations* qu'ils ont pratiquées en 1888.

M. le docteur *Fonsart*, médecin-major de 1re classe au 87e de ligne, adresse un mémoire manuscrit sur *l'épidémie qui a régné à la caserne Saint-Hilaire en 1888-1889*.

M. *Brouardel* présente, au nom de M. le docteur *Colombe*, le compte rendu de la première année de fonctionnement du *dispensaire de Lisieux*.

M. *Moutard-Martin* dépose un ouvrage de M. le docteur *Monin* sur l'*hygiène du travail*.

M. *Rochard* présente un mémoire manuscrit de M. le docteur *Bertrand*, professeur à l'École de médecine navale de Toulon, sur *la présence de staphylococcus albi et aurei dans le pus d'un abcès du foie d'origine dysentérique*.

M. *Féréol* dépose : 1° au nom de M. le docteur *A. Tardieu*, une brochure sur le *traitement de l'asthme au Mont-Dore*; 2° de la part de MM. les docteurs *Desnos, Pinard* et *Jouffroy*, une observation d'*atrophie musculaire des quatre membres, survenue pendant la grossesse et consécutivement à des vomissements incoercibles*.

M. *de Villiers* présente un travail de M. le docteur *Bertherand* sur l'*hygiène de l'enfance algérienne*.

M. *Durand-Fardel* fait hommage d'un mémoire sur le *traitement thermal de la gravelle urique*.

M. *Vidal* dépose une thèse soutenue à Lille par M. le docteur *Brunelle* sur *les adénopathies syphilitiques anormales*.

M. *Fournier* présente un *nécessaire pour la réfrigération par le chlorure de méthyle*, imaginé par MM. *Brasse* et *Vlasto*.

Éloge de Ch. Robin. — M. *Sappey* donne lecture du discours qu'il a prononcé à l'inauguration du monument élevé à la mémoire de *Ch. Robin* par ses compatriotes, à Bourg (Ain).

Morsure de la vipère. — M. le docteur *Fredet* (de Royat), à propos de onze cas de morsure de vipère qu'il a eu l'occasion d'observer, expose les dangers de cet accident. Pour lui, la morsure de la vipère est en France une cause de mort plus fréquente pour l'homme qu'on ne le croit généralement; elle est des plus dangereuses pour les enfants. La gravité de la morsure dépend du siège ou mieux de l'importance des vaisseaux atteints, de l'âge du blessé et de la quantité de venin infecté. Quand elle n'est pas mortelle, elle peut causer des accidents généraux d'une gravité variable et compromettre la santé pour un temps plus ou moins long. Ce genre d'accidents, observé principalement au printemps, frappe plus spécialement les gens de nos campagnes qui sont mordus souvent pendant leur sommeil. Le traitement de la morsure doit être immédiat et l'on devrait vulgariser les premiers soins à donner, tels que la succion, la ligature du membre blessé et la cautérisation avec un caustique énergique. La vipère devrait être rangée parmi les animaux les plus nuisibles et une prime devrait être instituée par les départements ou les communes pour sa destruction. — (Le mémoire de M. Fredet est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. *Larrey*, *Laboulbène* et *Le Roy de Méricourt*.)

Rage. — Dans le rapport qu'il a présenté au Conseil d'hygiène de la Seine et dont il donne lecture à l'Académie, M. *Dujardin-Beaumetz* constate qu'il y a eu en 1888, dans le département de la Seine, 19 décès dûs à la rage. Ces décès ont été causés 4 fois par un chat et 15 fois par un chien; dans deux cas, il n'y a pas eu de morsure et c'est par le seul contact de la langue avec les parties dénudées du derme que la maladie a été inoculée. M. Dujardin-Beaumetz fait à ce propos observer que ce sont les parties découvertes, notamment les mains, qui ont été le plus fréquemment mordues. Il insiste sur les difficultés du diagnostic dans certains cas et sur les erreurs qui peuvent être commises si on s'en rapporte exclusivement à la feuille de décès; c'est ainsi que dans 4 de ces 19 cas on avait diagnostiqué le tétanos, l'angine suffocante, le diabète et la folie; trois fois l'inoculation du bulbe à des animaux a permis d'établir le diagnostic réel. Quant au traitement pastorien, il n'a fourni qu'une mortalité de 1,14 pour 100 en 1887 et 1,19 en 1888, tandis que parmi les personnes mordues et qui n'ont pas été traitées, la mortalité a été, pendant ces mêmes années, de 15,90 pour 100 en 1887 et de 13,33 en 1888.

D'autre part, le nombre des cas de rage tant chez les animaux que chez l'homme ne cesse de croître à Paris, bien que la loi prescrive, lorsqu'un cas de rage a été constaté dans une commune, d'interdire pendant six semaines au moins la circulation des chiens autrement que tenus en laisse. Le préfet de police n'a appliqué qu'une fois l'année dernière cette prescription de la loi et aussitôt la rage a diminué; il y a lieu d'en demander énergiquement l'exécution permanente.

Ces observations sont confirmées par M. *Nocard*. Il a pu constater qu'en 1887 on a reconnu en France 2567 chiens enragés et encore ce chiffre est-il très inférieur à la réalité, de 50 pour 100 d'après le dire des vétérinaires sanitaires. Par contre, on n'en a compté que 427 dans tout l'Empire allemand, 20 en Bavière, 4 en Suisse, 1 dans le grand-duché de Bade et pas un seul dans le Wurtemberg! C'est que la police sanitaire de la rage canine est soigneusement mise en pratique. Or elle comporte trois mesures : la déclaration des animaux enragés, l'abatage immédiat des chiens mordus et l'abatage des chiens errants sans collier portant l'adresse de leur maître. En France, chacun cherche à éluder le plus possible ces prescriptions et l'autorité a la faiblesse de ne pas en exiger l'exécution. A Paris, il y a quelques années, dans le Var et le Loiret l'année dernière, l'administration s'est montrée rigoureuse et aussitôt les cas de rage ont diminué. Rien ne serait pourtant plus facile que de supprimer la rage, si l'on savait vouloir! C'est pourquoi M. Nocard s'associe au vœu proposé par M. Dujardin-Beaumetz, vœu que l'Académie adopte à l'unanimité, après quelques observations de M. *Laborde* sur l'insuffisance de la réglementation actuelle. Ce vœu est le suivant: « L'Académie demande que le gouvernement applique avec rigueur toutes les mesures

propres à diminuer le nombre des chiens errants et en particulier celles que lui confère la loi du 21 juillet 1881. »

Tétanos. — M. *Verneuil* continue la lecture de son mémoire sur l'étiologie du tétanos (voy. les numéros précédents). Après avoir établi, par de nombreux faits, les trois provenances ordinaires du tétanos, il montre que, dans la grande majorité des cas, il est possible, un tétanique étant donné, de remonter à l'une de ces provenances et de constater, directe ou indirecte, l'une des contagions, inter-humaine, équino-humaine, telluro-humaine. On constate même dans une foule de cas la réunion de plusieurs de ces causes d'infection, dont une seule suffirait pour expliquer la transmission du mal ; souvent aussi, l'on ne découvre qu'une provenance unique. Mais, s'il en est ainsi, à quel titre et de quel droit placer au premier rang la provenance équine plutôt que la provenance tellurique et rejeter au troisième rang la provenance humaine, ainsi qu'il convient aujourd'hui de le faire ? M. Verneuil rappelle à ce sujet qu'afin de soumettre l'idée de la provenance équine du tétanos de l'homme au contrôle du raisonnement et des faits, il a dressé un questionnaire qui lui a permis de recevoir un grand nombre de réponses plus ou moins précises ; en recueillant, en outre, toutes les observations jusqu'ici publiées, il est parvenu à réunir environ quatre cent cinquante cas, qui lui fournissent trois arguments majeurs favorables à sa thèse. Ces arguments sont tirés : 1° des professions exercées par les tétaniques ; 2° des circonstances montrant comment, avant ou après l'accident, les blessures avaient pu être soumises à la contagion ; 3° enfin, de la distribution géographique du tétanos équin et humain.

Or, la plus grande partie (58 pour 100) des cas de tétanos s'observe chez des individus se trouvant en contact habituel avec des chevaux ; dans l'armée, ils sont plus fréquents dans l'artillerie et la cavalerie que dans l'infanterie ; viennent ensuite les artisans occupés à travailler la terre, qui sont bien moins souvent frappés par cette affection ; d'ailleurs, il est expérimentalement prouvé que la virulence de la terre dépend manifestement de son mélange avec les excrétions du cheval.

Si le relevé des professions est plus favorable à la provenance équine qu'à la provenance tellurique, l'examen des cas où sont suffisamment indiqués les genres, qualités et propriétés de l'agent vulnérant ainsi que les modes possibles de contagion contemporaine ou ultérieure des plaies, dépose dans le même sens ; en d'autres termes, si l'on réunit dans une colonne les blessures où la terre n'a que peu de chose ou même rien à voir, le cheval agissant directement ou par ses accessoires, morsures, coups de pied, chutes, écrasements, harnais, fouets, voitures, fumiers, écuries, etc., et dans une autre les blessures où la terre, y compris même la terre cultivée, intervient seule comme agent de contamination, la première série est beaucoup plus considérable que l'autre. — (M. Verneuil continuera sa communication dans la prochaine séance.)

Ablation totale de l'humérus. — M. *Polaillon* présente un homme chez lequel il a enlevé tout l'humérus gauche pour une ostéomyélite datant de trente ans. Ce cas se résume comme il suit : Un coup de feu à l'humérus, provenant d'une balle autrichienne reçue à Solférino, en 1859, a déterminé une ostéomyélite partielle qui, au bout d'un an, s'est guérie ou plutôt a cessé de se manifester par des troubles morbides. Pendant dix-sept ans les germes de l'ostéomyélite sont restés à l'état latent et le blessé a pu se croire à l'abri de tout accident. Il n'en fut rien ; après cette longue période de torpeur, l'ostéomyélite s'est réveillée tout à coup ; elle s'est généralisée dans toute la longueur de l'humérus, produisit pendant douze années des poussées inflammatoires intermittentes et, en définitive, a nécessité l'ablation totale de l'os envahi. Aujourd'hui la guérison est parfaite et, lorsqu'on redonne de la rigidité au membre en le fixant avec un tuteur ou un brassard, les mouvements de l'épaule et surtout du coude redeviennent possibles ; les fonctions de l'avant-bras et de la main sont toutes conservées.

— L'Académie se réunit ensuite en comité secret, afin d'entendre la lecture d'un rapport de M. *Féréol* sur les candidats au titre de correspondant national dans la première division (Médecine). La liste de présentation est la suivante : 1° M. Duclos (de Tours) ; 2° M. Fabre (de Commentry) ; 3° M. Heurot (de Reims) ; 4° *ex æquo* MM. Bottentuit (de Plombières), Niepce (d'Allevard), Villard (de Marseille). L'élection pour deux places aura lieu mardi prochain.

— L'ordre du jour de la séance du 26 mars est fixé ainsi qu'il suit : 1° Communication de M. *Proust* sur un cas d'aïnhum ; 2° Discussion sur le tétanos (Inscrit : M. *Verneuil*) ; 3° Discussion sur les poêles mobiles (Inscrits : MM. *A. Gautier*, *Laborde*, *Le Roy de Méricourt*, *Dujardin-Beaumetz*, *Léon Colin*, *Brouardel* et *Lancereaux*).

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 13 MARS 1889. — PRÉSIDENCE DE M. LE DENTU.

Eau chaude dans le traitement des fractures articulaires : M. Durand (M. Chauvel, rapporteur). — Balle déformée au contact d'un os : M. Gripat (M. Chauvel, rapporteur). — Rupture traumatique de l'uretère : M. Chaput (M. Tillaux, rapporteur). — Cholécystotomie : M. Latouche (M. Terrillon, rapporteur) ; discussion : MM. Terrier, Jalaguier. — Opération césarienne : M. Boullly (Discussion : MM. Guéniot, Marchand).

M. *Chauvel* lit un rapport sur un travail de M. *Durand*. Notre confrère de l'armée traite les *entorses et les fractures juxta-articulaires* (extrémité inférieure du radius et du péroné) par des bains d'eau à 45 et 50 degrés. Il préfère ce traitement à la compression et au massage. C'est possible, mais non démontré.

— M. *Chauvel* montre une *balle déformée*, extraite en 1870 par M. *Gripat* (d'Angers) au contact du fémur et à ce propos soutient la doctrine, qu'il a déjà défendue à plusieurs reprises : les projectiles se déforment par compression et non par fusion.

— M. *Tillaux*. Rapport sur une observation de M. *Chaput* : *Rupture de l'uretère*, par coup de pied de cheval. Il existait une tumeur lombo-iliaque, d'où la ponction exploratrice fit sortir un liquide rosé. En l'absence de diagnostic précis, M. Chaput fit une incision iliaque et chercha à aller, en décollant le péritoine, à la recherche du foyer morbide. Involontairement il ouvrit la séreuse, et se trouva bientôt dans une cavité qu'il ne tarda pas à reconnaître pour le cæcum. Cet intestin, ainsi ouvert par mégarde, fut suturé, et M. Chaput put alors, décollant le péritoine, aborder la collection liquide. L'odeur lui fit reconnaître la nature urineuse du contenu, et le diagnostic fut ainsi posé. Le malade guérit avec une fistule urinaire et une fistule stercorale. La première conduisit à la néphrectomie ; après quoi la seconde guérit sans peine.

— M. *Terrillon* rend compte d'une observation de M. *Latouche* (d'Autun) : *Cholécystotomie pour cholécystite suppurée calculeuse* (80 calculs). *Mort lente par phénomènes hépatiques.* L'opérée était une femme de quarante-deux ans, portant, tout entière à droite de la ligne médiane, une tumeur hépatique, fluctuante, qui fut prise pour un kyste hydatique. La ponction, montrant un pus bilieux, rectifia le diagnostic. Tout sembla aller bien, d'abord, après la cholécystotomie ; puis survinrent, à partir de la sixième

semaine, des accidents apyrétiques, auxquels la malade succomba en deux mois et demi. Ces accidents sont probablement d'ordre hépatique : probablement, car l'autopsie ne put être pratiquée. A ce propos, M. Terrillon rappelle des observations analogues, publiées par M. Terrier, par lui-même. Il ajoute la relation de deux opérations récentes et insiste sur le développement en arrière de la tumeur, qui ne dépasse pas la ligne médiane ; sur l'absence de phénomènes réactionnels préalables, quoique la vésicule fût très adhérente aux organes voisins. Un de ses opérés est un garçon de quinze ans, chez qui il n'y avait pas de calculs, mais une incrustation de la paroi par des grains calcaires.

M. *Terrier.* L'histoire des lésions chirurgicales des voies biliaires est tout entière à faire. Il faut établir des divisions parmi ces faits très complexes. Le résultat opératoire peut être bon lorsque la vésicule seule est oblitérée — avec ou sans calculs — et que le reste des voies biliaires est en bon état. La vésicule peut être impunément détruite et l'opéré vit comme un solipède. Si le col de la vésicule est encore perméable, on aura fatalement une fistule plus ou moins persistante. Le résultat sera satisfaisant si le foie n'est pas malade ; mais la question change quand le parenchyme est désorganisé et à cela la chirurgie ne peut rien. Elle ne peut même pas expliquer le mécanisme exact de la mort, et le désaccord des médecins eux-mêmes, sur ce point, l'en excuse.

M. *Jalaguier* communique une observation de cholécystotomie qui sembla d'abord favorable, mais depuis la malade est atteinte de lésions tuberculeuses graves.

— M. *Bouilly* fait connaître une *opération césarienne heureuse* et pour la mère et pour l'enfant. L'opération date d'avril 1887 et elle a eu pour sujet une rachitique qui avait déjà dû subir antérieurement une basiotripsie, et qui, malgré les recommandations qu'on lui avait faites à cette époque, ne vint pas consulter dès le début de sa nouvelle grossesse. Elle voulait avoir un enfant vivant et se soumit de propos délibéré à l'opération césarienne, avant le début du travail, mais à terme. Dès la paroi abdominale incisée, le globe utérin fit hernie, et M. Bouilly fit sortir l'enfant par une fente longue de 16 centimètres. Après lavage à l'eau bouillie de la cavité utérine et deux piqûres d'ergotine à la cuisse, l'utérus, un peu rétracté, fut suturé avec dix fils d'argent, prenant presque toute l'épaisseur de la paroi, et dix-huit points superficiels. Les fils d'argent ont été abandonnés et la malade n'en a nul souci depuis. Avant de refermer le ventre, M. Bouilly y a mis une ligature bien serrée sur chaque trompe, pour assurer la stérilité future. C'est évidemment moins dangereux que de compliquer l'opération par une castration ou par une hystérectomie sus-vaginale.

M. *Guéniot* voit avec plaisir que M. Bouilly s'est bien trouvé d'avoir incisé l'utérus hors du ventre, comme il l'a conseillé depuis longtemps; il continue à soutenir que moins l'incision utérine est longue, moins l'hémorrhagie est à craindre ; or 12 à 13 centimètres de long suffisent pour donner passage à l'enfant. On a dit que cette boutonnière pourrait étrangler l'enfant : c'est au moins douteux. En cas d'hémorrhagie, l'ergotine met une demi-heure à trois quarts d'heure pour agir; le mieux ne serait-il donc pas de faire une piqûre quelques minutes avant de commencer l'opération ?

M. *Marchand* a publié une observation d'opération césarienne indiquée par un cancer du col de l'utérus. La malade est morte au troisième jour, deux des sutures (au catgut) ayant laissé envahir le péritoine par des substances septiques d'origine intra-utérine.

M. *Bouilly* croit qu'on peut aujourd'hui redouter moins l'hémorrhagie : une striction élastique temporaire est facile à établir au bas du globe utérin lorsqu'on se voit débordé par le sang. Pendant ce temps, l'eau chaude et l'ergot pourront agir. Le point le plus intéressant de l'opération actuelle est que M. Bouilly a cru pouvoir, grâce aux méthodes modernes, entreprendre de parti pris, avant le début du travail, une opération qui jusqu'ici n'était souvent faite que quand on avait la main forcée, et avait de ce chef, une gravité souvent accrue.

A. Broca.

Société de biologie.

SÉANCE DU 9 MARS 1889. — PRÉSIDENCE DE M. DUCLAUX, VICE-PRÉSIDENT.

Tuberculose zoogléique : M. Nocard. — Développement de l'inuline dans certaines plantes : M. Daniel. — De la végétation dans l'obscurité : M. Jumelle. — Action de quelques convulsivants sur le carcinus mœnss : M. de Varigny. — Transmission au fœtus de l'infection pneumonique : M. Netter. — Sur les phénomènes physiologiques de l'hibernation : M. R. Dubois. — Action du bacille pyocyanique sur des animaux atteints de lésions nerveuses : MM. Charrin et Ruffer. — Cellules épithéliales ciliées dans une tumeur de l'ombilic : M. Tourneux. — Épithélium de la vésicule ombilicale chez l'embryon humain : M. Tourneux. — Squelette du cachalot mâle et du cachalot femelle : MM. Pouchet et Beauregard.

M. *Nocard* a étudié un cas de tuberculose zoogléique. Le jetage, exempt de bacilles de Koch, d'une vache suspecte de phthisie, inoculé à des cobayes, a déterminé chez ces animaux des lésions tuberculeuses du foie et de la rate; et l'examen de ces productions tuberculiformes a fait reconnaître la présence d'un grand nombre de zooglées. Des tubes de gélatine et de gélose ensemencés ont donné des cultures abondantes; celles-ci, à l'état frais, semblaient renfermer deux organismes, un microcoque et un court bacille; mais en réalité il n'y avait là que deux formes d'un seul et même microbe. L'inoculation de ces cultures au cobaye et au lapin a toujours produit des résultats identiques : une tuberculisation très marquée du foie, de la rate, des poumons, et la mort.

— M. *Bonnier* dépose une note de M. *Daniel* sur la présence de l'inuline dans les capitules d'un certain nombre de plantes, de la famille des Composées.

— M. *Bonnier* dépose une note de M. *Jumelle* relative à la végétation dans l'obscurité.

— M. *Duclaux* présente une note de M. *de Varigny* concernant l'action de quelques substances convulsivantes, strychnine, brucine, picrotoxine, sur des crabes; c'est la picrotoxine qui seule s'est montrée convulsivante.

— M. *Netter* a observé un cas très net, selon lui, de transmission intra-utérine de la pneumonie et de l'infection pneumonique chez l'homme. Il s'agit d'une femme enceinte de sept mois et demi et atteinte d'une pneumonie grave; le dixième jour elle accoucha, l'enfant vécut cinq jours. A l'autopsie, on trouva une pneumonie franche du poumon droit, avec pleurésie fibrineuse, péricardite, méningite cérébro-spinale et otite. L'examen bactériologique démontra la présence dans le poumon et dans le sang de pneumocoques.

— M. *Duclaux* présente une note de M. *R. Dubois* sur la physiologie de l'hibernation.

— M. *Charrin* a étudié avec M. *Ruffer* l'action du bacille pyocyanique sur des animaux qui avaient préalablement subi des lésions nerveuses (section d'un nerf sciatique). Chez ces animaux l'affection locale, résultant de l'inoculation faite à la partie postérieure de chaque cuisse, est beaucoup plus grave du côté où le sciatique a été sectionné, les lésions sont plus étendues, et la mort survient plus facile-

ment que chez les animaux témoins. Les auteurs poursuivent d'ailleurs ces intéressantes recherches.

— M. *Beauregard* dépose une note de M. *Tourneux* (de Lille), sur la présence de cellules épithéliales ciliées dans une tumeur de l'ombilic chez l'adulte.

— M. *Beauregard* présente une autre note de M. *Tourneux* sur l'épithélium de la vésicule ombilicale chez l'embryon humain.

— M. *Beauregard* fait, en son nom et au nom de M. *Pouchet*, une communication sur le squelette du cachalot femelle comparé au squelette du cachalot mâle. La femelle est beaucoup plus petite que le mâle, et les vertèbres surtout présentent plusieurs différences importantes.

SÉANCE DU 16 MARS 1889. — PRÉSIDENCE DE M. DUCLAUX, VICE-PRÉSIDENT.

Altérations des globules rouges à la suite des accès d'épilepsie : M. Féré. — Tuberculose zoogléique : M. Courmont. — Action de la levure de bière sur les produits secondaires de la fermentation : M. Duclaux. — Action de la cinchonine et de ses dérivés sur les crabes : MM. Langlois et de Varigny. — Les parasites de la carie dentaire : MM. Galippe et Vignal. — Rotation de la tête chez le fœtus : M. Budin.

M. *Féré* a constaté des altérations notables des globules rouges à la suite des attaques d'épilepsie ; si on examine le sang une heure et demie après l'accès environ, on voit que les globules sont devenus sphériques. Dès le lendemain, en général, ils ont repris leur aspect normal. En même temps le nombre des globulins a beaucoup augmenté. On sait que ce dernier fait se constate aussi après les saignées, après la menstruation ou une grave maladie.

— M. *Straus* présente une note de M. *Courmont* (de Lyon) sur un cas de tuberculose zoogléique observé chez une vache ; le bacille inoculé à des cobayes a déterminé des lésions spéciales évoluant avec une rapidité très grande.

— M. *Duclaux* a constaté autrefois que le sucre, au contact de l'air, à la lumière, peut subir une dislocation chimique et donner de l'alcool, sans l'intervention de la levure. Inversement, on peut se demander si dans toutes les circonstances, l'alcool, résultant de l'action de la levure sur les solutions sucrées, reste bien à l'état de produit ultime et définitif, de même que la cellule animale ne peut plus agir sur l'urée. Or, M. Duclaux a noté des conditions où la levure, quand le sucre lui manque, agit sur l'alcool qu'elle a antérieurement formé ; surtout il a vu qu'elle agit sur les produits secondaires de la fermentation alcoolique, la glycérine, l'acide succinique, et qu'elle peut les détruire en les transformant en eau et acide carbonique.

— M. *Langlois* a étudié avec M. *de Varigny* l'action de la cinchonine et de ses dérivés sur les crabes. Les convulsions sont bien moins marquées que sur les mammifères ; dans quelques rares cas seulement on observe un véritable tétanos ; d'ordinaire, tout se borne à quelques mouvements convulsifs, suivis parfois d'un court accès de convulsions cloniques. L'action des dérivés diffère aussi chez ces animaux et chez les mammifères. Alors que chez ces derniers c'est la cinchonigine qui est particulièrement toxique, sur les crabes c'est la cinchonifine qui est la plus active.

— M. *Galippe*, dans des recherches faites en commun avec M. *Vignal*, a trouvé dans la carie dentaire trois microbes différents ; la présence de ces microbes a été constatée dans les canalicules de la dentine. Les auteurs ont également trouvé dans la pulpe différents parasites, le bactérium termo, un microbe qui forme de l'acide lactique et le staphylococcus pyogenes aureus. M. Galippe montre combien ces actions microbiologiques s'accordent avec ce que nous savons de l'évolution de la carie, cliniquement parlant.

— M. *Budin* a vu qu'il est possible, dans certains cas de présentation vicieuse (enfant en position occipito-sacrée), d'imprimer à la tête fœtale, de façon à la dégager, un mouvement de rotation d'arrière en avant très étendu. Ce fait tient, d'après lui, moins à la laxité de l'articulation occipito-atloïdienne qu'à la très grande laxité de tous les téguments des vertèbres cervicales et même dorsales.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 13 MARS 1889. — PRÉSIDENCE DE M. FERNET.

Réactif de l'acidité chlorhydrique du suc gastrique : M. Kugler. — Strophantus du Gabon : M. Blondel (Discussion : M. Catillon).

M. *Kugler* donne lecture d'une note dans laquelle il passe en revue les divers réactifs qui ont été proposés ou sont employés pour la recherche de l'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique. Ces réactifs, bien connus de tous, sont : le violet de méthyle employé pour la première fois par Laborde, la tropœoline, le réactif de Mosler, la phloroglucine vanilline de Gunzbourg, le vert malachite, le vert brillant de Lépine, le réactif d'Uffelmann, le rouge du Congo, enfin une solution de sucre et de résorcine qui vire au rouge pourpre par l'acide chlorhydrique.

M. *Blondel* a reçu du gouverneur du Gabon, M. Ballay, un envoi direct d'importants échantillons de strophantus et de quelques autres fruits analogues qu'il présente à la Société. Outre des graines et des fruits entiers du strophantus glabre, décortiqués comme ceux du kombé, M. Blondel a reçu un certain nombre d'autres fruits beaucoup plus longs (1 mètre) et qui n'appartiennent évidemment pas aux strophantus. Les graines sont surmontées d'une touffe de poils roux, brillants, solides, tandis que les graines des strophantus présentent, à l'une des extrémités, une hampe avec des poils soyeux blancs s'insérant sur une plus ou moins grande longueur, et, en outre, à l'autre extrémité, un petit bouquet de poils en partie recourbés. En outre, l'aspect de la graine elle-même est différent, la texture histologique de son tégument complètement dissemblable ; enfin cette graine est dépourvue de l'amertume si caractéristique des graines de strophantus. M. Blondel rappelle que cette espèce, à laquelle il a donné provisoirement le nom de strophantus glabre du Gabon, est celle qui est arrivée la première en France, il y a vingt ans, qui a été dénommée inexactement alors *Strophantus hispidus*, nom sous lequel ont été faites les expériences de Polaillon et Carville et les recherches de Hardy et Gallois. En réalité, comme l'a montré M. Blondel dans un précédent mémoire, le strophantus hispidus *vrai* en est tout à fait différent, extérieurement et anatomiquement. D'ailleurs cette forme ne se trouve pas dans le commerce où l'on ne rencontre actuellement que le *kombé* et l'*hispidus*, ce dernier à graines brunes et à fruits entiers, le premier à graines vertes et à fruit décortiqué. Sur un échantillon intact, pourvu de son parenchyme, M. Blondel montre que la surface des fruits du *Strophantus hispidus* offre de petites taches remplacées par des stries dans le strophantus kombé. Ces deux strophantus ne sont pour lui que deux variétés d'une même espèce ; on les retrouve, empiétant l'une sur l'autre, vers le centre de l'Afrique. — D'après le gouverneur du Gabon, la difficulté que l'on éprouve à se procurer du strophantus et le prix élevé de ce produit viennent du grand nombre de demandes qui ont été adressées au Gabon et qui ont appris aux indigènes la valeur que les Européens attachent à ces fruits. Aussi, les vendent-ils fort cher et se livrent-ils à une recherche active de la plante ; mais la récolte est faite sans aucune précaution, les strophantus sont détruits et deviennent de plus en plus rares.

Les indigènes, par vantardise, sans doute, prétendent que jusqu'ici les blancs ne connaissent pas l'inée véritable. Le strophantus, comme tous les poisons employés par les indigènes, doit posséder son contrepoison; mais on n'a encore à cet égard aucun renseignement certain. On a indiqué comme telle l'écorce fraîche de baobab que les sauvages placent sous la peau des animaux tués par les flèches empoisonnées autour de la blessure, afin de pouvoir manger la chair de ces animaux sans danger.

M. *Catillon* affirme que la difficulté de se procurer des graines de strophantus résulte surtout de la rareté du produit et du mauvais vouloir des indigènes. — Il rappelle qu'il a déjà dit, il y a environ dix-huit mois, que le *Strophantus hispidus* ne fournit pas de strophantine cristallisée, quel que soit le procédé de préparation que l'on emploie. C'est ce qui explique que les Anglais, qui se sont servis de *Strophantus hispidus* ne parlent jamais que de strophantine amorphe. Il est très fréquent de recevoir des envois de graines avariées, surtout lorsque les fruits du strophantus n'ont pas été soigneusement dépouillés de leur parenchyme. Il a eu occasion d'analyser comparativement des graines saines de strophantus kombé et des graines de même espèce noirâtres, plates, vides provenant d'un même envoi; or il a été fort surpris d'obtenir avec ces dernières identiquement la même quantité de strophantine cristallisée. Il ne s'agissait pas, d'ailleurs, de graines attaquées par des insectes, qui respectent le principe actif et ne se nourrissent que de la partie inerte; on sait, en effet, qu'en pareil cas, les cantharides, par exemple, renferment pour un même poids une proportion plus grande de cantharidine.

André Petit.

Société anatomique.

SÉANCES DU 1er ET DU 8 MARS 1889. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

M. *Cornil* présente un *ulcère de l'estomac* adhérent à la paroi abdominale, d'où une tumeur ayant fait croire à un cancer.

— M. *Matton* fait voir des *tubercules massifs du cerveau.*

— M. *E. Willemin* montre une *pyélonéphrite suppurée* avec examen bactériologique par M. Cornil.

— M. *V. Carlier* présente une *petite tumeur tendineuse*, qu'il a enlevée au fléchisseur du médius sur une femme atteinte de doigt à ressort.

— M. *A. Pilliet* communique l'*examen histologique d'un endothéliome de la dure-mère.*

— M. *A. Pilliet* décrit des *dilatations bronchiques ampullaires du sommet* chez une femme de quatre-vingt-un ans.

— M. *Potherat* montre un *goitre intra-thoracique rétro-aortique*, sans tumeur cervicale.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Fractures du crâne. Lésions de la méningée moyenne, par M. Brunner. — Deux observations sont relatives à des fractures avec plaie et avec hémorrhagie externe. Dans l'une, les phénomènes cérébraux étaient nuls; le tamponnement à la gaze iodoformée vint à bout de l'hémorrhagie; guérison. Dans l'autre, après enlèvement des esquilles, l'artère a été liée. Les accidents de compression cérébrale ont cessé par l'évacuation de l'épanchement intra-crânien que n'avait pas empêché l'hémorrhagie externe. Dans la troisième observation, il s'agit d'une fracture sans plaie. Les accidents cérébraux ont débuté cinq heures après le trauma. Trépanation, évacuation du sang, ligature du vaisseau. Le malade est mort au septième jour de pneumonie lobulaire. Les phénomènes de compression cérébrale avaient cessé. Aucune suppuration de la plaie crânienne. (*Ein Beitrag zur Kasuistik bei Schädelfraktur und Ruptur der Art. men. med.*, in *Korr. Bl. f. Schweizer. Aerzte*, 1888, n° 12).

Perforations intestinales. — M. Mackie (de Milwaukee) a employé l'insufflation de l'intestin à l'hydrogène pour diagnostiquer une perforation de l'intestin par coup de feu. Laparotomie; suture des plaies (de l'intestin, de l'estomac et du mésentère). Mort en trente-quatre heures de péritonite septique. A l'autopsie, on a constaté que le tube gastro-intestinal était bien fermé. Mais il y avait un broiement de la queue du pancréas et une hémorrhagie péri-rénale à gauche.

M. Taylor (de Philadelphie), dans un cas de fistule fécale de la paroi abominale latérale, se demandait si elle communiquait avec l'intestin grêle ou le côlon. Il a constaté, par l'insufflation rectale, que le gaz sortait par la plaie avant la production du bruit caractéristique de la valvule iléo-cæcale. L'incision exploratrice conduisit sur un cancer inopérable du côlon descendant. (*Med. News*, 9 juin 1888, d'après *Centr. f. Chir.*, 1888, p. 973.)

Adhérences péritonéales à la suite des laparotomies, par M. Thadeus von Dembowski. — Depuis que la laparotomie est vulgarisée, on a constaté que quelques malades présentent, à échéance variable, des accidents d'occlusion intestinale, dus à des brides péritonéales, reliquats de l'opération première. Dembowski a recherché expérimentalement dans quelles conditions on s'expose à ces brides ou au contraire on les évite. Il conclut contre les ligatures trop nombreuses; contre les cautérisations au thermocautère des surface saignantes. L'adhérence du grand épiploon à la cicatrice du péritoine pariétal est constante. (*Ueber die Ursachen der peritonealen Adhäsionen nach chirurgischen Eingriffen, mit Rücksicht auf die Frage der Ileus nach Laparotomien*, in *Arch. f. klin. Chir.*, 1888, t. XXXVII, p. 745.)

Fracture du rachis, par M. Severeanu (de Bucharest). — Garçon de seize ans, ayant été frappé au dos par une balle de revolver, à trois doigts à gauche de la ligne épineuse, à 1 centimètre en dedans du bord interne de l'omoplate. Aucun signe de lésion intra-thoracique. Abstention. Mais au troisième jour, la fièvre s'allume avec un peu de contracture de la nuque, paralysie des membres inférieurs, rétention d'urine et constipation. Ces symptômes s'aggravant, au huitième jour après l'accident, le trajet a été débridé et du pus s'est écoulé. La balle a été trouvée à l'aide de l'appareil de Trouvé, dans l'arc postérieur, brisé, de la deuxième dorsale. Extraction. Guérison. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1888, t. XXXVII, p. 664.)

Péritonites par perforation, par M. C. F. Steinthal. — Relation de trois opérations malheureuses, faites par Czerny (deux ulcères perforants de l'estomac; une perforation de l'appendice vermiculaire). A ce propos, Steinthal réunit vingt autres observations, déjà publiées, avec huit guérisons. (*Ueber die chirurgische Behandlung der ulcerösen Magen- und Darmperforationen*, in *Arch. f. klin. Chir.*, 1888, t. XXXVII, p. 850.)

Cancer du sein. Érysipèle inoculé, par M. L. Feilchenfeld. — L'inoculation a été faite par Fehleisen et elle a été mortelle. Examen histologique du néoplasme. Quelques renseignements sur les tumeurs guéries sous l'influence d'un érysipèle; sur plusieurs statistiques de survie moyenne après extirpation de la mamelle. (*Erysipelimpfung bei inoperabelem Mammacarcinom mit letalem Ausgang*, in *Arch. f. klin. Chir.*, 1888, t. XXXVII, p. 834.)

Luxation de la mâchoire en arrière, par M. Thiem. — L'auteur se fonde sur quatre observations personnelles qu'il a

recueillies en deux ans et sur un fait que lui a communiqué M. Siemon. Donc, c'est plus fréquent qu'on ne le croit, mais probablement la confusion avec les constrictions temporaires des mâchoires est fréquente. Thiem rappelle d'abord les luxations congénitales en arrière vues par J. Guérin, par Smith ; l'enfoncement de la paroi antérieure du conduit auditif externe (Baudrimont, Schwartze). Mais, malgré une observation de Crocker King (1855), on nie, en général, la luxation proprement dite en arrière. Anatomiquement, par l'examen du squelette de la région, Thiem conclut cependant que cette luxation est possible; qu'il y a une place où le condyle peut se loger entre le tubercule du tympanal en avant, l'apophyse mastoïde en arrière et l'apophyse styloïde en dedans. Cette « fosse tympanico-stylo-mastoïdienne » est très petite chez l'homme, mais elle est spacieuse chez la femme. Aussi la luxation en arrière n'a-t-elle été observée que chez la femme. Il faut tenir compte, en outre, de la direction différente de l'angle maxillaire suivant les âges, cet angle étant à peu près nul chez les enfants et les vieillards, l'arcade alvéolo-dentaire n'existant pas encore ou peu. Les muscles masséter et ptérygoïdien interne deviennent alors purement élévateurs et perdent leur action de prépulsion, tandis que le temporal reste toujours aussi énergiquement rétro-pulseur. C'est pour cela que la luxation ordinaire, en avant, est exceptionnelle et chez l'enfant et chez le vieillard. Les observations de Thiem concernent de vieilles femmes. Le déplacement a lieu, non par l'acte d'ouvrir la bouche, mais par celui de la refermer. La mâchoire inférieure est au contact de la supérieure et elle est un peu refoulée en arrière. Le condyle est juste devant la mastoïde. La réduction se fait par ouverture brusque de la bouche. La luxation s'est produite trois fois par le bâillement ; une fois elle a été causée par un médecin qui, pour voir la gorge, a exercé une traction énergique sur l'abaisse-langue, brusquement saisi lors de la luxation par la mâchoire inférieure venant au contact de la supérieure. (*Ueber Verrenkungen des Unterkiefers nach hinten*, in *Arch. f. klin. Chir.*, 1888, t. XXXVII, p. 526.)

Micro-organismes et suppuration, par MM. Kreibohm et Rosenbach. — Malgré les expériences de Rosenbach et Orthmann, de Councilmann, de Passet, de Brewing, la plupart des auteurs nient que, sans le concours des microbes, les irritations chimiques et mécaniques puissent engendrer du pus (Strauss, Klemperer, Scheuerlen, Knapp). Klemperer pense que les expériences de ses contradicteurs n'ont pas été faites avec une asepsie suffisante. Aussi Rosenbach a-t-il repris la question avec Kreibohm, et leur travail a été prêt en même temps que celui de Grawitz et de Bary : pour les uns comme pour les autres, les irritations chimiques peuvent causer la suppuration. L'espèce animale choisie a, d'ailleurs, de l'importance. Ainsi, une injection de térébenthine se résorbe chez le lapin et suppure chez le chien. Cela dépend aussi du degré de concentration des substances. Ces expériences sont faites avec une asepsie absolue, et d'ailleurs, il est facile de s'assurer, par des cultures, que le pus ainsi produit est stérile. En somme, la suppuration est un mode de réaction de l'organisme contre des irritations diverses, et ce n'est pas un symptôme pathognomonique d'une infection microbienne (*Kann Eiterung ohne Mittheilung von Mikroorganismen durch todte Stoffe entstehen?* in *Arch. f. klin. Chir.*, 1888, t. XXXVII, p. 736.)

M. Alphonse Nathan a étudié la même question sous la direction de Fehleisen. Il conclut qu'après les injections d'ammoniaque, de nitrate d'argent, de térébenthine, la suppuration n'est pas constante, et quand elle a lieu les cultures sur plaques démontrent toujours que le pus contient des micro-organismes. (*Zur Aetiologie der Eiterung*, in *ibid.*, p. 875.)

A. B.

Travaux à consulter.

De l'hydrargyrie suraiguë et de son traitement par le soufre, par M. le docteur A. Luton. — A propos des accidents causés par les injections sous-cutanées d'huile grise, M. A. Luton recommande, pour combattre la stomatite mercurielle et les intoxications mercurielles aiguës, l'emploi du soufre sublimé.

A cet effet, il fait préparer un électuaire de soufre et de miel au cinquième et le donne à raison de deux cuillerées à café combles, chaque jour à jeun. Le soufre, de l'avis de M. Luton, serait le spécifique de l'hydrargyrie au même titre que le mercure est celui de la syphilis. Il serait donc supérieur au chlorate de potasse. (*Union médicale du Nord-Est*, 15 octobre 1888.)

De l'action et de la posologie des préparations ferrugineuses, par M. H. Schulz. — Des expériences furent entreprises sur trois individus en état de santé et au moyen d'une solution aqueuse à 1/2 pour 100 de perchlorure de fer. Pendant la première semaine, on en administrait trente gouttes, pendant la seconde soixante gouttes et durant la troisième quatre-vingt-dix gouttes. Au début on notait des troubles digestifs, des symptômes congestifs, de la tachycardie et de l'oppression. Mais en même temps, on constata pendant toute la durée des expériences, un bien-être général, l'augmentation des forces et la plus grande fréquence du pouls. Une fois il y eut de l'acné et de la conjonctivite. La cessation du médicament fut suivie de dépression générale, de gêne stomacale, de troubles de l'appétit et d'irrégularités de la défécation. Enfin on nota aussi du vertige chez deux des individus soumis à l'expérience. En conséquence, on doit admettre que le fer administré à petites doses est mieux absorbé que quand on le prescrit à doses élevées. (*Therap. Monat.*, 1888, p. 11.)

Du danger de la paraldéhyde dans l'emphysème, par M. H. Davy Rolleston. — Deux fois, à la suite de l'administration de ce médicament, cet observateur a observé de la dyspnée et du collapsus, de sorte qu'il est conduit à considérer ces phénomènes comme comparables à l'action sur la respiration observée par Wood dans les expériences où il administrait la paraldéhyde aux animaux. C'est ainsi que chez le lapin cette substance provoque le sommeil, une diminution graduelle de la respiration et la mort par asphyxie et sans convulsions. D'après M. Quinquaud, ces phénomènes s'accompagnent d'un abaissement thermique, d'une diminution de l'acide carbonique, et comme M. Hénocque l'a montré, de la réduction de l'hémoglobine. Dans l'emphysème, ajoute M. Rolleston, le sang chargé d'acide carbonique stimule moins vivement les centres respiratoires : c'est donc pour cette cause qu'il faut redouter l'action de la paraldéhyde et à cette action qu'on doit attribuer les accidents observés. (*The Practitioner*, novembre 1888, p. 339.)

Une éruption cutanée causée par le sulfonal, par M. Max-Engelman. — La malade, soignée pour une métrite chronique, était atteinte d'insomnie rebelle au chloral. On lui administra, à titre d'hypnotique, une dose quotidienne de 2 grammes de sulfonal pendant sept jours. A ce moment on constata sur les côtés de la poitrine une éruption scarlatiniforme et papuleuse accompagnée de prurit. Cet exanthème s'étendit symétriquement sur la face interne des deux bras et à l'épigastre. Trois jours après sa coloration rouge pâlissait et le lendemain la peau avait repris son aspect normal.

Avec Lesser, on doit vraisemblablement attribuer de tels exanthèmes à un trouble de l'innervation vaso-motrice. Leur disposition symétrique tend à supposer que l'action du médicament s'exerce sur les centres mêmes de cette innervation. (*Münch. med. Woch.*, 10 octobre 1888.)

Du traitement des douleurs dysménorrhéiques par l'antipyrine, par M. Windelschmidt. — C'est sous forme de lavements contenant un gramme et demi de substance active, que

cet observateur l'a prescrite contre les coliques menstruelles. Une demi-heure après son administration les douleurs diminuent et cette diminution persiste pendant douze heures. Il a pu ainsi amener leur sédation, huit jours durant, chez deux femmes dysménorrhéiques. Ces effets sont accompagnés de tendances au sommeil, et parfois aussi de sueurs abondantes avec diminution de la diurèse. Dans le but d'éviter le collapsus, l'auteur conseille d'administrer simultanément des toniques et en particulier des alcooliques. (*Medicinisch-Chir. Rund.*, 1 septembre 1888.)

De la valeur des inhalations d'acide fluorhydrique contre la phthisie pulmonaire, par M. le docteur Desplats. — Cet observateur en a fait usage sur vingt-trois malades pendant un temps assez long pour qu'on puisse en juger les effets. Ils séjournaient chaque jour pendant une heure ou deux dans une cabine où une soufflerie envoyait 700 à 1000 litres d'air chargé des vapeurs fluorhydriques. A part des accidents bénins, coryza, céphalalgie, étouffement, vingt et un les tolérèrent bien. Il y eut parmi eux : six améliorations, sept aggravations et dix insuccès; dans treize cas l'appétit augmentait; sept fois les sueurs diminuèrent; trois fois les crachats furent plus rares et six fois le poids augmenta. On le voit, ces résultats sont médiocres et confirment les résultats négatifs des expériences récentes de MM. Grancher et Chautard sur l'action stérilisante de l'acide fluorhydrique. (*Journal des sciences médicales de Lille*, p. 385, 26 octobre 1888.)

De la posologie de la cocaïne, par MM. les docteurs Szumann et Oblinski. — Chez les adultes on peut prescrire des injections sous-cutanées aux doses de 3, 4 ou au maximum de 5 centigrammes du médicament sans provoquer d'accidents. Toutefois, d'après l'auteur, la dose de 6 centigrammes ne doit être administrée qu'à des individus vigoureux. Cependant on a observé des individus chez lesquels la dose a été portée jusqu'à 20 et 30 centigrammes; mais ces individus étaient morphinomanes.

On doit prescrire ce médicament avec prudence aux cardiopathes, aux individus prédisposés aux congestions cérébrales et aux névropathes. A ce point de vue Szumann partage l'opinion de A. Fraenkel. (*Therap. Monat.*, août 1888.)

Toutefois, selon Oblinski, ces inconvénients seraient moindres quand, pour produire l'anesthésie générale, on combine l'action de la cocaïne avec celle du chloroforme. La cocaïne est, écrit-il, un excitant qui prévient les dangers de la paralysie vasculaire causée par le chloroforme et par contre ce dernier combat l'anémie vasculaire produite par la cocaïne. (*Wien. med. Woch.*, 1888, n° 15.)

BIBLIOGRAPHIE

Dictionnaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacologie, de toxicologie et des eaux minérales, par M. Dujardin-Beaumetz. Paris, O. Doin, quatrième et dernier volume, 1889.

Lorsque, en 1882, parut la première livraison de cet important ouvrage (*Gaz. hebd.*, 1882, p. 598), nous avons dit tout le bien qu'il fallait penser d'un dictionnaire conçu sur un plan aussi vaste et dirigé par un maître aussi expérimenté et aussi laborieux. L'œuvre est aujourd'hui terminée. Ainsi qu'il fallait le prévoir, le nombre de ses pages a dépassé quelque peu le chiffre annoncé au début; mais on ne saurait trop louer la rapidité avec laquelle l'auteur a su mener à bien une tâche aussi difficile. A côté de ses *Leçons de clinique thérapeutique* si personnelles, si intéressantes à étudier, le Dictionnaire de M. Dujardin-Beaumetz devra être consulté par tous ceux qui veulent se tenir au courant des progrès de la thérapeutique.

Le quatrième volume, le seul dont nous ayons à parler ici, va de la lettre O à la lettre Z, et contient un *addendum* de près de 100 pages consacré à l'étude des nouveaux médicaments, tels que l'acétanilide, l'antipyrine, la cocaïne, le strophantus, etc., — voire même la médication dite suggestive qui n'occupe dans cette étude des médications les plus récentes qu'une place bien modeste (une colonne et demie) et au sujet de laquelle des réflexions critiques un peu plus étendues n'auraient pas été sans intérêt.

Cette simple énumération suffit à montrer tout l'intérêt du volume. Comme dans les précédents on sera frappé, quelquefois même un peu troublé par le nombre des renseignements fournis au sujet de chaque médicament. L'analyse des innombrables recherches cliniques ou expérimentales qui ont pour but de faire mieux connaître les propriétés ou le mode d'action d'une substance encombre aujourd'hui les ouvrages qui ont la prétention de tout dire ou tout au moins de faire preuve d'érudition en même temps que de critique. Hâtons-nous d'ajouter que des résumés précis où l'on reconnaît souvent la plume et toujours l'inspiration du maître terminent souvent les chapitres les plus touffus et permettent au lecteur de se faire rapidement une idée plus nette de ce qui doit être retenu et regardé comme immédiatement applicable.

Il nous sera bien permis, en ce moment où les opinions sont si divisées sur ce sujet, de montrer qu'avec la plupart des médecins expérimentés, qui se trouvent chaque jour aux prises avec les nécessités de la clinique, M. Dujardin-Beaumetz reconnaît l'utilité des médicaments complexes et proteste contre l'opinion qui tend à leur substituer les alcaloïdes. A propos de l'opium brut (p. 39) : « nombre d'auteurs, dit-il, ont conseillé d'abandonner l'opium pour ses alcaloïdes, conclusion peu légitime, car, donnés individuellement, les alcaloïdes de l'opium ne sauraient, dans nombre de cas, remplacer leur substance mère. » L'étude qui suit, en montrant les différences d'action de la morphine, de la codéine, de la narcéine, etc., etc., confirme et complète cette pensée si juste.

Nous recommandons aussi particulièrement, dans ce volume, la lecture des chapitres consacrés à l'étude de l'oxygène, des peptones, de l'acide phénique, de la quinine et des quinquinas. Nous regretterons cependant que, dans les pages consacrées aux sels quiniques, le lactate de quinine ne tienne point la place que, depuis plusieurs années, nous nous efforçons de lui faire obtenir. On sait que les injections sous-cutanées de lactate de quinine sont moins douloureuses et plus efficaces que celles du sulfate ou du bromhydrate. A diverses reprises, et tout récemment encore notre collaborateur, M. P. Vigier, a montré par quels procédés on pouvait obtenir pour ces injections hypodermiques un produit tout à la fois inoffensif et efficace. Depuis bien des années nous nous servons exclusivement, au grand profit de nos malades, du lactate neutre de quinine.

Il est un autre médicament en faveur duquel nous ne cesserons aussi d'élever la voix malgré le discrédit *officiel* dans lequel il paraît tombé. Nous voulons parler du phosphate de potasse. C'est, dit l'article qui lui est consacré, un purgatif cholagogue qui a, en même temps, des propriétés cathartiques et irritantes de nature à le faire rejeter. Nous croyons pouvoir affirmer qu'à la dose de 1 gramme environ par jour, et administré dans du vin de quinquina ou dans du sirop d'écorces d'oranges amères, le phosphate de potasse est un reconstituant des plus énergiques, qu'il agit sur la rénovation des globules rouges du sang, qu'il rend les plus grands services dans les cas où les préparations martiales ne peuvent être tolérées. Nous ne doutons pas que les médecins qui voudront administrer ce médicament n'en retirent les plus grands services.

On comprendra que nous ne puissions suivre par chapitres un ouvrage de cette étendue, ni insister sur les réflexions élogieuses qu'il suggère. Nous n'avons eu pour but

que de montrer, par quelques critiques, avec quel intérêt et quelle attention nous avons parcouru ce quatrième volume. Le Dictionnaire de thérapeutique de M. Dujardin-Beaumetz est, nous ne craignons pas de le répéter, l'œuvre la plus considérable, la plus savante et la plus utile qui ait, depuis de longues années, été écrite à propos d'une science dédaignée par ceux-là qui ne la connaissent pas. Les médecins praticiens aussi bien que les physiologistes et les cliniciens qui reconnaissent, au contraire, les précieuses acquisitions qu'elle a faites dans ces dernières années, sauront rendre justice au maître éminent qui n'a pas reculé devant le labeur aussi ingrat que méritoire d'établir l'état actuel de nos connaissances en thérapeutique.

L. Lereboullet.

De la mensuration des os longs des membres, par M. E. Rollet (Thèse de la Faculté de médecine de Lyon). — Lyon, 1888, Storck.

M. le docteur Etienne Rollet vient d'étudier la mensuration des os longs des membres dans ses rapports avec l'anthropologie, la clinique et la médecine judiciaire.

L'auteur a mesuré à la Faculté de Lyon, dans le laboratoire de médecine légale du professeur Lacassagne, avec la planche ostéométrique de Broca, les os longs des membres de cent sujets (cinquante hommes et cinquante femmes) ; l'âge et la taille sont notés. La méthode adoptée étant très rigoureuse, on peut regarder comme très précises ces mensurations faites à un millimètre près.

M. Etienne Rollet étudie les proportions des membres par rapport à la taille et en cherchant les rapports de la longueur moyenne des os aux tailles moyennes extrêmes ; il constate que, chez l'homme, les membres sont proportionnellement plus longs dans les petites tailles que dans les grandes; chez la femme, le membre inférieur est plus court, mais le membre supérieur plus long. Les différences proportionnelles sont moindres chez la femme que chez l'homme. La race noire a les membres plus longs que la race blanche, surtout par le développement du tibia et du radius ; la différence est très marquée entre les femmes.

M. Etienne Rollet consacre un chapitre à la question de l'asymétrie des membres, qu'il appelle dissymétrie. Les os longs des membres homologues présentent une inégalité manifeste. L'humérus est, 93 fois sur 100, plus long à droite. Il en est à peu près de même des os de l'avant-bras. Les membres supérieurs ont entre eux une inégalité de longueur 99 fois sur 100. La différence de 8 millimètres en moyenne atteint parfois 14 et 22 millimètres en faveur du côté droit.

L'inégalité du fémur est de 3 millimètres en moyenne, tantôt en faveur du côté droit, tantôt en faveur du côté gauche, parfois elle atteint 7 à 10 millimètres. L'inégalité est moins fréquente pour le tibia et surtout pour le péroné qui est l'os le plus symétrique.

On est souvent droitier par le membre supérieur et gaucher par le membre inférieur. On peut être gaucher par le membre supérieur et droitier par le membre inférieur. La dissymétrie des membres est aussi marquée chez le vieillard que chez l'adulte, chez la femme que chez l'homme ; elle n'existe pas encore chez le fœtus et ne commence à se montrer que dans la première enfance. Ce sont là des résultats dont on ne saurait assez apprécier l'importance.

Dans le dernier chapitre, M. Etienne Rollet, après avoir discuté les applications cliniques de ces résultats, aborde le problème de la détermination de la taille d'après un ou plusieurs os longs.

C'est un des sujets des plus intéressants en anthropologie et en médecine légale. Nous possédons des fémurs, par exemple, des hommes préhistoriques, quelle était leur stature? En médecine légale l'identité du cadavre est chose importante. Actuellement, on se base sur les tableaux d'Orfila assez incomplets. M. Etienne Rollet donne de nouveaux procédés pour déterminer la taille d'après les os longs et arrive à des résultats très satisfaisants.

Pour lui, les hommes préhistoriques auraient une taille moins élevée qu'on ne le suppose généralement. Ainsi l'homme de Cro-Magnon aurait mesuré 1m,80, et non 1m,90, comme l'indiqueraient les tableaux d'Orfila.

M. Duval.

Travaux d'obstétrique du docteur Auvard, 3 volumes in-8. Paris, Lecrosnier et Babé, 1889.

Des trois volumes que vient de faire paraître M. Auvard, le premier seulement contient la réédition de travaux et d'articles déjà publiés, soit dans la *Gazette hebdomadaire*, soit dans les *Archives de tocologie* ou dans différents autres recueils de médecine. Le deuxième et le troisième volume ne renferment que des travaux inédits, parmi lesquels nous mentionnerons des recherches personnelles sur l'extraction de la tête fœtale et le mécanisme de la sortie des épaules (tête première); sur les présentations du front et de l'abdomen, etc.; une étude très approfondie sur les rapports de l'adipose et de la puerpéralité; un travail, qui a donné lieu à bien des controverses, sur le tamponnement intra-utérin, etc., etc. Toutes les recherches, toutes les considérations développées par l'auteur s'appuient sur un grand nombre d'observations reproduites in-extenso dans ces deux volumes. Le chapitre consacré au diagnostic de l'époque de l'accouchement est une étude très minutieuse de tous les documents qui peuvent éclairer cette question si difficile et pourtant si importante à résoudre.

Il n'est pas besoin d'insister sur la somme considérable de travail personnel et d'études bibliographiques que représentent ces trois volumes.

Traitement de l'éclampsie puerpérale, par M. le docteur A. Auvard. — Paris, O. Doin, 1889.

Comme l'ouvrage précédent, celui-ci renferme un grand nombre d'observations, de statistiques et d'indications bibliographiques sur lesquelles s'appuient les conclusions de l'auteur. M. Auvard, après avoir étudié dans tous leurs détails les diverses méthodes thérapeutiques recommandées dans le traitement de l'éclampsie puerpérale, en arrive à conseiller avant tout et surtout le régime lacté exclusif qui seul peut améliorer l'albuminurie gravidique. Si, malgré le traitement de cette albuminurie, traitement qui, avec le régime lacté, doit comprendre parfois les bains, les purgatifs, les diaphorétiques, les inhalations d'oxygène, — et aussi l'iodure de potassium, — l'éclampsie se déclarait, c'est à l'anesthésie chloroformique ou chloralique qu'il conviendrait d'avoir recours. Le chloral à hautes doses, en lavement, retarde ou entrave les accès. Le chloroforme les arrête quand ils sont trop violents. L'accouchement forcé ne sera tenté qu'en cas de nécessité absolue; mais l'accoucheur devra, dès que la dilatation sera complète, activer par tous les moyens possibles l'expulsion du fœtus et la délivrance. Les autres méthodes ne sont que palliatives, souvent inefficaces.

Annuaire de thérapeutique. — Paris, O. Doin, 1888.

Ce nouvel annuaire est précédé d'une intéressante préface signée par M. Dujardin-Beaumetz, et résumant les progrès accomplis pendant l'année 1888. On lira avec un grand profit ce que dit l'auteur au sujet de l'antipyrine, de l'acétanilide, des phénacétines, etc., du traitement de la phthisie pulmonaire, des maladies cardiaques, etc. Quand à l'Annuaire lui-même, il renferme une série de petites notes de thérapeutique qui, grâce à une table alphabétique des matières, pourront être retrouvées; mais qui, à première vue, semblent un peu éparses et traitent des sujets les plus divers. Le livre est donc un recueil de faits utiles à consulter, et résumant à peu près tout ce qui a paru dans le courant de l'année.

VARIÉTÉS

INAUGURATION DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE A LYON.

L'inauguration de la nouvelle École du service de santé militaire a fourni l'occasion à son directeur, M. Vallin, d'exprimer, en excellents termes, comment il entend exercer les hautes fonctions qui lui ont été confiées. Après avoir rappelé le souvenir de l'École de Strasbourg, où il avait été lui-même répétiteur de médecine, et payé une dette de reconnaissance à la ville « qui a été le berceau de la médecine militaire française contemporaine et qui, de plus, est pour quelques-uns la patrie regrettée », M. Vallin a donné à ses élèves les conseils suivants :

« Avant tout, vous devez respecter et faire respecter votre uniforme : il faut que vous en soyez fiers. Aussi bien, celui qu'on vous a donné est martial, élégant; il sied bien à votre jeunesse; il vous donnera des satisfactions d'amour-propre, pourvu que vous le portiez avec une correction scrupuleuse. Mais, ne l'oubliez pas, dès que vous l'aurez revêtu, vous aurez abdiqué une partie de votre liberté, vous ne vous appartiendrez plus; vous n'êtes plus un inconnu qui se perd dans la foule et dont on ne connaît ni le nom ni la qualité; vous êtes un élève de l'Ecole du service de santé militaire, qu'on distingue de loin, sur qui se fixe l'attention; et, si par malheur un jour vous vous compromettiez un instant, ce n'est plus vous seul, c'est l'Ecole tout entière que vous compromettriez avec vous.

« Vous faites vos premiers pas dans l'armée, dans une carrière où tous ceux qui ont l'honneur de porter le même uniforme se considèrent, jusqu'à la fin de leur vie, comme solidaires les uns des autres. Cette solidarité est une force que, sans doute, vous n'avez pas encore mesurée; elle est le stimulant qui suscite les plus hauts faits d'armes et les plus grands dévoûments; elle empêche aussi les défaillances, car celui qui a déshonoré son uniforme est jugé et renié par ses pairs; il n'y a pas de châtiment comparable à celui-là.

« Cette justice, vous avez le droit et le devoir de la faire vous-mêmes entre vous; dans cette vie en commun où tout se passe au grand jour, les jeunes gens du même âge se connaissent bien vite, s'apprécient et se jugent. N'hésitez pas à répudier le camarade indigne qui vous paraîtrait capable de compromettre et de déshonorer le titre d'élève et, plus tard, celui de médecin militaire; c'est un devoir que vous auriez à remplir envers le corps auquel vous appartiendrez bientôt.

« C'est par ce respect de vous-même et par cette vigilance réciproque que vous formerez cet esprit de corps qui fait la force et le prestige de l'Ecole Polytechnique, de Saint-Cyr, de Saumur, de la Flèche, du *Borda*. Ce qui a fait pendant longtemps notre faiblesse, ce qui a retardé notre unité et notre autonomie, c'est l'absence d'une origine commune, c'est l'absence d'une Ecole du service de santé militaire. Cet élément de vitalité est maintenant entre vos mains; sachez en profiter.

« Cette Ecole nous a été rendue, non seulement pour créer l'esprit de corps et la solidarité, non seulement pour vous donner l'instruction technique, mais encore et surtout pour vous enseigner l'esprit militaire, la discipline, le sentiment de la hiérarchie, ces trois grandes choses sans lesquelles il n'y a pas d'armée régulière et solide, sans lesquelles le corps de santé n'a plus de raison d'être, car les médecins militaires pourraient dès lors être remplacés par des médecins civils empruntés à la réserve ou à l'armée territoriale.

« Messieurs les Élèves, vous n'êtes ici ni des soldats ni des étudiants : vous êtes des élèves officiers, comme à l'Ecole Polytechnique, comme à Saint-Cyr. Inspirez-vous de ces écoles; empruntez à leur vie intérieure ce qu'elles ont de bon, de noble, de généreux. Vous n'êtes pas gênés par des traditions trop anciennes, où se sont parfois maintenues des pratiques puériles ou brutales. Commencez une tradition nouvelle; soyez de votre âge et de votre temps; respectez-vous et aimez-vous les uns les autres; formez ici de ces amitiés durables qui font le charme de la vie et qui sont si précieuses dans l'armée. Faites honneur à votre uniforme, non seulement dans la rue, mais dans les hôpitaux et devant vos professeurs en robe qui vous feront subir vos examens; faites honneur à la ville de Lyon, qui s'est imposée pour vous de grands sacrifices et qui est fière de vous posséder; à la Faculté, dont vous augmenterez l'éclat et dont vous apprécierez tout à l'heure les immenses ressources; à cette Ecole enfin, sur laquelle sont fixés en ce moment les yeux de tous les médecins de l'armée, dont vous serez dans quelques années les camarades et les collègues.

« Messieurs, dès aujourd'hui commence votre tâche; je me persuade que le régime de l'Ecole ne vous paraîtra pas trop lourd. Les facilités de travail, les encouragements et les conseils ne vous feront jamais défaut. En ce qui me concerne, vous me trouverez toujours à la fois sévère pour le service et bienveillant pour les personnes. »

Nous avons tenu à reproduire textuellement ce discours; nous ne doutons pas que les nouveaux élèves du service de santé militaire qui l'ont si cordialement applaudi ne rendent sa tâche facile à leur éminent directeur.

Faculté de médecine de Paris. — *Cours de pathologie expérimentale et comparée.* — M. le professeur Straus a commencé le cours de pathologie expérimentale et comparée le mercredi 20 mars 1889, à cinq heures de l'après-midi et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale (Ecole pratique, 1er étage).

— *Cours de pathologie chirurgicale.* — M. le professeur Guyon commencera le cours de pathologie chirurgicale le lundi 25 mars 1889, à trois heures de l'après-midi (grand amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— *Cours de thérapeutique et matière médicale.* — M. le professeur Hayem commencera le cours de thérapeutique et matière médicale le lundi 25 mars 1889, à cinq heures de l'après-midi (petit amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— *Cours d'hygiène.* — M. le professeur Proust commencera le cours d'hygiène le mardi 26 mars 1889, à quatre heures de l'après-midi (grand amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— *Cours de pathologie et thérapeutiques générales.* — M. le professeur Bouchard commencera le cours de pathologie et thérapeutique générales le mardi 26 mars 1889, à cinq heures de l'après-midi (petit amphithâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— *Cours de physiologie.* — M. le professeur Ch. Richet commencera le cours de physiologie le samedi 30 mars 1889, à cinq heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— *Cours de pathologie interne.* — M. le professeur Damaschino commencera le cours de pathologie interne, le mardi 26 mars 1889, à trois heures (grand amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. — Objet du cours : « Maladies tuberculeuses et cancéreuses. »

— *Cours de médecine légale.* — M. le professeur Brouardel commencera le cours de médecine légale, le lundi 25 mars 1889, à quatre heures (grand amphithéâtre), et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. — Il traitera des blessures et des intoxications aiguës.

— *Conférences de pathologie interne.* — M. Hanot, agrégé, commencera ces conférences le mardi 26 mars 1889, à quatre heures de l'après-midi (petit amphithéâtre), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— *Conférences de pathologie infantile.* — M. Hutinel, agrégé, commencera les conférences de pathologie infantile le mardi 26 mars 1889, à trois heures de l'après-midi (petit amphithéâtre), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— *Travaux pratiques d'histologie* (sous la direction de M. Rémy, agrégé, chef des travaux). — Les travaux pratiques d'histologie du semestre d'été commenceront le jeudi 21 mars 1889 et se continueront les samedis, mardis et jeudis de chaque semaine, d'une à trois heures de l'après-midi (Ecole pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine).

Les travaux pratiques d'histologie sont obligatoires, pendant

le semestre d'été, pour tous les élèves de seconde année. (Les étudiants pour l'officiat ne sont pas astreints à ces travaux.)

MM. les étudiants seront convoqués individuellement par une lettre spéciale.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Imbert, agrégé, est chargé d'un cours de physique.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Zilgien, ancien aide d'anatomie, est nommé chef des travaux d'anatomie pathologique à ladite Faculté, en remplacement de M. Ehrmann, démissionnaire.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Arnozan, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire des maladies syphilitiques et cutanées.

École de médecine d'Amiens. — M. le docteur Moulongret est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

École de médecine de Caen. — M. Guillet, suppléant, est chargé d'un cours de pathologie externe et de médecine opératoire.

École de médecine de Limoges. — M. le docteur Delotti est institué suppléant des chaires de pathologie, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale.

École de médecine de Rouen. — M. Gascard est institué suppléant des chaires de physique et de chimie.

Asiles d'aliénés. — Par arrêté ministériel, en date du 2 mars 1889, M. le docteur Donnet, directeur-médecin de l'asile public d'aliénés de Vaucluse, est mis en disponibilité, sur sa demande, et remplacé par M. le docteur Bondrie, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Bassens (Savoie).

— Les concours pour les places de médecins-adjoints se sont terminés par les nominations suivantes :

Région de Lille : M. Journiac. — *Région de Lyon :* MM. Chaumier et Barthomeux. — *Région de Nancy :* M. Sizaret. — *Région de Paris :* MM. Sérieux, Arnaud et Combemale.

Corps de santé militaire. — *Liste des médecins qui ont produit les meilleurs travaux scientifiques en* 1888. — MM. Delahousse : Etiologie de la fièvre typhoïde. Microbisme et leucomaïsme. — Augarde : Rapport sur l'épidémie de rougeole qui a sévi sur la garnison de Bayonne en mai, juin et juillet 1888. — Camus : Exposé de l'organisation des lazarets militaires de Sidi-Ferruch et de Matifou, en 1886-1887. — Eude : La rougeole et les oreillons au 90e régiment d'infanterie, à Châteauroux, pendant l'hiver 1887-1888. — Geschwind : Recherches sur la fièvre typhoïde dans la garnison de Mostaganem. Rôle de l'eau d'alimentation. — Jeunehomme : L'étiologie de la malaria, d'après les observations anciennes et modernes. — Longet : Relation d'une épidémie de scarlatine ayant sévi sur la garnison de Givet, avec des formes et des complications graves, du 26 septembre 1887 au 11 mai 1888. — Poulet : De l'ostéo-périostite rhumatismale des métatarsiens au 3e régiment de zouaves. — Darde : De l'emploi de l'eau chaude dans le traitement des entorses et des fractures périarticulaires. — Duléry : De l'emploi de l'iodoforme pour les premiers pansements des blessures de guerre et dans le traitement des affections tuberculeuses locales. — Escard : Accidents consécutifs à la morsure d'une vipère à cornes ; traitement par les injections hypodermiques de permanganate de potasse ; guérison. — Lagrange : La pathologie des Européens à Hué. — Mackiewicz : Essai sur la valeur des indications fournies par les différents périmètres pour juger de l'aptitude au service militaire. — Pauzat : Rapport sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a frappé le 115e d'infanterie, du 23 novembre 1887 au 3 février 1888. — De Schuttelaere : Rapport sur le choléra au Tonkin. — Tartière : Observation d'un cas de mutisme hystérique. — Dupeyron : Rapport sur les vaccinations et les revaccinations pratiquées au 143e régiment d'infanterie pendant le mois de décembre 1887. — Hublé : Mémoire sur les vaccinations et les revaccinations pratiquées en 1887 ; résultats comparatifs du vaccin humain et du vaccin de génisse conservé et considérations sur les causes qui influencent ces résultats. — Maubrac : Plaies de la veine fémorale par armes à feu. — Lafforgue : De l'atrophie testiculaire consécutive à l'orchite des oreillons ; symptômes et anatomie pathologique.

Congrès français de chirurgie en 1889. — La quatrième session du Congrès français de chirurgie se tiendra du 7 au 13 octobre 1889, à Paris, sous la présidence de M. le baron Larrey.

Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour : 1° résultats immédiats et éloignés des opérations pratiquées pour des tuberculoses locales ; 2° traitement chirurgical de la péritonite ; 3° traitement des anévrysmes des membres.

Congrès international de thérapeutique et de matière médicale. — Ce Congrès aura lieu à Paris, du 1er au 5 août 1889, à l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente. Pourront en faire partie tous les médecins, pharmaciens et vétérinaires qui auront envoyé leur adhésion et payé la cotisation de 10 francs.

Le bureau du Comité d'organisation est ainsi composé : MM. Montard-Martin, *président ;* Dujardin-Beaumetz, *vice-président ;* Constantin Paul, *secrétaire général ;* P.-G. Bardet, *secrétaire général adjoint ;* Labbé, *secrétaire de la section de thérapeutique,* et R. Blondel, *secrétaire de la section de matière médicale.*

Le Congrès sera divisé en deux sections : l'une de *thérapeutique,* l'autre de *matière médicale.* Chacune des deux sections pourra délibérer à part dans des salles séparées, aux séances de la matinée consacrées aux questions particulières laissées au choix des membres du congrès ; les séances du jour seront communes et réservées à la discussion des questions posées par le Comité d'organisation du congrès.

Première question. — *Des antithermiques analgésiques :* Chimie et pharmacologie de ces corps ; action physiologique et usages thérapeutiques ; lois qui peuvent permettre d'établir une relation entre la fonction chimique et la fonction physiologique. (Rapporteur, M. Dujardin-Beaumetz.)

Deuxième question. — *Des antiseptiques propres à chaque espèce de microbes pathogènes :* Valeur proportionnelle des antiseptiques, leur action spéciale ; étude de leur mode d'absorption et des meilleurs procédés d'administration. (Rapporteur, M. Constantin Paul.)

Troisième question. — *Des toniques du cœur :* leur nature, leurs actions spéciales ; valeur relative des plantes et de leurs principes actifs, alcaloïdes et glucosides. (Rapporteur, M. Bucquoy.)

Quatrième question. — *Des nouvelles drogues d'origine végétale récemment introduites dans la thérapeutique.* (Rapporteur. M. Planchon.)

Cinquième question. — *Unification des poids et mesures employés dans les formules ; de l'utilité d'une pharmacopée internationale.* (Rapporteur, M. Shaer, de Zurich.)

Les membres du Congrès qui comptent faire une communication sont priés d'en annoncer le titre au secrétaire du comité avant le 15 mai prochain. Les communications et discussions seront réunies dans un volume qui sera imprimé par les soins du comité d'organisation et sera adressé à chaque adhérent.

Une exposition de drogues simples se rapportant aux questions posées par le Comité aura lieu au siège du congrès pendant la durée de la session ; elle sera organisée par les soins de MM. Adrian et Blondel.

On est prié d'adresse toutes les adhésions et communications à M. le docteur Bardet, secrétaire général adjoint du comité d'organisation, 119 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, à Paris.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer le décès de M. le docteur Dennecé, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Bordeaux, associé national de l'Académie, auquel ses travaux de chirurgie ont valu une réputation méritée ; de MM. les docteurs Bodereau, médecin en chef de l'hôpital du Mans ; Herbelin (de Nantes), et G. Johnston, président du King and Queen's College of physician, de Dublin.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

18638. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

SUPPLÉMENT THÉRAPEUTIQUE

DE LA

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Le Gaïacol.

En 1887, il a paru dans le n° 20 du *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte*, un travail du docteur Sahli sur le Gaïacol. Ce médecin s'est proposé de substituer ce corps à la créosote dont il fait partie dans la proportion de 60 à 90 pour 100. En effet, la créosote n'est pas une espèce chimique définie, mais un mélange de plusieurs composés appartenant à la classe des phénols.

En 1888, M. Fraentzel (*Therapeutische Monatshefte*, n° 4), se basant sur une communication personnelle du professeur Penzoldt, qui croit que le Gaïacol est la substance active dans la créosote, a employé le Gaïacol dans plus de douze cas de tuberculose, et a obtenu les mêmes résultats qu'avec la créosote.

Le Gaïacol se prépare, d'après le procédé de Fischer, par distillation du bois de hêtre et se sépare vers 200 degrés. Les produits recueillis à cette température sont traités par plusieurs réactifs et soumis plusieurs fois à des distillations fractionnées.

A l'état pur, le Gaïacol constitue un liquide incolore, d'une odeur aromatique agréable, ce qui est un avantage sur la créosote.

Fischer a indiqué plusieurs procédés pour s'assurer de la pureté du Gaïacol. Un de ces moyens consiste à agiter 2 centimètres cubes de Gaïacol avec 4 centimètres cubes de benzine de pétrole à la température de 20 degrés. Si le Gaïacol est pur, il se sépare rapidement et en totalité. Si on a affaire à du Gaïacol du commerce qui, d'après Fischer, ne renferme quelquefois que 35 pour 100 de Gaïacol, il se fait une solution claire; rien ne se sépare.

Il est de première importance de s'assurer d'un produit bien préparé, parfaitement pur et bien conservé; les effets thérapeutiques dépendent évidemment de ces conditions.

L'action thérapeutique du Gaïacol est très voisine de celle de la créosote. Sahli a expérimenté sur un grand nombre de phthisiques et a vu la toux, surtout au début de la phthisie, promptement calmée. Quand l'expectoration est pénible et les sécrétions abondantes, le Gaïacol fluidifie les mucosités et les diminue progressivement.

Le Gaïacol convient à tous les cas de phthisie lente qui exigent un long traitement.

Quand le Gaïacol est bien supporté, l'appétit ne tarde pas à se relever ainsi que l'état général.

C'est un médicament, comme la créosote, à continuer pendant des semaines et des mois.

Tout récemment, un médecin des hôpitaux de Paris a fait usage de ce médicament sous forme de Perles contenant chacune 5 centigrammes de Gaïacol pur en solution dans l'huile de faîne. Ces Perles ont été préparées sur sa demande suivant le procédé du docteur Clertan, par la maison L. Frere. Les résultats obtenus seront l'objet d'un travail ultérieur, mais déjà nous savons qu'ils confirment de tous points les travaux des médecins étrangers.

La dose usitée de Gaïacol est de 15 à 20 centigrammes par jour environ, ce qui correspond à trois ou quatre Perles; mais il peut être administré à des doses beaucoup plus élevées.

THÉRAPEUTIQUE

Salicylate de mercure.

Une communication du docteur Silva Araujo à la Société de polyclinique générale de Rio-de-Janeiro a appelé l'attention sur cette combinaison hydrargyrique. Cet auteur lui reconnaissait de sérieux avantages qu'il résumait ainsi :

1° Le salicylate de mercure est facilement supporté par l'estomac; il n'occasionne ni les gastralgies, ni les entéralgies ou coliques, ni la diarrhée qui sont fréquemment l'effet des autres préparations mercurielles, sans y excepter le protoiodure et le tannate de mercure dont il a été fait récemment un si large emploi;

2° Le salicylate de mercure n'a jamais produit la stomatite mercurielle;

3° A l'intérieur le salicylate de mercure agit avec plus de promptitude qu'aucun autre des sels de mercure usités jusqu'à ce jour.

A la suite de cette publication le docteur Carl Szadek, de Kiew, a administré le salicylate de mercure dans vingt-cinq cas de syphilis.

Les observations du médecin russe confirment entièrement les résultats annoncés par le docteur Araujo, de Rio. Dans aucun cas la médication n'a occasionné de désordres des organes digestifs, ni stomatite, ni salivation lorsque la bouche et les dents étaient en bon état.

Plus récemment, le professeur Swimmer, de Budapest, a demandé à la maison L. Frere, de Paris, de lui préparer, suivant son procédé d'enrobage et d'impression, des pilules *imprimées*, de salicylate de mercure, à la dose d'un centigramme. Le sel lui-même a été préparé de toutes pièces au laboratoire de cette importante maison.

Le professeur de Pest donne cinq de ces pilules par jour, tandis que le docteur Silva Araujo a formulé des pilules de 25 milligrammes dont il donnait trois par jour.

Nous pensons que, d'une manière générale, la dose du professeur hongrois convient mieux pour une médication qui doit être fractionnée et progressivement croissante. D'ailleurs, il est toujours facile d'augmenter le nombre des pilules.

THÉRAPEUTIQUE

Caractères chimiques de la peptone.

Une bonne peptone, pour être assimilable, doit remplir les conditions suivantes :

Emploi de viande de bœuf de première qualité, sans muscle ni graisse; rejet absolu de la viande de cheval, avec laquelle on baisse le prix.

Digestion de cette viande de bœuf avec la pepsine dialysée pure, jamais par les acides seuls.

Après la digestion, la peptone obtenue doit être neutre, ne contenir ni glucose, ajoutée souvent pour augmenter la densité au détriment de la quantité de viande employée, ni phosphates artificiels, pour augmenter les phosphates naturels, ni chlorure de sodium ou sel marin provenant de l'emploi de l'acide chlorhydrique pour la digestion de la viande, ni tartrate de soude, quand on s'est servi d'acide tartrique dans le même but.

Une solution de peptone pure doit être limpide et ne pas précipiter par l'acide azotique, ce qui est la conséquence d'une digestion parfaite.

La peptone Chapoteaut remplit exactement toutes ces indications ; c'est à sa pureté, à sa régularité de préparation et d'action qu'elle doit d'être la seule employée dans le laboratoire de M. Pasteur pour les opérations si délicates de culture des organes microscopiques, et dans tous les laboratoires de physiologie.

Au Ministère de la Marine, les navires qui font le service de la Cochinchine et du Tonkin doivent être, par décision ministérielle, approvisionnés de la peptone Chapoteaut, car c'est le plus puissant moyen de nourrir les malades atteints de la diarrhée, du choléra ou du typhus; ce traitement est de beaucoup plus actif que le régime lacté.

La peptone Chapoteaut est employée sous les formes suivantes :

POUDRE DE PEPTONE CHAPOTEAUT.

Elle représente cinq fois son poids de viande de bœuf et s'emploie dissoute dans du thé, du bouillon ou du potage, pour augmenter leur puissance nutritive, ou dans de l'eau tiède pour lavements. La peptone en poudre supprime l'emploi des peptones liquides, sujettes à s'altérer si elles ne contiennent pas soit de l'alcool, soit de la glycérine.

VIN DE PEPTONE CHAPOTEAUT.

Ce vin est alimentaire par excellence ; il est agréable au goût, se conserve bien et contient, par verre à bordeaux, la peptone de 10 grammes de viande de bœuf.

Il s'emploie dans tous les cas où il est nécessaire de relever et de soutenir les forces des malades, d'assurer une alimentation et une digestion régulières.

Dose : un demi-verre à vin de Bordeaux après les repas.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

18598. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

BULLETIN

Paris, 27 mars 1889.

Académie de médecine : **Le tétanos. — Les poêles mobiles.** — *Société médicale des hôpitaux :* **Les maladies éruptives contagieuses. — Nouvelle organisation du Val-de-Grâce.**

S'il est vrai qu'il soit possible de juger la valeur d'une théorie scientifique par ses applications pratiques et s'il est juste de reconnaître que, en prophylaxie aussi bien qu'en thérapeutique, la nature des maladies peut être parfois reconnue par les procédés qui servent à les guérir, les préceptes prophylactiques qui terminent le travail de M. Verneuil ne trouveront plus de contradicteurs. En admettant même qu'on ne considère point le tétanos comme une maladie infectieuse transmissible des solipèdes à l'homme, et tout en niant son origine équine, nul ne pourra se refuser à considérer comme utiles les précautions indiquées pour soustraire les blessés à une contamination au moins possible. L'isolement des tétaniques, la purification antiseptique des instruments et des objets qui auront servi à les panser, le nettoyage des plaies suspectes, les procédés conseillés en vue d'empêcher le tétanos du cheval de se développer après la castration constituent toute une série de mesures dont l'utilité est indiscutable.

L'immense quantité de documents analysés par M. Verneuil, le talent avec lequel il les a groupés pour en déduire les conclusions théoriques qu'on lira plus loin (p. 211) donnent à cette étude sur le tétanos une importance considérable. Il paraît impossible que de nouvelles recherches dirigées dans une voie si magistralement tracée n'aboutissent pas à quelques résultats définitifs.

La discussion sur les dangers d'intoxication oxycarbonée que présentent les poêles mobiles s'est brillamment ouverte par des communications de MM. Vallin, Le Roy de Méricourt et Dujardin-Beaumetz. Un grand nombre d'orateurs sont inscrits pour les séances prochaines. C'est dire que la question soulevée par M. Lancereaux est difficile à résoudre ou bien que les inconvénients à signaler sont nombreux. Aussi aimerait-on à voir, s'il est possible, les débats se préciser et s'ordonner. Quelles sont les questions à examiner ? 1° Les poêles à combustion lente, tels qu'ils existent aujourd'hui, présentent-ils des inconvénients graves ? 2° Les intoxications observées sont-elles réellement dues au fonctionnement régulier de l'appareil ou à des fautes commises dans son usage ? 3° Ces fautes peuvent-elles être évitées ? 4° En cas de réponse affirmative, comment en informer le public avec une précision suffisante ? 5° Dans le cas contraire, faut-il résolument proscrire l'emploi des poêles à combustion lente, ou doit-on laisser payer d'accidents dont on ignore généralement le nombre et la gravité, les avantages économiques de ce nouveau procédé de chauffage ?

Tels sont les points qui seront vraisemblablement soulevés ; il y aurait tout intérêt à les discuter successivement, puisqu'ils dérivent les uns des autres, et il y aurait sans doute des inconvénients à les confondre. Ce qui domine, en effet, c'est la nature et l'étendue du danger qu'offrent les nombreux poêles à combustion lente qui se disputent la faveur du public et nous souhaitons que des expériences démonstratives et contradictoires puissent enfin donner des indications nettes et précises sur ce point fondamental. Il n'est pas douteux que la combustion y soit incomplète, mal réglée et que le bénéfice de l'appareil tienne en grande partie à ces conditions ; quant aux dispositions qu'ils exigent pour la rapide évacuation des gaz produits, le tirage énergique, rapide et efficace, l'impossibilité de tout retour dans la pièce, il est bien peu de cheminées qui les assurent dans nos constructions contemporaines. Il faut aussi songer que le bon marché de ces poêles en rend l'usage presque indispensable, à moins qu'il ne doive être proscrit, dans les logements populaires, où il est souvent matériellement impossible de changer l'appareil de local pendant la nuit et de prendre des précautions convenables. Si donc, nous le répétons, il était définitivement prouvé qu'il y a un réel danger à user de ces appareils et qu'il n'y existe aucun remède faudrait-il aller jusqu'à les tolérer, au nom de cette liberté du suicide que les économistes de l'école aujourd'hui dominante considèrent comme la règle fondamentale en matière d'hygiène des habitations privées ? La discussion prochaine, qui n'a été qu'amorcée hier, permettra, sans doute, de conclure sur ces divers points.

— Sur la proposition de M. Grancher, une commission, composée de tous les médecins des services hospitaliers où

sont traitées les maladies de l'enfance, vient d'être appelée à rédiger un rapport dont les conclusions devront établir ce que nous savons au sujet du mode de propagation des maladies éruptives, ce que l'on peut tenter pour en diminuer le nombre et la gravité. Il convient d'applaudir sans réserves à cette décision et d'émettre le vœu que les médecins des services d'enfants tiennent tous à honneur de donner leur avis et de s'entendre pour arriver à préciser un peu la question qui vient d'être discutée devant la Société des hôpitaux.

Comme l'a si bien dit M. Grancher, à moins de discuter indéfiniment des questions insolubles et de demander à l'administration de l'Assistance publique des mesures impraticables, il faut, dans toutes ces question de contagion, tenir compte de ce qui paraît démontré, laisser dans l'ombre ce qui n'est que probable et surtout n'imposer aux médecins que des réformes pratiques et vraiment utiles. A ces divers points de vue, l'isolement cellulaire dont a parlé M. Richard est une de ces mesures radicales auxquelles on ne peut songer non seulement pour les malades de l'hôpital qui, en cas d'épidémie, sont beaucoup trop nombreux, mais même pour les malades de la ville. Il n'est pas un médecin un peu expérimenté, un peu au courant des nécessités de la clientèle privée, qui ne sache traiter les rubéoliques et éviter les complications qu'ils présentent parfois, sans recourir à des procédés tout à fait inapplicables. Le mot *antisepsie médicale*, si souvent prononcé dans cette discussion, équivaut pour nous au mot propreté. Encore ne faudrait-il point croire que la propreté d'un rubéolique exige une aération trop souvent suivie de refroidissements graves. Dans l'épidémie qui sévit en ce moment encore et qui a rarement été plus intense que cette année, la mortalité par rougeole, au moins dans la classe aisée, est à peu près nulle, et nous croyons n'avancer que des opinions admises par tous les médecins d'enfants, en disant qu'il est des épidémies bénignes et des épidémies graves, que les précautions antiseptiques ne sont vraiment utiles que dans certains cas déterminés et excessivement rares en ce qui concerne la rougeole. Nous ne doutons point dès lors que la Commission nommée par la Société des hôpitaux ne laisse de côté ce sujet, un peu étranger aux préoccupations des praticiens, et qu'elle ne s'applique surtout à préciser, en tenant compte des diverses maladies éruptives, le moment où commence et surtout celui où finit le danger au point de vue de la contagion.

En ce qui concerne la rougeole, la question paraît simple; elle pourrait être facilement résolue. Il semble surabondamment démontré que la rougeole est contagieuse et surtout contagieuse dès le début de la période d'invasion, c'est-à-dire pendant les quatre ou cinq jours qui précèdent l'apparition de l'exanthème et pendant toute la durée de celui-ci. Or, que se passe-t-il trop souvent? Un enfant est atteint de rougeole dans une famille qui compte cinq ou six frères et sœurs. On isole — ou l'on prétend isoler — le malade, afin de préserver ceux qui vivent près de lui. Ceux-ci continuent à sortir, à assister à des cours, à se mettre en contact avec d'autres enfants; mais ils ont gagné la maladie avant même que le médecin ait été appelé; et, successivement atteints après dix, quinze, dix-huit jours, ils transmettent autour d'eux le germe de la rougeole qu'on ne reconnaît que le jour où il est trop tard pour en empêcher la propagation. Ne diminuerait-on pas notablement le nombre des rubéoliques en exigeant que les écoles, les cours publics, les matinées, etc., soient interdits à tous les enfants n'ayant point encore eu la rougeole, mais appartenant à une famille dans laquelle se trouvera un rubéolique et cela pendant les vingt jours qui suivront la guérison de ce rubéolique? Ne faudrait-il pas, dans les internats, isoler tout de suite à l'infirmerie et les y garder pendant vingt jours le rubéolique et ses voisins immédiats?

En un mot, ne devrait-on pas poser en principe que toutes les fois que la rougeole a frappé un enfant, tous ceux qui ont vécu côte à côte avec lui pendant les quatre ou cinq jours qui ont précédé l'éruption, devront être considérés comme suspects et traités en conséquence? Par contre n'est-il pas exagéré de considérer comme contagieux et devant rester isolés les enfants dont l'éruption a disparu depuis huit jours? Un ou deux bains ne suffiraient-ils pas pour les purifier et la durée totale de l'isolement pour la rougeole ne devrait-elle pas être limitée à dix ou douze jours au plus après l'apparition de l'exanthème?

Pour la coqueluche et surtout pour la scarlatine, la question est plus difficile à résoudre. La toux reste quinteuse dans la coqueluche pendant de longues semaines et cependant la maladie, elle aussi, ne se transmet guère que durant la première période et surtout ne se transmet que par un contact immédiat ou prolongé. Est-il possible, en effet, d'admettre que le seul changement d'air suffira à guérir une maladie spécifique? Et si l'on pense que le changement d'air n'a d'autre effet que d'atténuer les crises qui s'observent dans le cours d'une affection spasmodique, on reconnaîtra qu'à partir du moment où le changement d'air est efficace, c'est-à-dire trente ou quarante jours après le début de la coqueluche, l'élément infectieux de la maladie peut être considéré comme ayant fait place à l'élément purement spasmodique. A ce moment la coqueluche ne doit plus être contagieuse. Or, si l'on peut démontrer — et nous croyons qu'on peut le faire sans danger aucun — que la rougeole n'est plus contagieuse huit jours après que l'éruption a disparu, et cela en faisant à ce moment passer les malades des salles d'isolement dans les salles communes, on pourra peut-être, en procédant de même, démontrer que, malgré la persistance des quintes convulsives, la coqueluche n'est plus contagieuse après trente ou quarante jours.

Il n'en sera pas autrement pour la scarlatine. La durée de la desquamation n'est pas toujours en rapports directs avec la durée de la contagiosité de la maladie. Celle-ci n'est guère transmissible pendant la période d'invasion; elle l'est davantage pendant la période de desquamation. Mais il ne faudrait pas pour ce motif condamner à l'isolement un malade qui pèlera pendant deux ou trois mois comme nous en avons vu des exemples. A ce point de vue également il y aurait une expérience à tenter en favorisant la rentrée des malades dans les salles communes après trente ou quarante jours et un ou deux bains savonneux.

Quant à la diphthérie, nous pensons que l'on se mettra d'accord pour affirmer que la maladie n'est contagieuse que durant le développement des fausses membranes qui la caractérisent. Lorsque l'angine est bien guérie, ce qui varie singulièrement suivant les sujets; lorsque les manifestations extérieures de la maladie ne sont plus visibles, celle-ci peut être considérée comme n'étant plus contagieuse; mais, pour la diphthérie surtout, il importe de bien désinfecter tous les vêtements, tous les instruments, tous les meubles, rideaux, tapis, tentures, etc., qui ont pu recevoir et garder les germes infectieux.

Après la discussion qui vient d'occuper plusieurs séances

de la Société des hôpitaux et qui aboutira, nous l'espérons, à une série de conclusions précises, nous devons nous borner à ces quelques réflexions. Notre but, en les écrivant, est surtout de bien faire comprendre qu'il y a quelque chose à tenter, non seulement à l'hôpital, mais encore et surtout en dehors de l'hôpital, pour arriver à enrayer le développement des maladies contagieuses de l'enfance. A l'hôpital, l'encombrement, la malpropreté, etc., etc., peuvent, nous le reconnaissons, aggraver la maladie et donner naissance à un plus grand nombre de cas intérieurs. Dans le milieu nosocomial, les précautions antiseptiques sont donc nécessaires. Hors de l'hôpital, ce qu'il faudrait, c'est, après avoir bien précisé les modes de contagion et la durée de la maladie, indiquer et au besoin imposer les mesures nécessaires pour en arrêter la propagation. Ces mesures semblent assez faciles à prescrire et les familles les accepteront sans grandes difficultés le jour où elles seront assurées qu'elles sont imposées partout, dans les collèges, dans les écoles, dans toutes les agglomérations d'enfants.

— Un décret publié il y a quelques jours dans le *Journal militaire officiel* modifie en certains points l'organisation de l'École du Val-de-Grâce. Désormais, l'hôpital du Val-de-Grâce, sous le nom d'*hôpital d'instruction*, est rattaché à l'École d'application de médecine militaire et placé sous les ordres immédiats du sous-directeur. Cette mesure, depuis longtemps réclamée et toujours ajournée, a l'avantage de mettre le personnel enseignant hors de l'autorité collatérale du directeur du service de santé du gouvernement de Paris, et de rendre plus faciles les rapports journaliers du médecin chef avec son supérieur hiérarchique. Nous approuvons moins le maintien au Val-de-Grâce des aides-majors surveillants, promus au grade de médecin-major de 2e classe; mais nous regrettons surtout l'article qui autorise le directeur à confier au *major* de l'école, dont les fonctions étaient jusqu'ici purement administratives, un service d'hôpital et même des conférences. Dans une institution où tout le personnel enseignant est arrivé par le concours, nous considérons comme une innovation dangereuse de mettre sur le même pied que les agrégés, voire même que les professeurs, un fonctionnaire qui n'a jamais eu à faire preuve de ses aptitudes à l'enseignement ou au traitement des malades. Les mesures de ce genre, prises sans le conseil ou l'assentiment de ceux qui auraient toute autorité pour les juger, sont essentiellement arbitraires. Il nous eût semblé plus urgent de renforcer l'enseignement chirurgical, que la suppression du professeur d'anatomie laisse grandement en souffrance depuis plus d'une année, et de rendre au corps enseignant la stabilité qui permet seule les travaux de longue haleine.

OBSTÉTRIQUE

Céphalotribe et basiotribe.

Lorsque, le fœtus étant vivant et se présentant par le sommet, le forceps, appliqué régulièrement et par suite solidement sur la tête au détroit supérieur rétréci, n'a pu, malgré des tractions soutenues mais sans violence, triompher de l'obstacle pelvien; ou bien encore quand le fœtus, se présentant dans les mêmes conditions, est mort au moment où l'intervention est possible ou s'impose, il ne reste au médecin élevé à l'école française, qu'une ressource pour terminer l'accouchement en faisant courir à la mère le moins de risques possible : la réduction du volume de la tête fœtale par perforation et broiement.

Deux instruments sont, à l'heure actuelle, employés dans ce but: le céphalotribe et le basiotribe. Malgré les immenses avantages que présente celui-ci comparé à celui-là, c'est malheureusement encore au céphalotribe que la grande majorité des médecins français donnent la préférence. Les uns semblent obéir à ce penchant de l'esprit qui, comme le dit si bien Pajot, nous fait plus ou moins réfractaires à un moyen nouveau tombant au beau milieu de notre carrière et d'une position déjà faite. Les autres, sans parti pris, et c'est le plus grand nombre, n'ont eu ni l'occasion, ni le loisir d'apprendre à connaître, dans les mémoires et les journaux spéciaux (1), les avantages du basiotribe sur son aîné. C'est pour ces derniers que je voudrais examiner ici ce qu'était naguère (j'entends au point de vue mécanique) la céphalotripsie, avec l'instrument plus ou moins modifié de Baudelocque neveu, et ce qu'elle est devenue avec le basiotribe Tarnier.

I

L'idéal sans cesse rêvé et poursuivi depuis 1829 par les accoucheurs réduits à pratiquer la céphalotripsie a été le suivant : broyer la tête (voûte et *base*) d'une façon suffisante pour lui permettre de franchir le rétrécissement sans risques pour les parties molles; conserver sur la tête broyée une prise suffisamment solide pour l'entraîner au dehors sans déraper; réduire autant que possible la durée de l'acte opératoire.

Or, dans un grand nombre de cas, même dans les rétrécissements moyens qui de beaucoup les plus communs nous occuperont d'abord, le céphalotribe était, de l'avis de ceux-là mêmes qui le maniaient avec le plus d'habileté, impuissant à réaliser ces desiderata.

Certes, lorsqu'il saisissait bien la tête, il la broyait fort bien. Mais le malheur était que trop souvent il la saisissait mal parce que non engagée, mobile, elle remontait en fuyant au-dessus de l'instrument, ou s'échappait en avant ou en arrière des cuillères, à la façon du noyau de cerise pressé entre deux doigts. Un aide habile peut, il est vrai, en l'immobilisant par pression au travers des parois abdominales, parer dans une certaine mesure au premier de ces inconvénients; mais il est trop souvent impuissant à empêcher le glissement horizontal. La tête échappe ainsi à l'action du céphalotribe qui n'en broie qu'un segment (la voûte) et non la totalité.

Lorsque, ce broiement incomplet terminé, l'accoucheur cherche à engager la tête, à l'extraire après l'avoir fait tourner, il n'y peut parvenir; l'instrument dérape. « Malheureusement, écrivait M. Tarnier en 1865, l'application du céphalotribe est souvent imparfaite, et malgré toutes les précautions, le céphalotribe lâche prise et glisse sur la tête »; et plus tard, en 1876, il ajoutait: « Tous les céphalotribes connus ont l'inconvénient de lâcher prise. »

Que faire alors? Séance tenante, d'après la méthode préconisée par P. Dubois, on réappliquait l'instrument une seconde fois pour tâcher de compléter le broiement et de faire une prise plus solide; mais on se heurtait alors à une difficulté nouvelle: la tendance des cuillères à se réengager

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, décembre 1883; Pinard, *Annales de gynécologie*, novembre 1884; Bar, *Progrès médical*, décembre 1884.

dans leur premier sillon. On allait ainsi parfois jusqu'à trois, quatre, six interventions successives. Courbure des cuillères suivant les faces, courbure suivant les bords, rugosités de la face interne, crochets, fenêtres, saillies transversales, rien n'y faisait.

Devant l'impossibilité d'entraîner le fœtus avec le céphalotribe, même après des broiements multiples, on avait en avant-dernier ressort recours au cranioclaste, bon instrument d'extraction; et, si l'on échouait encore, à la version conseillée par Tarnier et Bertin.

II

J'ai dit que je ne parlais pour l'instant que des rétrécissements moyens. Il me suffirait d'ouvrir les thèses nombreuses publiées sur la céphalotripsie pour y puiser des observations probantes; je citerai seulement quelques faits récents.

Dans un recueil fort intéressant ayant pour titre : *Der Kaiserschnitt und seine Stellung zur künstlichen Frühgeburt, Wendung und Perforation bei engem Becken* (1888) et dans lequel Léopold vient de publier les résultats de sa pratique à la clinique de Dresde, je relève les quatre observations qui suivent:

Obs. I. — Sexipare, à terme (premier accouchement spontané lent, enfant vivant; deux accouchements terminés par le forceps, enfants vivants; deux terminés par craniotomie). Conjugué vrai de 8 centimètres ; enfant vivant. Perforation; deux applications du céphalotribe qui glisse deux fois. Extraction facile par la cranioclasie d'une fille de 3710 grammes. En tout quatre opérations successives.

Obs. II. — Primipare. Conjugué vrai de 7 centimètres. Perforation; deux applications du cranioclaste qui glisse deux fois; une application de céphalotribe qui dérape. Extraction, à l'aide du doigt, d'une fille de 2590 grammes.

Obs. III. — Primipare. *Bassin normal.* Éclampsie. Enfant vivant. Tentative infructueuse de forceps. Deux applications infructueuses du cranioclaste. Céphalotripsie également infructueuse. Extraction d'une fille de 3300 grammes à la suite d'une nouvelle cranioclasie.

Obs. IV. — Secondipare (premier accouchement terminé par le forceps. Enfant mort). Conjugué vrai de 75 millimètres. Version impossible. Tentative infructueuse de forceps. Perforation. Application du cranioclaste qui dérape. Céphalotribe qui dérape également. Extraction à l'aide du crochet aigu introduit dans l'orbite.

Je trouve d'autre part sur les registres de la Maternité de Lariboisière de 1882 à 1884 les six observations suivantes, les seules où l'on ait dû avoir recours au broiement de la tête:

Obs. I. — Primipare; bassin de 7 centimètres, asymétrique. Enfant mort à l'arrivée à la Maternité (pesant 3000 grammes). Craniotomie. Deux applications du céphalotribe (M. Pinard opérant).

Obs. II. — Primipare; bassin de 7 centimètres, asymétrique. Enfant mort à l'arrivée, non pesé. Craniotomie. Deux applications de céphalotribe (M. Pinard opérant).

Obs. III. — Primipare; bassin de 8 centimètres, canaliculé. Enfant mort par procidence du cordon (pesant 4000 grammes). Craniotomie. Quatre applications du céphalotribe (M. Pinard opérant).

Obs. IV. — Tertipare. Deux accouchements antérieurs spontanés à terme, par le sommet; premier enfant macéré, deuxième vivant. Bassin de 8 centimètres, canaliculé. Enfant mort par procidence du cordon (pesant 3200 grammes). Craniotomie. Une application du céphalotribe qui ne broie que la voûte et dérape. Extraction à l'aide du cranioclaste.

Obs. V. — Secondipare (c'est la femme de l'observation I). Enfant mort à l'arrivée (pesant 3000 grammes).Craniotomie; une application infructueuse du céphalotribe ; cranioclasie sans succès ; deuxième application du céphalotribe (M. Maygrier opérant).

Obs. VI. — Tertipare. Bassin de 87 millimètres. Deux accouchements antérieurs spontanés (enfants morts). Présentation de la face; enfant vivant (pesant 2800 grammes). Après échec du forceps, craniotomie. Trois applications du céphalotribe (M. Pinard opérant).

Une observation qui remonte à quelques mois, tirée des mêmes registres, vient encore à l'appui de ma thèse; je la résume brièvement :

Observation. — En octobre dernier se présentait à la Maternité de Lariboisière une femme de trente-cinq ans, arrivée au terme de sa neuvième grossesse.

Les premier, quatrième et septième accouchements ont été terminés par le forceps, les trois enfants sont nés vivants ; les deuxième et cinquième accouchements ont été spontanés, l'enfant présentant le sommet; les troisième, sixième, huitième grossesses ont avorté vers trois mois.

Lorsque cette femme arrive à l'hôpital, à neuf heures du soir, il y a dix-huit heures qu'elle est en travail et huit heures que la poche des eaux est rompue. L'enfant, encore vivant, mais qui rend son méconium et dont les battements cardiaques sont irréguliers et ralentis, présente l'extrémité céphalique un peu défléchie et mobile au-dessus du détroit supérieur. Un médecin de la ville a fait sans succès six tentatives d'applications de forceps. L'utérus est tétanisé. Temp., 38 degrés. Pouls rapide. Agitation.

Le bassin mesure 97 millimètres dans son diamètre promonto-sous-pubien.

Une application régulière de forceps, faite par l'interne du service, n'ayant pu engager la tête, M. Pinard est mandé. A son arrivée, l'enfant ayant succombé, M. Pinard se décide à réduire le volume de la tête fœtale. N'ayant pas de basiotribe sous la main, il a recours au céphalotribe. Après avoir pratiqué la craniotomie, il est obligé de faire successivement *six applications du céphalotribe*. Les cinq premières fois, la tête, très mobile, fuit en avant ou en arrière des cuillères, malgré tous les efforts de l'aide, et échappe au broiement. Ce n'est qu'à la sixième tentative qu'elle peut être solidement saisie du front à l'occiput et broyée.

Quelques tractions suffisent alors pour extraire facilement un fœtus de 2630 grammes. Les suites de couches ont été normales; la femme a quitté la Maternité le douzième jour.

Mais enfin, dans les faits précédents, avec bien de la peine, on est arrivé au but. « Quoi qu'on fasse cependant, dit M. Tarnier, il n'est pas toujours possible d'extraire la tête ; quelquefois les femmes succombent sans avoir été accouchées. » Un confrère de province, d'une très grande ville de province, me racontait récemment l'histoire d'une femme ayant un bassin de 7 centimètres et demi, qu'il vit mourir sans être accouchée après des applications réitérées du céphalotribe. Et l'opérateur est un accoucheur et un professeur de talent.

Si contre de tels écueils viennent se heurter des maîtres rompus par une pratique quotidienne à toutes les difficultés de l'obstétrique opératoire, que doit être la céphalotripsie entre les mains du praticien qui, à de rares intervalles, au cours de sa carrière, se trouve en face de cas

semblables? Et comment s'étonner des désastres qu'entraîne, par crainte du céphalotribe, l'emploi immodéré du forceps et de la version, voire de l'opération césarienne, dans des cas où, l'enfant étant mort, ces opérations sont contre-indiquées?

III

Dans les rétrécissements extrêmes, de 6 centimètres et au-dessous, les imperfections du céphalotribe étaient plus évidentes encore.

De l'avis unanime, la céphalotripsie devenait alors « une opération excessivement dangereuse, assez même pour qu'on ait pu dire, non sans raison, qu'elle compromettait la vie de la femme tout autant que l'opération césarienne, et cela sans la compensation offerte par cette dernière, la conservation possible et parfois probable de la vie fœtale » (Pajot). C'était de plus une opération très difficile, car « c'est justement dans ces rétrécissements excessifs que la tête restant fort élevée, fuit facilement devant l'instrument et n'est très ordinairement saisie que par la partie la plus accessible de la voûte » (Pajot).

Pour parer à la fois à ces dangers et à ces difficultés, le professeur Pajot avait imaginé sa merveilleuse méthode de céphalotripsie répétée sans tractions qui consistait à faire, à deux, trois ou quatre heures d'intervalle les unes des autres, deux à quatre séances d'un, deux ou trois broiements chacune, et à confier à la nature l'expulsion de la tête ainsi réduite. C'était là un grand progrès, mais qui était loin, on en conviendra, de réduire au minimum l'acte opératoire.

J'en ai dit assez, je pense, pour montrer combien, dans ces conditions, était justifié le jugement porté jadis par M. Tarnier sur la céphalotripsie:

« Indépendamment des difficultés qui compliquent cette opération, on lui reproche d'exiger souvent un temps fort long, des manœuvres nombreuses, de causer ainsi l'épuisement des femmes, de les exposer à des inflammations de la plus haute gravité, de produire quelquefois des violences traumatiques mortelles; on peut encore ajouter que parmi les femmes qui guérissent, quelques-unes ont présenté des fistules vésico-vaginales. Que répondre à cela, si ce n'est que personne ne conteste la gravité de la céphalotripsie; d'ailleurs comment faire mieux? »

M. Tarnier a répondu lui-même à sa question en imaginant en 1883 le basiotribe.

IV

Cet instrument se compose, comme le montre la figure ci-jointe (fig. 1), de trois branches d'inégale longueur, étagées, et d'une vis d'écrasement. Long de 41 centimètres, il mesure 4 centimètres d'un côté à l'autre quand il est articulé et serré.

La branche médiane (fig. 1 et 2 A), la plus courte, porte un perforateur alésoir que l'on fait pénétrer dans le crâne par un mouvement de rotation jusqu'à ce que sa pointe soit arrêtée par la résistance de la base, avec laquelle elle devra rester en contact jusqu'à la fin de l'opération.

La branche gauche (fig. 1 et 2 B), analogue à la branche gauche d'un forceps, est ensuite appliquée comme s'il s'agissait du forceps et articulée avec la branche médiane.

Branche médiane et branche gauche sont alors rapprochées par la vis d'écrasement et broient une moitié de la tête. Un petit crochet maintient ces deux branches rapprochées pendant qu'on enlève la vis d'écrasement.

La branche droite (fig. 1 et 2 C), la plus longue de toutes, est ensuite appliquée et articulée comme la branche droite d'un forceps, et la vis d'écrasement (fig. 1 et 2 D), mise de nouveau en place et en action, rapproche cette branche des deux premières.

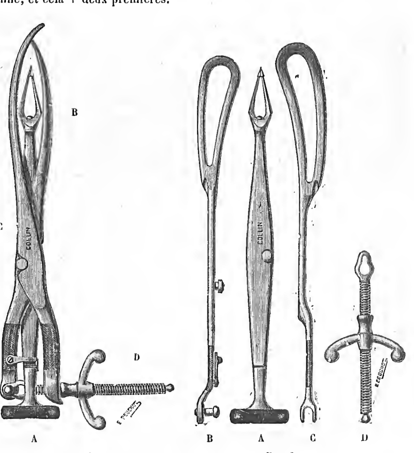


Fig. 1. Fig. 2.

La tête est ainsi écrasée en deux broiements successifs, moitié par moitié, puis l'on procède à son extraction. Je ne puis décrire ici en détail le manuel opératoire de la basiotripsie. Ceux de nos lecteurs qu'aura convaincus la lecture de cet article, trouveront ce manuel exposé tout au long dans le mémoire publié en 1885 par mon maître M. Pinard (1) et qui renferme en outre les premiers résultats cliniques obtenus à l'aide du basiotribe.

Les avantages du basiotribe sur le céphalotribe sont, au point de vue théorique, les suivants:

1° Le perforateur et la branche gauche forment un appareil de fixation empêchant la tête, voûte et base, d'échapper par glissement vertical ou horizontal au broiement de la grande branche;

(1) *Le Basiotribe Tarnier.* In-8° de 65 pages, avec 11 figures et 2 planches en chromolithographie. Paris, Steinheil, 1885.

2° Lorsque le broiement est terminé, la tête est solidement saisie et tout dérapement est impossible.

« Le maniement de cet instrument, concluait M. Tarnier (dans une note lue à l'Académie de médecine en décembre 1883), est d'ailleurs analogue à celui du céphalotribe et du cranioclaste, mais il leur est supérieur et offre, comparativement, de très grands avantages, si je m'en rapporte aux expériences cadavériques que j'ai faites. »

La clinique est ici d'accord avec les expériences cadavériques. Je reprends en effet les registres de la Maternité de Lariboisière et j'y vois ceci :

De 1884 à 1889, il a été pratiqué dans cet établissement, par M. Pinard ou ses élèves, trente-deux basiotripsies pour des rétrécissements variés du bassin (rétrécissement minimum, 55 millimètres).

Trente fois une seule application du basiotribe a suffi pour permettre l'extraction immédiate, et, je n'ai pas besoin de le dire, sans tractions violentes.

Deux fois, de propos délibéré, pour éviter dans les tractions l'emploi de la force, et alors que l'instrument tenait solidement, le premier broiement a été, sans retrait du perforateur, doublé d'un second, immédiatement suivi de l'engagement *spontané* de la tête réduite au maximum.

Cette statistique démontre d'une façon irréfutable les immenses avantages du basiotribe sur le céphalotribe. Le basiotribe est tout ensemble perforateur parfait, broyeur et extracteur excellent. Il réduit au minimum la durée de l'acte opératoire. Il remplace, sous un moindre volume, dans la trousse obstétricale, trois instruments : le perforateur, le céphalotribe et le cranioclaste, ce qui réduit à néant l'argument tiré contre lui de son prix élevé.

Grâce à lui, l'extraction, après broiement, de la tête dans les bassins viciés, est devenue une des opérations les plus simples de l'obstétrique, non pas seulement pour les maîtres, mais pour les débutants ; et nous pouvons dire hardiment, pour l'avoir éprouvé maintes fois, que la basiotripsie est infiniment moins difficile et moins troublante qu'une application de forceps au détroit supérieur rétréci.

H. Varnier.

CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES

Incompatibilité du salicylate de soude et de l'antipyrine en nature.

On associe parfois, dans une même formule, le salicylate de soude et l'antipyrine. Bien qu'il convienne de toujours donner ces médicaments l'un après l'autre plutôt que l'un avec l'autre, cette méthode n'a aucun inconvénient, lorsqu'on prescrit une *solution* d'antipyrine et de salicylate de soude. Tout autre serait la question si l'on voulait mélanger dans un cachet ou un paquet ces deux médicaments. Ainsi que l'a montré récemment à la Société de pharmacie notre collègue M. Prudhomme, ce mélange tache bientôt le papier ; il se forme assez rapidement un corps huileux qui, au bout de vingt-quatre heures, transforme le mélange en un magma pâteux et alcalin, dont la décomposition s'accroît de jour en jour. Il est donc de toute nécessité de ne jamais réunir dans un cachet l'antipyrine et le salicylate de soude. Sans rechercher s'il convient d'associer ces deux médicaments dans une même solution, je crois pouvoir affirmer que celle-ci se conservera indéfiniment et gardera la légère acidité que possède toujours le salicylate de soude.

Pierre Vigier.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Du traitement de l'eczéma de la dentition.

Pour M. E. Besnier, l'eczéma de la dentition est un eczéma réflexe du visage, parfois du dos de la main et du poignet avec sensibilité gingivale et salivation.

De là trois indications : 1° *calmer le prurit gingival* ; 2° *combattre l'insomnie* ; 3° *guérir l'état local.*

1° Pour *calmer le prurit gingival*, attouchement et frictions fréquentes des gencives avec le doigt trempé dans une solution ainsi formulée :

Hydrochlorate de cocaïne......	0,05 centigrammes.
Bromure de potassium........	0,50 —
Eau distillée / Glycérine } āā............	10 grammes.

2° Pour *combattre l'insomnie*, faire ingérer par cuillerées à soupe d'heure en heure la potion suivante :

Bromure de sodium..........	0,30 à 0,50 centigrammes.
Sirop de fleurs d'oranger......	60 grammes.

3° *Contre l'état local*, prescrire des onctions avec une pommade contenant :

Oxyde de zinc...............	10 grammes.
Vaseline....................	30 —

M. E. Besnier recommande en outre de recouvrir les régions malades d'un masque en toile de caoutchouc ou en mousseline ; suivant les parties atteintes, on peut le remplacer par une feuille de makintosch.

Traitement local antiseptique de l'érysipèle.

Aux injections sous-cutanées antiseptiques on a essayé de substituer des topiques doués des mêmes propriétés. Voici le traitement recommandé par Nussbaum :

1° Onctions sur les surfaces érysipélateuses avec une pommade ainsi formulée :

Icthyol / Lanoline } āā...............	15 grammes.

2° Enveloppement — immédiatement après l'application du topique — avec une couche d'ouate salicylée.

Ce pansement arrête la marche de l'érysipèle et diminue la douleur et l'inflammation cutanée dans l'espace de quelques heures à deux ou trois jours.

Ch. Éloy.

TRAVAUX ORIGINAUX

Médecine opératoire.

Note sur un appareil a thoracentèse. Communication faite à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 22 mars 1889, par M. le docteur M. Debove, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital Andral.

Depuis que MM. Potain et Dieulafoy ont préconisé les ponctions aspiratrices, d'innombrables appareils aspirateurs ont été proposés et il vous paraîtra peut-être inutile d'en augmenter la liste. J'ai cependant fait construire par M. Galante un modèle qui me paraît d'un emploi commode; j'en énumérerai brièvement les avantages.

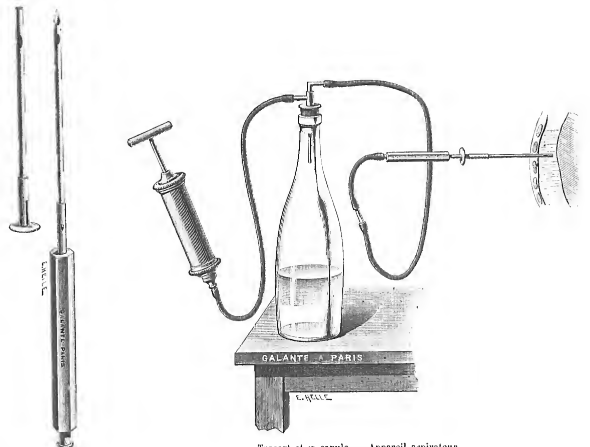
I. — Voyons d'abord le trocart :

1° Il est entièrement métallique, tandis que les autres trocarts sont munis à l'intérieur d'une petite rondelle de cuir, ce qui ne permet pas de les désinfecter à l'étuve sans les détériorer;

2° Il est muni d'une gaine et d'un mandrin, qui représentent une sorte de trocart plein, transformé en trocart creux par un simple mouvement de rotation, et cela si commodément qu'on pourrait opérer d'une seule main;

3° Il est muni d'un manche, ce qui rend son maniement plus facile.

II. — Les tubes qui relient le trocart à la bouteille et à la pompe sont de simples tubes de caoutchouc non munis de robinets; ces tubes s'adaptent à des tetons, et l'appareil forme un tout dont les diverses parties ne sont pas susceptibles de se désunir pendant l'opération.



Trocart et sa canule. — Appareil aspirateur.

III. — La pompe est seulement aspirante. J'ai vu nombre d'accidents arriver par l'emploi des pompes qui peuvent servir tout à la fois à aspirer et à refouler. Trop souvent des opérateurs ont refoulé le liquide qu'ils voulaient aspirer.

IV. — Enfin mon appareil présente un dernier avantage : il est notablement meilleur marché, en raison même de sa simplicité, que ceux existant actuellement dans le commerce.

Clinique médicale.

Sur une petite épidémie locale de gastro-entérite cholériforme. — Communication faite à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 22 mars 1889, par M. Ch. Fernet, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Beaujon.

Le 12 décembre 1888, entrait dans mon service une jeune femme de trente ans qui présentait des symptômes d'une gastro-entérite dont l'évolution fut bientôt accompagnée de phénomènes cholériformes à marche rapide, et, neuf jours à peine après son entrée, la malade succombait à une complication d'érysipèle.

Comme je recherchais quelle pouvait être la cause de la maladie, et qu'à défaut d'une intoxication vraie, volontaire ou accidentelle, je me demandais s'il n'y avait pas lien

d'incriminer l'eau prise en boisson, un de mes externes, M. Cartier, aujourd'hui interne des hôpitaux, qui habitait précisément dans le voisinage de cette malade, m'apprit qu'à sa connaissance plusieurs cas analogues s'étaient présentés récemment dans un groupe limité de maisons, situé dans la rue Pergolèse (quartier de l'avenue du Bois de Boulogne), où habitait la malade en question. Je lui demandai de vouloir bien se livrer à une enquête sur ces faits, et il put ainsi réunir quatre cas, y compris le nôtre, qui s'étaient développés à court intervalle de temps dans des maisons voisines l'une de l'autre. Voici d'abord les renseignements que j'ai pu obtenir sur les cas qui n'ont pas été soumis à mon observation :

1° Le 10 octobre 1888, une femme X..., concierge au n° 42 de la rue Pergolèse, tombe malade et après quelques jours de malaise, est prise d'une diarrhée violente et de vomissements répétés. Transportée à l'hôpital Beaujon le 15 octobre, elle est placée dans le service de M. Millard et le diagnostic inscrit est celui d'entérite cholériforme; la malade reste plusieurs jours dans un état grave avec collapsus, refroidissement des extrémités, etc.; néanmoins elle va mieux au bout de peu de temps et peut sortir de l'hôpital; mais deux mois après cette maladie, elle conserve encore une grande fatigue et une faiblesse générale.

2° Le 28 octobre 1888, M. Y..., employé, âgé d'environ quarante ans, demeurant 38, rue Pergolèse, est pris subitement dans la nuit d'une diarrhée intense; dans la journée suivante il a des garde-robes répétées qu'on évalue à quarante au moins dans les vingt-quatre heures, avec expulsion de matières noirâtres; en même temps il a des vomissements et de légères crampes dans les membres; il reste pendant dix-huit heures sans uriner. La période aiguë de la maladie dure quatre jours entiers. Le médecin de la ville appelé à soigner ce malade diagnostique cholérine et emploie, nous dit-on, une médication anti-diarrhéique énergique. Le malade guérit, mais il reste une semaine en convalescence.

3° Le troisième cas concerne la malade de mon service dont je donnerai tout à l'heure l'observation plus détaillée. Elle habitait au n° 48 de la rue Pergolèse, est tombée malade le 6 décembre 1888, et est morte le 21 du même mois.

4° Une dame Z..., demeurant 39, rue Pergolèse, est prise subitement dans la nuit du 9 au 10 décembre de douleurs abdominales avec vomissements, diarrhée et expulsion de matières noirâtres. On lui administre du sirop thébaïque, du laudanum, du bicarbonate de soude et du sous-nitrate de bismuth. Les accidents cessent bientôt et la malade guérit.

Relativement à l'eau qui peut être prise en boisson, nous avons appris que l'eau distribuée dans la rue Pergolèse est l'eau de la Vanne; nous n'avons pas eu connaissance qu'on se soit servi d'eau de puits ni d'eau de citerne; mais nous avons su qu'on avait creusé des fondations dans la rue vers le milieu du mois de septembre : ces travaux avaient-ils pu entraîner quelques contaminations de l'eau? Je me contente de poser la question.

Voici maintenant l'observation de la malade de mon service, résumée d'après les notes de mon externe M. Cartier et aussi celles de mon interne M. Laffitte.

Obs. La nommée V..., domestique âgée de trente ans, entre à Beaujon (salle Axenfeld, n° 11) le 12 décembre 1888. Cette femme, bien portante habituellement, est prise le 6 décembre de symptômes qui paraissent d'abord se rapporter à une bronchite avec fièvre et soif vive. Le 10 décembre, en même temps que la soif augmente, elle commence à avoir de la diarrhée et des vomissements. Le médecin qui la soigne, pensant à la possibilité d'une fièvre typhoïde, lui conseille de se faire soigner à l'hôpital.

Une fois à l'hôpital, la malade continue à se plaindre d'une soif intense; les vomissements persistent, fréquents, ils sont verdâtres, porracés, survenant sans grands efforts; la diarrhée est abondante, aqueuse, mais sans grains riziformes. Le mal de tête dont la malade avait souffert a disparu; il y a un peu de sommeil pendant la première nuit. Le ventre est aplati, pâteux, et indolent à la pression; on ne trouve à sa surface aucune tache rosée lenticulaire. La malade ne tousse plus; l'examen de la poitrine est négatif. Il n'y a rien au cœur. L'examen des urines révèle l'existence d'une albuminurie peu accusée. Il n'y a pas de fièvre : la température est normale à 37 degrés; le pouls est petit, faible à 80 pulsations.

En présence de cet état, la fièvre typhoïde me paraît bien improbable, mais le diagnostic reste en suspens.

Traitement purement symptomatique : potion laudanum et bismuth, potion de Todd, lait additionné d'eau de chaux.

14 décembre. — La situation reste à peu près la même, les vomissements ont été moins répétés, mais la diarrhée a été fréquente pendant la nuit. Le soir, la température fléchit, elle est à 36 degrés.

15 décembre. — Aujourd'hui les symptômes cholériformes s'accusent nettement : l'urine, devenue rare, contient une grande quantité d'albumine; il n'y a pas de crampes, mais l'algidité est générale (température 35°,2), le pouls est filiforme, il y a de la cyanose des extrémités et la peau a perdu sa tonicité : les plis qu'on y détermine entre les doigts ne s'effacent que très lentement; la voix est éteinte, les yeux sont creux et cernés. Les vomissements continuent et les selles sont séreuses avec des grains riziformes. Un échantillon de ces garde-robes est envoyé au laboratoire de bactériologie : notre collègue Chantemesse qui les a examinées n'y a trouvé que des caractères banals, notamment des microbes de la putréfaction.

Au traitement antérieur, j'ajoute des injections sous-cutanées d'éther et du vin de Champagne.

16 décembre. — Les vomissements et la diarrhée ont cessé; mais l'état général reste le même et l'hypothermie persiste; la malade est dans une torpeur profonde, elle refuse toutes les boissons, même le vin de Champagne, et je suis obligé de conseiller de les lui introduire par le nez.

17 décembre. — Depuis deux jours il n'y a plus ni vomissements ni diarrhée, mais l'anurie est complète et absolue; le pouls est imperceptible et il faut ausculter le cœur pour constater qu'il y a 85 contractions par minute.

J'essaye de faire sortir la malade de sa prostration en pratiquant sur le tronc et les membres la faradisation cutanée avec le balai, mais cette excitation n'a qu'une action momentanée.

Dans la journée, sur mes indications, mon interne, M. Laffitte, fait une injection intra-veineuse d'eau salée suivant la formule d'Hayem (10 grammes de chlorure de sodium, 5 grammes de sulfate de soude pour 1 litre d'eau à 38 degrés). Cette injection est bien supportée et le pouls se relève aussitôt.

18 décembre. — L'amélioration survenue hier à la suite de l'injection intra-veineuse n'a pas persisté, et je retrouve la malade dans le même état de prostration inquiétante que les jours précédents; cependant on sent un peu le pouls qui est régulier à 80. Il y a eu ce matin quelques garde-robes peu abondantes, colorées en jaune et sans grains riziformes. L'urine est revenue, en petite quantité. La malade continue à refuser les boissons alimentaires et les remèdes qu'on veut lui donner; ainsi il n'a pas été possible de lui faire accepter le naphtol que je voulais lui faire prendre.

Aussi une seconde injection d'eau salée est décidée pour l'après-midi; elle est pratiquée dans les mêmes conditions et donne le même résultat : relèvement du pouls, retour partiel des apparences de la vitalité.

19 décembre. — Je constate une amélioration notable : la température axillaire, qui était descendue à 34°,6, s'est élevée d'un degré; la température rectale, qui était les deux matins précédents à 36 degrés, atteint maintenant 37°,7; le pouls est perceptible, et depuis hier soir on a pu recueillir 500 grammes d'une urine qui contient peu d'albumine.

On fait prendre à la malade un bouillon additionné de peptone qu'elle ne vomit pas; dans la journée elle prend un peu de lait et du vin de Champagne.

29 décembre. — La malade semblait entrer en convalescence, elle était sortie de son état de torpeur et l'algidité avait cessé; la peau avait repris sa consistance, les vomissements s'étaient arrêtés et le pouls avait gagné de la force; mais ce matin nous voyons apparaître un érysipèle de la face, qui a débuté par la

narine droite et s'étend déjà sur la joue; la température rectale monte à 39 degrés et le pouls est ample. Cette complication me fait porter un pronostic défavorable.

L'érysipèle s'étend rapidement dans la journée au côté droit de la face et envahit aussi l'aile gauche du nez et la lèvre supérieure.

21 décembre. — La malade meurt à neuf heures du matin.

A l'*autopsie* on trouve les lésions d'une entérite très étendue du petit et du gros intestins: la muqueuse est par places rouge, congestionnée, ecchymotique; la partie inférieure de l'intestin grêle et le gros intestin surtout sont très congestionnés et présentent un piqueté hémorrhagique abondant. En aucun point on ne constate de saillie glandulaire ni d'ulcération. Le cœur est petit, revenu sur lui-même, ainsi que les vaisseaux artériels ou veineux.

Les poumons sont normaux, sauf quelques traces d'emphysème; chose singulière, on constate de l'emphysème dans le tissu cellulaire des médiastins : la cause de cette lésion n'a pu être déterminée.

L'observation précédente ne comporte pas de longs commentaires : elle ressemble, en effet, à beaucoup d'autres observations de choléra ou de gastro-entérite cholériforme. L'érysipèle terminal, qui a été la cause déterminante de la mort, n'est pas non plus une complication rare dans ces circonstances (il est vraisemblable que ces malades, profondément déchus, offrent un terrain favorable à l'invasion du microbe érysipélateux), et alors cet érysipèle est presque toujours rapidement funeste.

Malgré l'issue fâcheuse de la maladie, je pense que ce cas peut être porté à l'actif de la pratique des injections intra-veineuses : il est admissible, presque probable que la malade eût guéri sans la complication d'érysipèle, et je crois pouvoir dire que la situation était désespérée quand les injections ont été commencées.

Il resterait à déterminer quelle a été la cause de la maladie chez notre malade et chez les trois autres personnes dont j'ai parlé d'abord. Sur ce point je n'ai pas de données positives; mais, si l'on considère qu'il ne paraît pas possible d'admettre, soit un écart de régime ou une indigestion, soit une intoxication alimentaire ou médicamenteuse, on sera amené à soupçonner que l'eau de boisson a été l'origine vraisemblable de ces accidents. Il me paraît avéré que la Compagnie des eaux envoie de temps en temps de l'eau de Seine au lieu d'eau de source dans certains quartiers ou groupes de maisons, et cela, quelquefois au moins, sans en prévenir d'avance les habitants. Ceux-ci voient alors la bonne eau claire et transparente remplacée par l'eau sale et jaunâtre que nous connaissons tous comme étant celle qui passe sous les ponts de Paris. J'en ai connu, récemment encore, plusieurs exemples, qui ont eu des conséquences moins graves assurément, mais cependant fâcheuses. N'y a-t-il pas là un abus que nous avons le devoir de combattre en en signalant avec insistance les dangers?

Quoi qu'il en soit de cette interprétation, le fait seul de la petite épidémie, circonscrite dans un groupe de maisons bien limité, que je viens de rapporter, m'a paru digne de vous être communiqué.

REVUE DES COURS ET DES CLINIQUES

Hôpital Saint-Louis. — Réunions cliniques hebdomadaires des médecins de l'hôpital Saint-Louis (1).

Lichen ruber plan multiforme, lichen de la langue et de la cavité buccale. — Il s'agit d'une femme, âgée de cinquante-six ans, entrée le 1er février 1889 dans le service de M. le docteur *Besnier*, pour une éruption prurigineuse dont le début remonte au mois de novembre 1888. La cause accusée par la malade serait la répétition d'émotions morales et pénibles. L'éruption occupe presque la totalité du corps à l'exception de la face et du col. Discrète sur le tronc, elle présente un maximum régulier à la région lombaire dans les points de pression des vêtements. Sur les membres elle occupe de préférence le sens de la flexion; elle est surtout marquée aux jambes. Sur les avant-bras, on constate dans toutes leurs variétés et leur multiformité des papules plates, simples ou conglomérées, planes, lisses, brillantes: quelques-unes présentent au centre une squame blanche augmentant par le grattage. Aux jambes les groupes de papules forment des plaques, presque complètement recouvertes de squames qui donnent à la maladie l'aspect d'un psoriasis vulgaire. M. Besnier fait remarquer combien le diagnostic avec cette dernière dermatose pourrait être embarrassant. Ce qui rend ce cas particulièrement intéressant, ce sont les lésions de la langue et de la bouche. La langue est couverte de taches légèrement saillantes, blanc d'argent, isolées ou cohérentes, irrégulières de forme, lisses et brillantes, quelques-unes déprimées au centre, d'autres à l'état de petites papules planes. L'éruption se retrouve à la face interne des joues sous forme de taches blanches saillantes dont un grand nombre sont nettement papuleuses et de cette même couleur blanc d'argent. Il n'y en a pas à la voûte palatine. Quant au traitement du lichen plan, on obtient de bons résultats par l'administration de l'arsenic; beaucoup d'auteurs pensent qu'il vaut mieux avoir recours au traitement purement externe. La multiplicité des lésions rend souvent l'application de celui-ci bien difficile.

M. *Vidal* reconnaît l'utilité de l'arsenic dans le traitement du lichen plan; il l'a cependant souvent employé seul sans résultats bien brillants. Par contre, le traitement externe seul lui a procuré de beaux succès : il prescrit les bains vinaigrés (1 à 2 litres de vinaigre par bain) d'une durée de dix minutes environ, et des applications de glycérolé tartrique au vingtième. Sur les plaques rebelles, il fait appliquer le sparadrap de Vigo. Sur les plaques cornées il emploie d'abord le savon de potasse et les cataplasmes, puis le sparadrap d'huile de foie de morue. (Séance du jeudi 7 février 1889.)

Trichorrexis nodosa. — M. *Hallopeau* présente un jeune homme de vingt-cinq ans atteint de cette curieuse affection de la barbe. Il semble qu'il y ait sur les poils des grains de poussière au niveau desquels le poil se casse, laissant un moignon terminé par une sorte de balai très court et grisâtre. Au microscope, le poil est tuméfié en un point circonscrit, épaissi, tandis qu'au-dessus et au-dessous de ce point il ne présente aucune lésion. Il n'y a pas trace de parasite. — M. *Besnier* croit que cette affection n'est pas aussi rare qu'on le dit; elle passe souvent inaperçue, on la rencontre chez les sujets qui portent la barbe longue. Les malades s'aperçoivent que leurs poils se cassent. Il a remarqué que la rupture et la nodosité qui la précède siègent toujours à 1 centimètre au moins au-dessus de l'émergence du poil. On ne doit pas confondre cette affection avec la *piedra*, maladie parasitaire récemment étudiée par M. Juhel Rénoy, et dans laquelle les nodosités sont très dures. Le traitement de la *trichorrexis nodosa* consiste à porter assez longtemps la barbe courte, puis à appliquer légèrement au moyen d'un pinceau très fin de la teinture de cantharide au niveau de l'implantation des poils malades. (Séance du jeudi 7 février 1889.)

H. F.

---

(1) Voy. la *Gaz. hebd.* du 18 janvier 1887, n° 3. Il est bien entendu que nous ne donnons, et seulement par extraits, qu'un résumé des principaux cas présentés. Le compte rendu détaillé de ces réunions paraît dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

Sur l'action physiologique et thérapeutique de l'orthométhylacétanilide, par MM. *Dujardin-Beaumetz* et *G. Bardet*. — « Un grand nombre de corps de la série aromatique nous ont été apportés, dans le courant des deux dernières années, au laboratoire de thérapeutique de l'hôpital Cochin, ce qui nous a permis d'entreprendre un travail d'ensemble sur l'action comparée des composés de cette série et la recherche d'une loi qui établirait cette action en fonction de leur composition chimique. Parmi ces corps, nous avons eu l'occasion d'étudier un dérivé de la benzine désigné sous le nom d'*exalgine* (de ἐξ, hors, et ἄλγος, douleur) par le chimiste qui l'a préparé, M. Brigonnet; ce composé, en raison des propriétés physiologiques qu'il possède, nous a permis de faire faire un pas à cette étude générale.

« L'exalgine est chimiquement l'orthométhylacétanilide, répondant à la formule $C^9H^{11}AzO$: on obtient avec l'acétanilide trois dérivés méthylés, occupant les positions para, ortho et méta; c'est donc le dérivé ortho, dont le point de fusion est 101° C., que nous avons étudié. Il se présente en aiguilles ou en larges tablettes blanches, suivant qu'il a été obtenu par cristallisation ou qu'il s'est pris en masse après distillation; il est peu soluble dans l'eau froide, plus soluble dans l'eau chaude, très soluble dans l'eau légèrement alcoolisée.

« Administré à un animal, ce corps agit énergiquement sur l'axe cérébro-spinal et entraîne, en quelques minutes, la mort d'un lapin, à la dose de 0gr,46 par kilogramme du poids du corps : il se produit alors des phénomènes d'impulsion, du tremblement et la paralysie des muscles respiratoires. A dose non toxique, la sensibilité à la douleur disparaît, mais la sensibilité tactile persiste; on note un abaissement progressif et notable de la température.

« Comparés à ceux de l'antipyrine, les effets physiologiques et toxiques de ce corps se ressemblent beaucoup; mais cependant l'orthométhylacétanilide, ou plus simplement exalgine, paraît agir plus nettement sur la sensibilité et d'une façon moins active sur les centres thermogènes.

« Au point de vue thérapeutique, on obtient de l'orthométhylacétanilide des effets analgésiques à la dose de 0gr,25 à 0gr,40, prise en une seule fois, ou de 0gr,40 à 0gr,75 prise en deux fois dans les vingt-quatre heures. Cette action analgésique est très marquée et paraît supérieure à celle de l'antipyrine, et cela dans toutes les formes de névralgies, y compris les névralgies viscérales. Jusqu'à présent, nous n'avons pas eu à constater, dans l'emploi de ce médicament, l'irritation gastro-intestinale, le rash et la cyanose déjà notés dans l'usage de l'antipyrine ou de l'acétanilide, mais une seule fois un léger érythème.

« L'orthométhylacétanilide s'élimine par les urines, elle modifie la sécrétion urinaire et agit, comme les antithermiques du même groupe, dans la polyurie diabétique, en diminuant la quantité du sucre et la quantité journalière des urines.

« En résumé, l'orthométhylacétanilide, ou exalgine, est un puissant analgésique, qui paraît supérieur, à ce point de vue particulier, à l'antipyrine; elle est de plus beaucoup plus active, puisqu'elle agit à doses moitié moindres. Si l'on compare ce nouveau produit aux autres antithermiques analgésiques tirés de la série aromatique, on constate que, comme ces derniers, l'exalgine est à la fois antiseptique, antithermique, analgésique, mais que c'est cette dernière propriété qui paraît dominer dans ses effets thérapeutiques.

« D'après nos recherches sur l'ensemble de ces corps, il semble découler une loi qui permettrait d'apprécier à priori la dominante des trois propriétés physiologiques qui caractérisent leur action : effets antiseptiques, antithermiques et analgésiques.

« Les effets antiseptiques appartiendraient surtout aux dérivés hydratés alcooliques (phénol, naphtol, etc.).

« Les propriétés antithermiques seraient surtout dominantes dans les dérivés amidogénés (acétanilide, kairine, thalline, etc.).

« Enfin les propriétés analgésiques seraient au maximum dans les corps amidogénés où l'on a substitué à 1 atome d'hydrogène 1 molécule d'un radical gras, et particulièrement de méthyle (antipyrine ou diméthyloxyquinizine, acetphénétidines, etc.); le corps que nous venons d'étudier, exalgine ou orthométhylacétanilide, rentre donc dans ce dernier groupe. »

Sur les kystes dermoïdes intra-craniens, par M. *Lannelongue*. — « La rareté de cette affection n'a pas permis jusqu'ici d'en faire un examen pathologique approfondi, d'en aborder la pathogénie, non plus que d'en établir le diagnostic clinique. La question présente cependant une grande importance; en effet, comme ces kystes sont placés loin du tégument externe et séparés de lui par une épaisse couche osseuse, l'étude de leurs relations avec la peau permet, mieux que tout autre kyste de même nature, de confirmer la théorie de l'enclavement du tégument (loi de Verneuil) ou celle d'une genèse spontanée émise par Lebert.

« Tous les faits publiés antérieurement sont trop incomplets pour permettre de se prononcer dans un sens ou dans un autre; pourtant, comme il n'y est signalé aucune connexion avec la peau, il semblerait que ce silence soit une condition favorable à l'opinion de Lebert (hétéroplastie). Il n'en est rien toutefois, comme nous avons pu nous en assurer récemment, dans un fait qui sert de base à la présente communication.

« Ce qu'on savait jusqu'ici des kystes dermoïdes intra-crâniens peut être résumé brièvement.

« Ces kystes occupent, sans aucune exception, les fosses cérébelleuses et plus spécialement le voisinage du pressoir d'Hérophile; cinq fois sur six, ils étaient situés dans l'angle rentrant formé par la tente du cervelet et la dure-mère des fosses cérébelleuses. On trouve là une tumeur médiane et symétrique, variant du volume d'une noix à celui d'une orange, enchatonnée tantôt entre l'occipital et la dure-mère (kyste *extra-dure-mérien*), tantôt entre celle-ci et la substance nerveuse. En se développant, le kyste repousse d'arrière en avant les deux lobes du cervelet, comprime cet organe, l'atrophie et l'amincit, etc.

« La compression s'exerce aussi sur la protubérance, le bulbe, la moelle elle-même; puis sur certains vaisseaux, les sinus crâniens en particulier, les veines encéphaliques; de là, comme conséquence, une hydropisie ventriculaire, l'œdème cérébral ou cérébelleux et même l'hydrocéphalie.

« La paroi kystique est en général mince, adhérente à la dure-mère, et souvent comme fusionnée avec elle, mais non avec la substance cérébrale, qui n'a que des rapports de contiguïté. Le contenu se compose de masses épithéliales et sébacées d'apparence caséeuse, disposées en couches stratifiées contre la paroi, avec des cheveux en boucles, en touffes, de la même couleur que ceux du sujet ou d'une couleur différente, atteignant jusqu'à 2 pouces de long.

« Les signes n'ont rien de pathognomonique; on doit chercher les éléments du diagnostic dans le groupement des symptômes et dans la marche particulière des accidents. Le jeune âge des sujets (deux ans le plus jeune, vingt ans le plus âgé) est un argument en faveur du kyste, et il n'y a guère que la syphilis héréditaire ou les tubercules de la moelle allongée qui pourraient donner lieu à des signes comparables.

« L'observation dont on va lire le résumé n'ajoute guère à nos connaissances cliniques sur les kystes dermoïdes intra-crâniens, mais elle éclaire singulièrement leur anatomie pathologique et leur pathogénie.

« La relation directe entre le kyste et le tégument externe avait pu être soupçonnée déjà dans un cas de César Hawkins; en effet, le crâne présentait en face du kyste une perforation oblique de haut en bas et d'avant en arrière, pouvant livrer passage à un stylet. On doit voir là une épreuve que l'ossification était restée incomplète à cause de la présence du kyste et non par suite d'une usure qu'il aurait produite.

« Mais ce fait n'est pas suffisamment démonstratif, et, sur une pièce anatomique qui nous a été offerte par M. Widal, nous avons découvert, par la dissection, un lien de continuité assez épais entre la peau et la paroi du kyste intra-crânien. Voici le résumé de ce cas :

« *Kyste dermoïde cérébelleux médian refoulant le cervelet et le bulbe.* — De la paroi du kyste, au point où elle se confond avec la dure-mère, part un ligament fibreux qui s'engage dans l'occipital par un petit canal osseux à bords arrondis et dirigé de bas en haut. D'autre part, en séparant le cuir chevelu de la voûte crânienne, on trouve un petit pédicule, plus court que le premier, et qui, né de la face profonde du cuir chevelu, s'engage dans l'occipital en se dirigeant en bas. Bien que ces deux pédicules ne soient pas exactement au même niveau et ne soient peut-être pas en continuité complète, il n'en est pas moins évident que leur conformation semblable et la direction identique de leur trajet doivent les faire considérer comme les deux par-

ties d'un même *tractus* ayant été primitivement en continuité, et séparées plus tard par le développement du squelette.

« Ce fait contient tout entière la pathogénie des kystes dermoïdes intra-crâniens, et le point de départ du kyste dans le tégument externe y apparaît avec la plus grande netteté. Il démontre que, malgré la présence d'une épaisse couche osseuse entre la paroi du kyste et le tégument, ces deux parties sont réunies l'une à l'autre par un faisceau fibreux, indice de l'enclavement d'une portion de la peau du crâne pendant la vie intra-utérine. On peut donc élargir encore la proposition de Verneuil et poser la loi suivante : *Tout kyste dermoïde émane de l'enclavement ou de la persistance de l'ectoderme provenant d'une fissure embryonnaire.*

« Il reste à élucider un dernier point, celui qui a trait au siège exclusif de ces kystes dans les fosses postérieures du crâne. Tout porte à penser qu'il se fait un pli tégumentaire dans les dépressions qui existent normalement entre les vésicules cérébrales. Qu'un pincement de l'ectoderme se produise en ce point, et l'îlot enclavé, qui sera le futur kyste, se trouvera nécessairement interposé entre le cerveau antérieur et le postérieur. La flexion prononcée que présente le cerveau de l'embryon à ce niveau peut contribuer à la formation du pli tégumentaire, et il n'est pas jusqu'au développement de la tente du cervelet qui ne puisse entraîner dans la profondeur les parties enclavées.

« La pathogénie des kystes dermoïdes intra-crâniens offre un intérêt d'autant plus grand qu'elle sert à éclairer la clinique en montrant que ces tumeurs ont leur siège exclusif dans les fosses cérébelleuses. Cette donnée peut à son tour permettre de poser le diagnostic et servira peut-être un jour de guide à la thérapeutique chirurgicale. Le seul traitement rationnel doit être, en effet, la trépanation du crâne suivie de l'extirpation de la tumeur; comme le siège de ces kystes est connu et que l'innocuité relative de la trépanation est établie aujourd'hui, on peut tenter cette opération. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 26 MARS 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MAURICE PERRIN.

M. le docteur *Lestage*, médecin de colonisation à Aïn-Bessem (Algérie), adresse un *Rapport sur les eaux thermo-minérales d'Hammam-M'zara*.

M. le docteur *Gaillard* (de Parthenay) envoie le relevé des *vaccinations qu'il a pratiquées en* 1888.

M. *Brunet*, vétérinaire, envoie un mémoire manuscrit sur la *méningite aiguë* (Commission : MM. *Empis*, *Leblanc* et *Trasbot*).

M. le docteur *Kalindero* (de Bucharest) se porte candidat au titre de correspondant étranger dans la division de médecine.

M. *Le Roy de Méricourt* présente une brochure de M. le docteur *Ad. Nicolas* sur un *projet de langue scientifique internationale*.

M. *de Villiers* dépose, au nom de M. le docteur *Bertherand* (d'Alger), l'observation d'un cas d'*aïnhum*.

M. *Constantin Paul* offre un mémoire imprimé sur le *sulfonal*, nouveau somnifère.

M. *Larrey* présente un mémoire de M. le docteur *Lalogade* (d'Albi) sur la *vaccine*.

M. *Mesnet* fait hommage d'une *Étude sur les troubles fonctionnels des sens et des sensibilités sur l'hypnotisme*.

M. *Hervieux* offre, de la part de M. *Pourquier* (de Montpellier), un mémoire sur *les accidents qui accompagnent quelquefois la vaccination animale*.

DÉCÈS DE M. DONDERS. — M. le *Président* fait part du décès de M. le professeur Donders (d'Utrecht), correspondant étranger, et énumère quelques-uns des titres qui ont valu à cet éminent physiologiste une si juste renommée.

ÉLECTIONS. — Par 71 voix sur 78 votants, M. le docteur *Duclos* (de Tours) est élu correspondant national dans la première division (*Médecine*). M. Bottentuit obtient 4 voix; MM. Fabre et Henrot, chacun 1; plus 1 bulletin blanc.

L'élection d'un second correspondant national donne lieu à deux tours de scrutin : 1° M. Fabre obtient 31 voix; M. Bottentuit, 24; M. Henrot, 16; MM. Niepce et Laennec, chacun 1; plus 1 bulletin blanc.

2° Par 38 voix sur 60 votants, M. le docteur *Fabre* (de Commentry) est élu correspondant national dans la division de médecine. M. Bottentuit obtient 15 voix et M. Henrot, 7.

TÉTANOS. — M. *Verneuil* achève la lecture de son rapport qu'il termine par les conclusions suivantes :

1° Le tétanos, transmissible entre animaux de même espèce ou d'espèces différentes, l'est également de l'homme à l'homme, de l'homme à l'animal et réciproquement de l'animal à l'homme.

2° Il est vraisemblable que plusieurs animaux domestiques sont capables d'infecter l'homme, mais la démonstration suffisante n'est encore faite que pour les solipèdes.

3° La contagion s'effectue du cheval tétanique à l'homme blessé, directement ou indirectement; elle est donc immédiate ou médiate. Le second procédé est de beaucoup le plus commun.

4° Les agents intermédiaires entre l'animal premièrement atteint et l'homme infecté plus ou moins longtemps après sont extrêmement variés et parfois assez multiples pour qu'il soit souvent malaisé de suivre la piste du microbe tétanique ou de ses germes.

5° Deviendra agent tétanifère possible tout objet, de quelque nature qu'il soit, qui, mis en contact passager ou prolongé avec un cheval tétanique, en recevra le dépôt virulent, lui donnera asile au moins temporaire et en tout cas ne le détruira pas.

6° Tout objet mis à son tour en contact avec un agent tétanifère pourra devenir tétanifère à son tour, de sorte que le cercle d'infection pourra aller en s'agrandissant sans cesse.

7° Dans ce cercle on trouvera des corps inanimés et des êtres vivants ayant été les uns et les autres en rapport avec le cheval tétanique ou les objets souillés par lui. Les premiers naturellement n'auront point à souffrir du périlleux dépôt. Il pourra en être de même pour les seconds, c'est-à-dire pour les hommes et les chevaux simplement tétanifères, mais avec la menace constante de devenir tétaniques par auto-inoculation traumatique si une porte d'entrée est ouverte au virus.

8° L'homme blessé peut donc recevoir le tétanos de la plupart des objets ambiants mis en contact avec sa blessure, mais l'observation et les recherches expérimentales démontrent que les contacts les plus dangereux, et de beaucoup, sont ceux du cheval et de tout ce qui en dépend et lui appartient, puis de la terre cultivée et de quelques-uns de ses produits, d'où en ce qui concerne les provenances du tétanos, la querelle entre les *équinistes* et les *telluristes*.

9° L'accord serait facile si l'on voulait, en admettant ces deux provenances, subordonner l'une à l'autre et reconnaître que si la terre possède une virulence télanigère indéniable, elle la doit à sa souillure par le cheval tétanique.

10° Pour soutenir que dans la double virulence du cheval et de la terre la priorité appartient à l'animal, on peut, outre la comparaison avec d'autres maladies infectieuses, le charbon, par exemple, invoquer trois arguments principaux : *a*. le relevé des professions démontrant pour le tétanos, comme pour la morve, que ceux-là surtout y sont exposés qui sont en contact habituel avec le cheval; *b*. l'enquête sur la nature des agents vulnérants et sur les circonstances précédant, accompagnant ou suivant les blessures, d'où résulte que celles-ci sont dans un grand nombre de cas souillées par le cheval ou la terre fumée; *c*. la distribution topographique du tétanos équin et humain montrant les rapports numériques intimes qui existent entre les deux; le premier, au moins sous nos climats, étant plus fréquent que le second en un lieu donné; le second, comme le fait a été constaté déjà pour la morve, diminuant et tendant à disparaître là où le premier diminue et disparaît lui-même, d'où il ressort que la vraie prophylaxie du tétanos humain serait entre les mains des vétérinaires.

11° Si, sur 100 cas de tétanos humain récemment et convenablement observés, on recherche la provenance d'après les données établies plus haut, on constate que les faits

conformes à la théorie équine constituent la très grande majorité et que des faits négatifs sont trop peu nombreux pour ébranler sérieusement la doctrine.

12° L'admission définitive de la nature infectieuse et de la provenance animale du tétanos humain entraînerait certainement des conséquences pratiques importantes. Les chirurgiens et les vétérinaires d'abord en profiteraient sans nul doute, mais les hygiénistes devraient s'en préoccuper également. Il paraîtra bon peut-être que nous réunissions nos efforts pour obtenir des pouvoirs publics que le tétanos soit désormais rangé parmi les maladies virulentes auxquelles sont applicables certaines dispositions de la loi. Si donc, après la clôture du présent débat, l'Académie se trouvait suffisamment éclairée, je demanderai qu'une Commission fût instituée dans le but spécial d'étudier le tétanos non plus comme entité pathologique, mais comme maladie infectieuse ressortissant à la médecine publique.

Poêles mobiles. — La discussion de la communication faite à la séance du 5 février dernier par M. Lancereaux, sur l'empoisonnement oxycarboné par les poêles mobiles est ouverte par M. *Vallin*. Tout en reconnaissant les dangers auxquels exposent ces appareils de chauffage, principalement au point de vue des intoxications chroniques, à petites doses, par l'oxyde de carbone, très fréquentes et souvent méconnues, il estime qu'on ne pourra parvenir à en supprimer l'emploi. On peut affirmer qu'il n'y a pas un poêle moderne dont les produits de combustion ne contiennent une proportion d'oxyde de carbone beaucoup plus forte que dans une cheminée ordinaire; mais le public apprécie trop le bénéfice économique de ces appareils pour qu'on songe à les prohiber tous par ordonnance de police. Ces poêles sont surtout dangereux quand ils sont mal construits et quand on ne sait pas s'en servir; au lieu de les supprimer tous en bloc, il vaut mieux signaler leurs lacunes et les moyens de se mettre à l'abri du danger. Pour cela, il y a lieu de laisser arriver sur le combustible tout le volume d'air nécessaire pour transformer la totalité du carbone en acide carbonique et savoir perdre la quantité de chaleur nécessaire pour assurer un tirage protecteur. Il faut engager les fabricants à supprimer la clef permettant de mettre l'appareil en petite marche pendant la nuit, et augmenter la difficulté de sortie du gaz de la combustion; un autre mode de fermeture que l'immersion du couvercle dans du sable insuffisamment renouvelé et sec doit être recherché; une position oblique doit être donnée au cylindre contenant le combustible et l'on doit rappeler sans cesse que le danger augmente avec le déplacement fréquent de ces poêles; enfin, chaque cheminée à laquelle ils sont susceptibles de s'adapter doit être munie d'un tuyautage fixe, d'une grande hauteur; il est indispensable de l'échauffer chaque fois par un feu clair et rapide pour déterminer le tirage avant d'y ajuster l'appareil. C'est aux Conseils d'hygiène qu'il appartient d'instruire le public sur l'importance de ces diverses précautions et celui-ci gagnerait beaucoup à imiter l'exemple suivi par certain pays, notamment l'Angleterre, où des médecins sanitaires spéciaux assurent la protection sanitaire des habitations moyennant une faible redevance annuelle.

M. *Le Roy de Méricourt* est aussi d'avis que, s'il est nécessaire de prévenir le public contre les dangers qu'offrent les poêles mobiles, il n'y a pas lieu, par contre, de proscrire absolument un mode de chauffage des locaux habités qui présente incontestablement de réels avantages, tels que l'économie d'argent et de temps, et la facilité d'obtenir une température suffisante pendant l'hiver dans toutes les habitations. Assurément, tout poêle à combustion lente peut, à un moment donné, devenir dangereux, si la marche n'en est pas surveillée avec soin; les accidents rapportés par M. Lancereaux ne laissent aucun doute à cet égard; mais il faut aussi reconnaître que dans ces cas les conditions du fonctionnement régulier et inoffensif des appareils n'étaient généralement pas remplies. Tout le monde sait qu'il est dangereux de dormir dans une chambre avec un poêle, et la plupart des intoxications observées ont eu lieu pendant la nuit! D'ailleurs, quand on compare le nombre des accidents à la quantité si considérable de ces appareils en usage, on voit qu'ils sont relativement rares. Parmi les précautions à prendre, la présence de la plaque régulatrice du tirage est nécessaire et indispensable; le poêle ne doit être placé dans une cheminée que lorsqu'on s'est assuré, par un assez long séjour dans un appartement, que le tirage de cette cheminée se fait, avec un foyer ordinaire, dans d'excellentes conditions par tous les temps. Quant à la nécessité de ne pas laisser séjourner, la nuit, dans une chambre où l'on dort ou même dans une chambre voisine, un poêle mobile, elle doit être rigoureusement admise, à moins que la chambre voisine n'en soit parfaitement isolée par une porte bien close.

De recherches analytiques auxquelles il s'est livré, avec M. le docteur *G. de Saint-Martin*, M. *Dujardin-Beaumetz* conclut que les analyses publiées, en 1880, par M. Boutmy, sur les gaz de combustion dans les poêles mobiles, ne sauraient être considérées comme exactes.

Dans toutes ces analyses, la proportion d'oxyde de carbone avait été reconnue double de celle de l'acide carbonique produit, tandis que MM. de Saint-Martin et Dujardin-Beaumetz ont trouvé que le chiffre de l'oxyde de carbone est toujours inférieur à celui de l'acide carbonique; on comprend ce premier résultat, puisque, si l'on veut obtenir d'un foyer en combustion le maximum de chaleur qu'il puisse produire, il est nécessaire de réduire à son minimum la quantité d'oxyde, car le charbon en produisant ce gaz détermine trois fois moins de calories qu'en se transformant en acide carbonique. En petite marche, c'est pendant le jour, c'est-à-dire lorsqu'on remue la grille du foyer, que la quantité d'oxyde de carbone produite est la moindre; c'est au contraire, pendant la nuit, c'est-à-dire quand les cendres ne sont pas enlevées, que cette production est la plus considérable; alors la proportion d'oxyde de carbone produit est presque égale à celle de l'acide carbonique et la proportion entre ces deux gaz est représentée par le chiffre de 0,985.

En grande marche, les conditions de combustion se modifient complètement: c'est pendant le jour et pendant que l'on remue le foyer toutes les heures, que se produit la plus grande quantité d'oxyde de carbone, tandis qu'au contraire cette quantité d'oxyde de carbone est à son minimum lorsque le poêle n'a pas été remué de toute la nuit. D'où il résulte que si pendant le jour on doit faire marcher les poêles mobiles en petite marche et en agitant le foyer de temps en temps, pendant la nuit il y aurait intérêt à les faire marcher en grande marche, à l'inverse de ce qui se fait habituellement. Enfin, il résulte d'analyses faites sur la combustion des houilles maigres vendues sous le nom d'anthracite pour l'usage de cet appareil, qu'elles produisent une quantité d'oxyde de carbone notablement inférieure à celle produite par le coke; d'autre part, l'odeur désagréable que produit ce combustible avertit du danger.

— L'ordre du jour de la séance du 2 avril est fixé ainsi qu'il suit: 1° communication de M. Proust sur un cas d'aïnhum; 2° discussion sur les poêles mobiles. — (Inscrits: MM. *Brouardel*, *Laborde*, *Léon Colin*, *Armand Gautier*, *Verneuil* et *Lancereaux*.)

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 22 MARS 1889. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

A propos de la syringomyélie : M. Joffroy. — Appareil à thoracentèse : M. Debove. — Paralysie agitante; amélioration par les miroirs rotatifs : M. Luys (Discussion : MM. Gaucher, Joffroy). — De l'isolement individuel dans la rougeole : M Richard (Discussion : MM. Grancher, Sevestre, Gérin-Roze, Cadet de Gassicourt). Nomination d'une commission. — Contracture mortelle d'origine gastrique : M. de Beurmann (Discussion : M. Hayem). — Petite épidémie locale de gastro-entérite cholériforme : M. Fernet. — Appareil pour injections hypodermiques, du docteur Gimbert (de Canne) : M. Lereboullet.

M. *Joffroy* pense que le diagnostic de syringo-myélie est moins facile et moins certain que ne l'a dit M. Déjerine dans la séance précédente; il faut encore attendre la vérification anatomique pour affirmer qu'il s'agit bien d'une myélite cavitaire soupçonnée pendant la vie. En outre, on doit compter avec les cas anormaux ou frustes qui ne sont peut-être pas exceptionnels. D'autre part, si l'on peut regarder la gliomatose comme l'une des causes de la syringomyélie, il y a lieu de tenir compte des faits que mentionne M. Joffroy, et qui démontrent que, contrairement aux assertions de MM. Schultze et Déjerine, les cavités caractéristiques de la syringomyélie peuvent avoir l'inflammation comme point de départ et se développer au milieu d'un foyer de myélite chronique. M. Joffroy a observé ces lésions dans deux cas de pachyméningite cervicale hypertrophique.

— M. *Luys* présente, en son nom et au nom de M. Gaucher, un malade, âgé de quarante-quatre ans, qui lui a été amené par M. Gaucher, dans le service duquel il était entré, depuis quelque temps, pour des accidents remontant à quatre années. Le symptôme le plus marqué consistait dans un tremblement des membres et même de tout le tronc, exagéré par les mouvements (ce qui avait fait croire à un confrère à l'existence d'une sclérose en plaques) et privant le malade de l'usage de ses mains; il ne pouvait plus écrire, ni porter les aliments à sa bouche. L'aspect du malade, la raideur du cou, son habitus général ne pouvaient laisser aucun doute sur le diagnostic de paralysie agitante. Les divers moyens de traitement habituels ayant échoué, M. Luys eut recours à un nouveau procédé de thérapeutique hypnotique par l'emploi de miroirs rotatifs, sorte de miroirs à alouettes. Les premiers essais n'amenèrent pas le sommeil, et produisirent peu de résultats, jusqu'à la huitième séance, à partir de laquelle le sommeil hypnotique, suivi de l'amélioration des symptômes morbides, s'accentua progressivement. Aujourd'hui, le tremblement a presque entièrement disparu, et le malade se considère comme guéri. Cet heureux résultat est évidemment amené par l'influence, encore inconnue, exercée sur les yeux d'abord, sur le système nerveux ensuite, par les vibrations lumineuses. Sous leur action se produit un sommeil que l'on peut appeler mécanique et qui paraît doué d'effets sédatifs et thérapeutiques puissants.

M. *Gaucher* avait choisi cet individu comme aussi peu suspect que possible d'hystérie et de simulation; il lui a paru aussi honnête que borné. Le diagnostic de paralysie agitante n'était pas douteux, et, ce qui est certain, c'est que l'amélioration est aujourd'hui considérable. C'est une guérison surprenante.

M. *Joffroy* ne conteste pas le fait; mais l'exactitude du diagnostic lui laisse des doutes, puisque l'on a pu songer à une sclérose en plaques. Quand la maladie de Parkinson est nette, personne n'hésite. Il serait bon d'appliquer le même traitement à des cas non douteux.

M. *Luys* est d'avis que le diagnostic ne pouvait laisser d'hésitations : tout l'aspect du malade attestait la paralysie agitante. Il ajoute que l'on abuse un peu du diagnostic de sclérose en plaques. La vérification anatomique montre que c'est une affection plus rare qu'on ne paraît le croire. Pendant vingt années à Bicêtre et à la Salpêtrière, il en a constaté seulement quatre cas sur la table d'amphithéâtre.

M. *Gaucher* fait remarquer que les résultats du traitement n'en seraient pas moins surprenants, qu'il s'agisse d'une paralysie agitante ou d'une sclérose en plaques.

— M. *Debove* présente un *appareil à thoracentèse* construit sur ses indications (voy. p. 207).

— M. *Richard* lit une note sur *l'isolement individuel dans la rougeole*. Du double rôle qui échoit au médecin, protéger l'individu sain contre la rougeole, maladie bénigne en elle-même, et protéger le morbilleux contre les infections secondaires, le second lui semble devoir attirer surtout l'attention. En effet, la réceptivité humaine est telle pour la rougeole qu'il est presque impossible de préserver contre elle : tôt ou tard on est contaminé. D'autre part, le morbilleux constitue un terrain éminemment propre à l'introduction et au développement des germes et des infections secondaires graves : ophthalmies purulentes, gangrènes, érysipèle, broncho-pneumonies, tuberculose, diphthérie; il y a donc intérêt majeur à le préserver par l'antisepsie du milieu dans lequel il est placé. C'est ce que démontrent les faits observés dans les divers hôpitaux, et ce qu'ont établi MM. Sevestre et Grancher. Les résultats qu'ils ont obtenus sont des plus encourageants. Mais M. Richard est d'avis qu'il faut agir à l'égard du rougeoleux comme pour la femme en couches : isolement individuel, cellulaire, prévenant l'infection réciproque secondaire, et prolongé aussi longtemps que dure la réceptivité pour les germes pathogènes, soit jusqu'au quatrième jour après la disparition de la fièvre. On supprimerait ainsi la broncho-pneumonie, infection surajoutée et non détermination morbilleuse, dont la gravité est extrême. Enfin, désinfection et antisepsie rigoureuse de la cellule elle-même et de tous les objets qu'elle contient. Il termine en disant, avec M. Lucas-Championnière : « Plutôt antisepsie médicale sans isolement, qu'isolement sans antisepsie. » Le mieux, du reste, sera encore et toujours l'antisepsie avec l'isolement et par l'isolement.

M. *Grancher* craint que si l'on s'engage dans cette voie, excellente à coup sûr en théorie, on ne rende bien difficile la tâche de l'Administration. Comment réaliser l'isolement individuel avec toutes les maladies contagieuses dont nous sommes entourés, et auxquelles s'ajoute à bon droit la broncho-pneumonie? Enfin, bien des points sont encore obscurs dans les questions de pathogénie ; la broncho-pneumonie, par exemple, ne semble-t-elle pas résulter d'une auto-infection au cours d'un microbisme latent bucco-pharyngé? Doit-on proposer d'aussi nombreuses et d'aussi importantes réformes sans que la Société ait pu formuler une opinion basée sur des données scientifiques, admises par tous? Il ne serait pas sage de bâtir sur un terrain, encore aussi peu stable, des projets de cette importance ; aussi, doit-on se contenter d'un minimum de demandes, et ne réclamer que des réformes pratiques que l'Administration soit en mesure d'accorder en l'état actuel. M. Grancher, comme M. Sevestre, en pratiquant l'antisepsie aussi rigoureuse que possible, l'isolement, l'aération, toutes choses faciles à obtenir, ont dès maintenant enregistré des résultats encourageants. Il ne faut pas vouloir demander trop, sous peine de ne rien obtenir.

M. *Sevestre* est entièrement de cet avis ; le plan de M. Richard est scientifiquement excellent, mais impraticable, du moins actuellement. Pour sa part, avec deux salles d'isolement bien aérées et salles de rechange, il a abaissé de 40 ou

50 pour 100, à 10 pour 100 la mortalité par rougeole aux Enfants-Assistés.

M. *Richard* pense que si l'auto-infection par microbisme latent commandait la pathogénie de la broncho-pneumonie dans la rougeole, les faits seraient aussi nombreux en ville qu'à l'hôpital. La fréquence bien plus grande à l'hôpital montre bien l'infection des salles par les germes de cette maladie. Aussi, comme concession extrême, accorderait-il de placer deux malades par chambre, mais il ne saurait aller au delà, dans la crainte de l'infection réciproque.

M. *Sevestre* possède des salles de dix malades où la broncho-pneumonie est absolument exceptionnelle.

M. *Grancher* est d'avis qu'il faut, au moins, ne pas demander toutes les réformes à la fois ; on peut, dès maintenant, chercher à réaliser l'antisepsie et l'aération, en réservant pour une époque ultérieure l'isolement par deux malades, ou même l'isolement individuel. Il regrette que tous les médecins des hôpitaux d'enfants ne soient pas présents à la séance pour apporter leur opinion dans le débat, car il est nécessaire que cette discusssion aboutisse en fin de compte à des résolutions pratiques soumises au vote de la Société.

M. *Gérin-Roze* ne croit pas qu'on puisse qualifier de bénigne la rougeole, ainsi que l'a dit M. Richard; la mortalité est malheureusement assez élevée. C'est la broncho-pneumonie, il est vrai, qui constitue le péril le plus menaçant, mais on ne saurait, dès maintenant, affirmer qu'elle constitue une affection distincte, surajoutée. Il regarde, d'ailleurs, comme impossible de réaliser actuellement l'isolement individuel.

M. *Richard* a dit que la rougeole est une maladie bénigne par elle-même, c'est-à-dire lorsqu'elle est exempte de complications.

M. *Cadet de Gassicourt*, désireux, comme M. Grancher, de voir aboutir la discussion à des résolutions pratiques, propose de nommer une commission, composée de tous les médecins des hôpitaux d'enfants, qui présentera un rapport dont les conclusions seront discutées en séance générale et soumises au vote de la Société.

(Cette proposition est adoptée.)

— M. *de Beurmann* lit une note sur un cas de *contracture mortelle d'origine gastrique*. (Sera publié.)

M. *Hayem* rappelle que le malade dont il a rapporté l'observation avait eu deux accès de tétanie et a succombé ultérieurement à des accidents de collapsus algide sans diarrhée. L'autopsie a révélé une fluxion mésentérique intense, telle qu'on l'observe dans l'étranglement ou les déplacements notables d'organes abdominaux. Sans doute on aurait trouvé des lésions analogues chez le malade de M. de Beurmann.

— M. *Fernet* relate une *petite épidémie locale de gastro-entérite cholériforme* (voy. p. 207).

— M. *Lereboullet* presente, au nom de M. *Gimbert* (de Cannes), un appareil pour pratiquer l'injection hypodermique des liquides les plus divers, voire même des substances les plus irritantes. On arrive à injecter ainsi, sans douleur, et sans aucun accident consécutif, jusqu'à 15 et 20 grammes d'huile créosotée au quinzième. Un travail de M. Gimbert sur le sujet sera publié dans la *Gazette hebdomadaire*.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 20 MARS 1889. — PRÉSIDENCE DE M. LE DENTU.

Luxation de l'épaule : M. Le Fort. — Tumeur de l'ombilic : M. Colombo (de Lisieux) (M. Polaillon, rapporteur). — Plaies de l'abdomen : M. Michaux (M. Berger, rapporteur) (Discussion : MM. M. Sée, Reclus, Chauvel, Terrier). — Opération d'Alexander : M. Schwartz (Discussion : MM. Lucas-Championnière, Bouilly, Quénu, Segond, Richelot).

M. *Le Fort* présente une pièce de *luxation intra-coracoïdienne de l'épaule*. La tête s'est échappée à travers le muscle sous-scapulaire déchiré.

— M. *Terrillon* dépose les observations de *cholécystotomie* dont il a parlé dans la dernière séance. M. *Jalaguier* a fait ce matin même l'autopsie de son opérée, morte de tuberculose pulmonaire. Un calcul était enclavé dans la partie intrapancréatique du cholédoque. Il existait une cirrhose biliaire typique.

— M. *Polaillon* a résumé l'an dernier une observation du *tumeur vasculaire de l'ombilic* adressée par M. *Colombe* (de Lisieux). Dépourvue d'examen histologique, cette observation ne prouvait rien. Depuis, la malade est morte d'une cirrhose atrophique du foie, et l'autopsie a montré que la cause des hémorrhagies était la rupture d'une dilatation ampullaire d'une veine porte accessoire du ligament falciforme.

— M. *Berger*. Rapport sur une observation de M. *Michaux: Plaie non pénétrante de l'abdomen*. Cette plaie, par balle de revolver, semblait bien être pénétrante ; M. Michaux explora le trajet, et trouva la balle dans la paroi. Il pense que cette exploration est indiquée, et M. Berger est de son avis.

A ce propos, M. Berger revient sur une observation qu'il a communiquée il y a quelque temps. Il s'agit d'un coup de revolver à la région sus-ombilicale avec hématémèse. M. Berger avait diagnostiqué une plaie de l'estomac. La malade était en voie de guérison lorsque M. Berger trouva dans le huitième espace intercostal droit une tuméfaction qui peu à peu pointa, et dont une balle fut extraite. Y avait-il donc plaie de l'estomac? Puis quelques jours après des picotements très vifs à l'anus indiquèrent d'examiner le rectum ; une douille de cartouche y fut trouvée. Ce fait bizarre reçut alors l'explication suivante : voulant se tuer, la femme avait acheté un revolver n° 9 et, par erreur, elle le chargea avec une cartouche n° 7, qui disparut dans le canon. Elle ne put extraire ce projectile et alors elle mit derrière une cartouche n° 9. Le projectile a été ainsi constitué par la balle et la douille de la cartouche n° 7. Et ainsi s'expliqua un fait bizarre signalé par le médecin qui avait donné les premiers soins; une balle n° 9 avait été trouvée dans le lit de la malade.

M. *Marc Sée* se déclare partisan de l'exploration du trajet. M. *Reclus* également, et, à cet effet, il recommande surtout l'emploi du doigt. Il a ainsi trouvé une balle de revolver dans la paroi. MM. *Chauvel* et *Terrier* sont du même avis, mais ils s'étonnent que M. Reclus ait pu introduire le doigt sans débridement dans une plaie par balle de revolver. M. *Reclus* ajoute qu'il l'a fait sans peine ; le revolver était de calibre n° 9.

— M. *Schwartz* fait une communication sur *dix opérations d'Alexander* qu'il a pratiquées depuis 1888 pour rétroversion, rétroflexion et prolapsus simples. Il n'a eu aucun accident et a eu de bons résultats définitifs dans les cas où il s'agissait de déviations non adhérentes. Pour le prolapsus, il faut combiner le raccourcissement des ligaments ronds à des opérations plastiques sur le périnée et le vagin.

M. *Lucas-Championnière* n'est pas converti par cette communication. Il est certain que souvent, l'utérus redressé reste en place. Mais le plus souvent après un temps variable, les douleurs reparaissent. Or, c'est là l'important. Il ne faut, en somme, considérer cette opération que comme un perfectionnement des pessaires. Aussi M. Championnière a-t-il une préférence marquée pour l'hystéropexie. Pour un chirurgien antiseptique ce n'est pas plus grave; de plus, on peut toujours faire le redressement complet, tandis que les adhérences un peu notables y sont un obstacle dans l'opération d'Alexander. Enfin, on peut examiner les ovaires, dont l'inflammation, la dégénérescence kystique sont pour beaucoup dans les phénomènes douloureux; s'ils sont malades, on les enlèvera et on aura fait ainsi une opération radicale.

M. *Bouilly* appuie cette manière de voir, M. *Quénu* également, et il cite une observation où, l'utérus restant parfaitement réduit depuis dix-sept mois, les douleurs ont reparu depuis quatorze mois.

M. *Segond* connaît un succès durable pour une rétrodéviation facilement réductible. Pour les rétrodéviations adhérentes, il a quatre observations, dont deux où la mobilisation préalable avait été faite par M. Trélat lui-même. Or ces femmes n'ont eu que trois mois de bien-être, en moyenne, tout au plus. Puis la déviation et les souffrances ont reparu.

M. *Schwartz* n'a pas prétendu faire de l'opération d'Alexander une panacée. Il la croit bonne pour bien des rétrodéviations non adhérentes. C'est donc par elle qu'il faut commencer, quitte à ouvrir le ventre si les accidents récidivent.

Société de biologie.

SÉANCE DU 23 MARS 1889. — PRÉSIDENCE DE M. DUCLAUX, VICE-PRÉSIDENT.

De la pression exercée par les graines qui se gonflent dans l'eau : M. Gréhant. — Effets respiratoires résultant de l'excitation du bout inférieur du nerf vague: M. François-Franck. — Transmission de la morve chez le mouton: M. Peuch. — Sur les glandes gastriques: M. Montanet. — Sur une affection parasitaire de la peau: M. Darier. — Atrophie des nerfs optiques dans l'ataxie locomotrice: M. Berger. — Quelques caractères de la pyocyanine: M. Charrin. — Effets de la morsure de la sarigue: M. Dugès. — Échouement d'un cétacé sur les côtes de France: M. Beauregard.

M. *Gréhant* a déterminé l'effort exercé par des graines contenues dans un vase clos et qui peuvent s'imbiber d'eau; il a vu par exemple qu'avec des pois la pression déployée peut aller jusqu'à huit atmosphères.

— M. *François-Franck* a étudié depuis un certain nombre d'années les effets qui résultent de l'excitation du bout inférieur du pneumogastrique. Parmi ces effets il en est qui proviennent de la mise en jeu de filets nerveux destinés à des organes déterminés (effets directs); mais il en est d'autres aussi qui sont de nature indirecte. Entre ces derniers, M. François-Franck ne veut considérer pour le moment que les effets respiratoires. Ces troubles respiratoires peuvent-ils s'expliquer par les troubles circulatoires résultant aussi de cette même excitation du nerf vague ou sont-ils attribuables à la sensibilité récurrente? C'est à cette dernière cause que les ont explicitement rapportés Arloing et Tripier en 1872. En 1877, M. François-Franck à son tour a observé des faits analogues et s'est rangé à la même explication. Depuis, il a eu l'occasion d'en poursuivre une étude détaillée et systématique.

De ces recherches il résulte que l'excitation du bout inférieur du nerf vague donne toujours lieu à des effets respiratoires. Ceux-ci sont très variables, consistant tantôt en une simple accélération des mouvements, tantôt en irrégularités diverses, tantôt en des troubles profonds, comme un arrêt plus ou moins prolongé, etc.; bref, ils ne peuvent être ramenés à un type commun, par suite ils ne peuvent avoir la même et constante origine, comme M. Laulanié l'a prétendu dans une communication récente à la Société de biologie (février) en leur assignant toujours pour cause les troubles circulatoires concomitants.

Il n'y a pas non plus à faire intervenir ici l'excitation des filets nerveux contenus dans le tronc du pneumogastrique et qui vont aux bronches. En effet, on observe ces phénomènes respiratoires chez des animaux chez lesquels on ne voit pas se produire le spasme bronchique qui traduit la contraction des muscles de Reissessen. De plus, et cet argument est péremptoire, les troubles de la respiration dont il s'agit n'ont plus lieu sur un animal même légèrement anesthésié.

D'autre part, on ne peut invoquer les modifications dans la circulation pulmonaire, d'origine vaso-motrice, puisque les vaso-moteurs du poumon ne sont pas contenus, on le sait bien aujourd'hui, dans le pneumogastrique.

Enfin ces troubles de la respiration ne sont pas dus à l'arrêt du cœur que détermine l'excitation du vague (dyspnée anémique), puisqu'ils se produisent tout aussi bien quand on a supprimé au moyen d'une atropinisation préalable l'action d'arrêt du pneumogastrique sur le cœur.

En définitive, M. François-Frank est amené à conclure que ces effets respiratoires tiennent uniquement à des réactions sensibles, dues à l'irritation des filets sensitifs récurrents que contient le nerf vague. Cette interprétation repose, du reste, sur un certain nombre de faits expérimentaux; ainsi pendant ces excitations, beaucoup d'animaux présentent des réactions manifestement douloureuses; de plus, ces troubles respiratoires ressemblent de tous points à ceux que détermine l'irritation d'un nerf sensible quelconque; d'autre part, ils sont supprimés par l'anesthésie préalable. En terminant, M. François-Franck signale la cause d'erreur, d'ordre technique, dans laquelle sans doute est tombé M. Laulanié.

— M. *Chauveau* dépose une note de M. *Peuch* sur la transmission directe de la morve du mouton au mouton, que l'on n'avait pu encore déterminer.

— M. *Chauveau* présente une note de M. *Montanet* (de Toulouse) sur la dualité fondamentale des cellules des glandes gastriques. M. Montanet rapporte de nouveaux faits à l'appui de cette opinion qu'il a déjà défendue.

— M. *Darier* a observé deux cas d'une singulière affection cutanée décrite jusqu'à présent sous des noms variés et qui est en réalité une maladie parasitaire, due à une psorospermie. Aussi propose-t-il de l'appeler psorospermose de la peau. L'affection siège exclusivement dans les follicules pileux; elle est caractérisée par la présence dans les follicules pilo-sébacés de petites élevures, causées par des corps ronds enveloppés d'une membrane granuleuse, contenus dans une cellule épithéliale; entre ces petits grains, on voit les cellules épidermiques. M. Darier montre que ces corps ne sont ni des éléments normaux, ni des éléments altérés de l'épiderme; il s'agit là de véritables coccidies. Ces parasites se trouvent en abondance à l'orifice pileux où ils forment une masse dure, kératinisée. Secondairement, les parois du col du follicule végètent.

— M. *Dupuy* présente une note de M. *Berger* sur l'atrophie du nerf optique dans l'ataxie locomotrice.

— M. *Charrin* montre quelques-unes des réactions de la substance produite par le bacille pyocyanique, ou pyocyanine.

— M. *Beauregard* dépose une note de M. *Dugès* sur quelques phénomènes d'intoxication dus à la morsure de la sarigue.

— M. *Beauregard* rapporte quelques détails relatifs à un nouvel échouement d'une baleine sur nos côtes.

BIBLIOGRAPHIE

Guide pratique de petite chirurgie, par M. Michel Gangolphe, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, précédé d'une lettre de M. le professeur Léon Tripier. — Paris, O. Doin, 1889.

Chargé par l'administration des hôpitaux de Lyon d'une série de conférences sur les pansements, à l'usage du personnel hospitalier, M. Gangolphe a eu l'heureuse idée de publier ces dix-neuf leçons. Rompant, à bon droit, avec les usages des manuels de petite chirurgie, il ne s'astreint pas à décrire tel ou tel pansement. Il cherche à faire comprendre ce que sont l'asepsie et l'antisepsie, comment on y peut parvenir; après cela viennent les indications thérapeutiques principales pour les cas urgents : hémorrhagies, syncope, fractures simples et compliquées, plaies d'armes à feu. Puis l'auteur décrit l'anesthésie, le traitement des brûlures et des gelures, la vaccination, la saignée, l'application des sangsues et des ventouses, les injections sous-cutanées, la révulsion, la cautérisation, le cathétérisme. La fastidieuse énumération des bandages ne trouve point ici sa place.

En somme, guide tout à fait élémentaire, destiné surtout à styler des infirmiers instruits que M. Léon Tripier voudrait voir attacher à chaque service chirurgical. A. B.

VARIÉTÉS

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 22 mars 1889, ont été promus:

Au grade de médecin-major de 1re classe, M. Yvert, médecin-major de 2e classe à l'école d'application de cavalerie de Saumur.

Au grade de médecin-major de 2e classe, MM. Mosimann et Béchard.

Hopital Broussais. — L'hôpital Broussais, qui ne comprenait jusqu'ici que des services temporaires, a reçu depuis le 1er janvier dernier une organisation définitive et l'administration de l'Assistance publique a décidé qu'il serait ouvert dans cet hôpital une consultation externe, mais sans délivrance de médicaments.

Cette consultation, qui aura lieu tous les jours, sera faite alternativement par les deux médecins et par le chirurgien de l'établissement. Toutefois, l'hôpital Broussais devant continuer à recevoir ses malades du Bureau central, aucune admission ne pourra être prononcée à la suite de ces consultations.

Cours libres. — M. le docteur Dareste, directeur du laboratoire de tératologie, commencera ses conférences pratiques d'embryogénie normale et tératologique, le mardi 2 avril à quatre heures, et les continuera les samedis et mardis suivants à la même heure, au laboratoire de tératologie. — Bâtiment du Musée Dupuytren.

Cours pratique de chimie et de micrographie médicales. — M. Lafon recommencera, le 8 avril 1889, son cours pratique de chimie et de microscopique médicales.

Ce cours comprend particulièrement : 1° l'étude chimique et microscopique, au point de vue clinique, des urines, des calculs, des kystes, de la bile, du suc gastrique et du sang; 2° la technique microscopique, applicable à la recherche des microbes pathogènes, aux helminthes et parasites de l'homme; 3° l'examen de l'eau potable, du vin, du lait de femme, au point de vue de l'hygiène; 4° les recherches chimico-légales et médico-légales que l'on rencontre le plus fréquemment dans la pratique médicale. — S'inscrire à l'avance de trois heures à quatre heures, au laboratoire, 7, rue des Saints-Pères, 7.

Clinique des maladies du larynx. — Le docteur Calmettes rouvrira sa clinique des maladies de l'oreille, du nez et du larynx, le mardi 2 avril à quatre heures, 60, rue Saint-André-des-Arts. Consultations les mardis, jeudis, samedis, de quatre à six heures.

Nécrologie. — Le professeur Dénucé (de Bordeaux), dont nous n'avons pu qu'annoncer la mort dans notre dernier numéro, était, comme l'a bien dit sur sa tombe son collègue et son successeur M. Pitres, un de ces maîtres éminents qui pendant près de quarante ans s'est consacré sans trêve ni repos à ses malades et à ses élèves, prodiguant ses forces et son activité, rendant service à tous ceux qui avaient besoin de lui et jouissant dans la région bordelaise d'une notoriété telle qu'aucun chirurgien de province n'en a peut-être jamais connu de pareille.

Correspondant de la Société de chirurgie, associé national de l'Académie de médecine, membre honoraire d'un grand nombre de Sociétés savantes, Dénucé avait communiqué aux Compagnies qui l'avaient élu un grand nombre de mémoires, en particulier des travaux estimés sur les luxations du coude, l'autoplastie, les corps étrangers de la vessie, les anévrysmes, les fausses articulations, les formes malignes du furoncle et de l'anthrax, l'inversion utérine, etc., etc.

Sur sa tombe M. Ouvré, recteur de l'Académie; M. Pitres, doyen de la Faculté; MM. Labat, Hameau, Dubourg, Pujot, etc., se sont faits les interprètes des regrets qu'a causés sa mort.

— On annonce aussi la mort du célèbre ophthalmologiste Donders, qui vient de succomber à Utrecht à l'âge de soixante et onze ans.

Né à Tilburg le 27 mai 1818, Donders avait fait ses études à l'Ecole médicale militaire d'Utrecht. Il fut nommé médecin militaire à l'hôpital de Haag, puis professeur à l'Université d'Utrecht où, depuis 1847, il professa d'abord la physiologie et l'histologie, puis peu après l'ophthalmologie. Sa clinique des maladies des yeux et son laboratoire de physiologie attirèrent à Utrecht de nombreux élèves. Le savant maître hollandais a publié de nombreux mémoires dans les *Archives d'ophthalmologie de Graefe* et dans le *Recueil des travaux du laboratoire de l'Ecole supérieure d'Utrecht*. On lui doit aussi plusieurs ouvrages importants, traduits en français, entre autres une *Etude sur les mouvements des yeux*, un livre sur l'*Astigmatisme et les verres cylindriques*, un traité des *Anomalies de la réfraction de l'œil*. Donders était correspondant de l'Institut et de l'Académie de médecine.

Mortalité a Paris (10e semaine, du 3 au 9 mars 1889. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 6. — Variole, 3. — Rougeole, 34. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 47. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 200. — Autres tuberculoses, 20. — Tumeurs : cancéreuses, 45 ; autres, 5. — Méningite, 39. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 60. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 15. — Maladies organiques du cœur, 71. — Bronchite aiguë, 38. — Bronchite chronique, 60. — Broncho-pneumonie, 30. — Pneumonie, 71. — Gastro-entérite : sein, 19; biberon, 34. — Autres diarrhées, 7. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 4. — Débilité congénitale, 27. — Sénilité, 36. — Suicides, 15. — Autres morts violentes, 9. — Autres causes de mort, 181. — Causes inconnues, 15. — Total : 1111.

Mortalité a Paris (11e semaine, du 10 au 16 mars 1889. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 10. — Variole, 5. — Rougeole, 33. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 40. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 201. — Autres tuberculoses, 33. — Tumeurs : cancéreuses, 50; autres, 4. — Méningite, 25. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 57. — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 12. — Maladies organiques du cœur, 48. — Bronchite aiguë, 42. — Bronchite chronique, 45. — Broncho-pneumonie, 32. — Pneumonie, 88. — Gastro-entérite : sein, 6; biberon, 28. — Autres diarrhées, 3. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 5. — Débilité congénitale, 21. — Sénilité, 32. — Suicides, 11. — Autres morts violentes, 13. — Autres causes de mort, 217. — Causes inconnues, 18. — Total : 1100.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

18693. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 3 avril 1889.

Cours de pathologie générale : L'antisepsie médicale. — *Académie de médecine :* **L'aïnhum. — Les poêles mobiles. — Extirpation d'encéphalocèle.**

On a souvent protesté contre l'institution des cours théoriques, et, à diverses reprises, on a prétendu qu'une Faculté de médecine ne devrait compter parmi ses maîtres que des professeurs de clinique et des directeurs de laboratoires. La pathologie générale et spéciale s'apprendrait, disait-on, dans les livres. Nous conseillons à ceux qui n'admettent qu'un enseignement pratique et des *leçons de choses* de lire le nouveau volume qui contient les leçons professées pendant l'année 1887-1888 par M. Bouchard. Une œuvre de cette valeur suffit à elle seule pour justifier l'enseignement théorique — puisque c'est le mot officiel qui le caractérise. Sans doute, un savant, dont l'esprit philosophique aime à envisager dans leur ensemble les problèmes les plus ardus de la pathologie, aurait toujours trouvé le moyen d'exposer ses vues personnelles. Aurait-il eu le temps et l'occasion d'écrire lui-même un traité de la thérapeutique antiseptique des maladies infectieuses? S'il n'y avait point été contraint par les nécessités de son enseignement officiel, M. Bouchard se serait-il appliqué à rédiger, sous la forme si séduisante et d'une clarté si lumineuse qu'il a su donner à ses leçons orales, toute cette série de considérations historiques et critiques qui expliquent et font mieux comprendre les découvertes auxquelles son nom restera glorieusement attaché? Ne se serait-il pas contenté de publier des notes, des mémoires, des communications aux Sociétés savantes, relatant au jour le jour les faits nouveaux que cette série de leçons met si nettement en relief? Professeur de pathologie générale, il a considéré comme un devoir de traiter *in extenso*, c'est-à-dire en la développant par l'analyse des travaux de ses contemporains, l'une des questions les plus importantes qui puissent aujourd'hui préoccuper le médecin. Nous ne craignons pas d'affirmer que si tous les maîtres appelés à l'honneur de l'enseignement officiel s'appliquaient à publier leurs leçons publiques avec autant de zèle, s'ils y apportaient autant d'esprit critique, de saine érudition et de vues personnelles, les ouvrages qui mettraient aux mains de tous les médecins ces leçons didactiques feraient le plus grand honneur à l'École française.

Nous aurons, sans doute, maintes fois l'occasion de parler du nouveau livre que nous devons à M. le professeur Bouchard (1). Mais nous voudrions, dès aujourd'hui, pour en mieux montrer l'intérêt, revenir sur un sujet que nous avons déjà effleuré à cette place même; nous voulons parler du rôle des microbes dans la pathogénie des maladies infectieuses et des procédés thérapeutiques qui permettent de réaliser parfois ce que l'on a appelé l'antisepsie générale.

Ce mot *antisepsie générale* n'a pas été admis sans contestation et bien des médecins, aujourd'hui encore, hésitent à croire qu'il soit possible d'instituer une thérapeutique en tenant compte des données pathogéniques fournies par l'étude microbiologique des maladies. Ils persistent, en effet, à penser que, dès l'instant qu'un microbe a été découvert, isolé et cultivé, et qu'on suppose qu'il est l'agent principal de la maladie infectieuse, tout l'effort thérapeutique de ceux qui croient à l'antisepsie médicale doit tendre à tuer le microbe, à agir sur sa vitalité à l'aide d'un parasiticide. Et c'est en se plaçant à ce point de vue exclusif que les adversaires de la doctrine microbienne affirment que ce qui pourrait tuer le parasite détruira plus rapidement encore la cellule nerveuse, et qu'ainsi l'on tuera le malade avant d'avoir atteint le microbe. M. Bouchard, dans toutes ses leçons, a cherché, comme il le dit lui-même, à communiquer à ses auditeurs cette discipline de l'esprit qui fait le savant et non l'empirique, à les habituer à se rendre compte de ce qu'ils peuvent et doivent faire, à discerner le pourquoi et le comment de leur intervention, et c'est pourquoi il proteste contre cette tendance à chercher une recette, une formule, au lieu de préciser des indications et de trouver une médication utile. C'est pourquoi aussi il s'élève aussi énergiquement contre les assertions erronées de ceux qui considèrent la médication antiseptique comme exclusivement microbicide; cette médication est le plus souvent complexe. C'est indirectement que l'antisepsie s'adresse au microbe; mais il faut lire tous les cha-

(1) *Thérapeutique des maladies infectieuses : Antisepsie.* — Cours de Pathologie générale, par Ch. Bouchard, recueilli et publié par le docteur P. Le Gendre. Paris, F. Savy, 1889.

pitres de ce beau livre pour bien comprendre que traiter une maladie infectieuse n'est pas aussi simple que d'administrer un ou plusieurs parasiticides.

M. Bouchard démontre que l'on peut souvent amoindrir la vitalité d'un microbe, restreindre sa pullulation, changer sa forme, modifier ses fonctions, exalter, restreindre, supprimer, restaurer sa virulence d'une façon passagère ou durable, mais il montre aussi que l'on n'a pas encore trouvé tous les agents capables, après leur absorption, d'agir assez énergiquement et assez rapidement sur les microbes pathogènes pour les tuer ou les rendre immédiatement inoffensifs. Ajoutons que les expériences de laboratoire ne sont pas toujours confirmées par l'expérimentation clinique; tel ou tel agent qui peut, *in vitro*, modifier sensiblement les conditions de vitalité du microbe n'est pas facilement absorbable. Ce sera le rôle, ce doit être le but de la thérapeutique expérimentale de déterminer quels sont les médicaments qui peuvent être à la fois microbicides et inoffensifs. On en doit plusieurs déjà à M. Bouchard et à ses élèves.

En attendant c'est l'organisme vivant qui, par son fonctionnement normal, arrive à détruire les microbes pathogènes. Pour arriver au but à atteindre c'est l'organisme qu'il faut secourir dans cette lutte. Or il est démontré que les microbes sont surtout nuisibles par les poisons solubles auxquels donne naissance leur vie au sein de l'organisme infecté. Ces poisons, nous pouvons obtenir qu'ils soient retenus ou détruits par le foie, brûlés dans le sang, éliminés par les reins. De là découlent une série de médications que l'on peut appeler antiseptiques, bien qu'elles n'agissent qu'indirectement pour réaliser l'antisepsie générale. A ces moyens indirects s'ajouteront peut-être un jour des procédés thérapeutiques plus immédiatement dirigés en vue d'entraver la pullulation des microbes ou de modifier leur fonctionnement. Nous verrons prochainement, en revenant sur la question des vaccinations préventives, ce que l'on peut espérer à ce point de vue.

Enfin, et c'est ce que M. Bouchard a si bien montré dans ses précédentes leçons, toutes méthodes hygiéniques et thérapeutiques qui ont pour résultats de fortifier l'organisme et de combattre les diathèses contribuent aussi à rendre moins facile l'action pathogène des micro-organismes. Ceux-ci nous entourent, nous pénètrent de toutes parts. Si nous résistons à leurs attaques, c'est le plus souvent parce que l'état de santé empêche ou entrave notablement leur germination. Il importe d'ailleurs de ne point oublier que si la maladie est le résultat des causes morbifiques qui agissent sur l'organisme, elle est aussi, comme le dit si bien M. Bouchard, l'ensemble des actes fonctionnels qui réagissent contre ces causes. Or ce travail de réaction, qui persiste longtemps après que la cause morbifique a cessé d'agir, entretient ces pleurésies, ces pneumonies, ces lésions organiques multiples qui constituent l'un des plus grands dangers des maladies infectieuses; c'est lui donc que nous avons le plus souvent à combattre, c'est lui qui exige toutes les armes de la thérapeutique, et qui permet de maintenir, à côté de la thérapeutique antiseptique directe, l'ensemble des médications traditionnelles : « Surveillez le microbe, dit M. Bouchard, mais n'oubliez pas l'organisme et ses réactions. Glorifiez les progrès récents, mais soyez assurés que tout ne date pas d'hier, et qu'il y a encore une médecine. » On voit, par ce court exposé, dans quel esprit est conçu ce livre. Nous aurons à montrer prochainement quelles applications pratiques on peut déduire de ces notions générales.

— Qu'est-ce que l'aïnhum? D'après les descriptions faites par les médecins qui l'ont observée au Brésil, la maladie paraîtrait analogue à la lèpre, ou bien due à des lésions trophiques encore mal définies, ou peut-être congénitale. L'observation très remarquable que M. Proust vient de communiquer à l'Académie est de nature à faire admettre qu'il existe parfois des malformations congénitales, débutant pendant la vie intra-utérine, évoluant ensuite plus ou moins tardivement et pouvant donner naissance soit aux lésions de l'aïnhum, soit à des lésions trophiques de diverses natures. Malheureusement l'anatomie pathologique de toutes ces lésions reste encore relativement obscure. Aussi faut-il espérer que la communication de M. Proust appellera l'attention des cliniciens sur les faits analogues. Peut-être arrivera-t-on, s'ils se multiplient, à bien définir pathologiquement une maladie des plus curieuses, qui paraît bien, comme le croit M. Proust, une malformation congénitale.

— Les intéressantes communications de MM. Brouardel, Gabriel Colin, Laborde et Léon Colin sur les dangers des poêles dits mobiles confirment de tous points les observations que nous présentions, il y a huit jours, au début de cette discussion, qui promet d'être à la fois précise et approfondie.

Les graves inconvénients de ce système de chauffage ne sont plus niables; voilà que l'on va même jusqu'à reconnaître que leur usage ne saurait être autorisé dans aucune habitation collective. Mais on le permettrait aux particuliers dans l'espoir que ceux-ci ne manqueront pas de se conformer à la longue énumération de précautions, libellées avec une grande compétence et une vigilante attention par le Conseil d'hygiène de la Seine, sur le rapport de M. Michel Lévy. Si ces précautions ne sont pas prises, le danger est incontesté; or elles concernent à la fois l'entretien de l'appareil et la disposition même de l'immeuble où celui-ci doit être placé. Combien d'immeubles sont susceptibles de présenter ces dispositions, tant à Paris que dans la France entière? C'est ce qu'on oublie de nous dire. Pour peu qu'on y réfléchisse, il n'est pas difficile de reconnaître que l'instruction nouvelle demandée à l'administration par le Conseil d'hygiène est appelée à n'avoir pas plus d'action ni d'efficacité que celles qui l'ont précédée, au moins pour ce qui concerne les habitations actuelles.

Les poêles mobiles, pour être sans danger, exigent donc, de l'aveu général, un aménagement particulier des conduits de fumée qu'il est facile d'indiquer pour les constructions nouvelles dans l'autorisation de bâtir demandée; mais il n'en est plus de même pour la très grande majorité des maisons existantes, et c'est ici que les habitants et leurs voisins courent de ce fait des dangers plus ou moins directs. La conséquence logique d'un tel état de choses serait la proscription absolue de ces appareils; mais le Conseil d'hygiène n'a pas voulu être aussi radicale et, au nom de la logique condamner définitivement les poêles mobiles. Il est à craindre que les circonstances invoquées pour les défendre n'atténuent guère les conséquences de ce système de chauffage. C'est ce qui sera prochainement démontré à la tribune de l'Académie, et ce que nous comptons signaler ici même dans huit jours.

— M. Périer a présenté à l'Académie un enfant opéré

avec succès d'une volumineuse méningo-encéphalocèle qui, grâce à l'aspiration préalable du liquide et à la méthode antiseptique, a pu être enlevée sans dangers ni complications.

CLINIQUE MÉDICALE

Causes et pathogénie de l'artério-sclérose (1).

Les *causes* de l'artério-sclérose sont de cinq ordres: elles sont d'abord *diathésiques*, *toxiques* ou *infectieuses*. Les premières concernent le rhumatisme, la goutte, l'arthritis, la syphilis, l'hérédité ; les secondes, l'alcoolisme, le tabagisme, le saturnisme, le paludisme, le végétarisme; les troisièmes dérivent de maladies aiguës infectieuses, fièvre typhoïde, variole, diphthérie, etc.

L'influence de l'âge et du sexe doit aussi être étudiée, quoiqu'elle ait une moindre importance. — Il n'en est pas de même du surmenage, et surtout du surmenage moral qui joue, d'après moi, un rôle étiologique de premier ordre.

I

1° *Causes diathésiques.* — C'est le *rhumatisme chronique* qui donne lieu le plus ordinairement aux indurations artérielles. Quant au rhumatisme aigu, il est moins souvent accompagné ou suivi de manifestations artérielles. Cependant vous verrez des cas où des malades ayant été atteints de plusieurs attaques de rhumatisme articulaire franchement aigu, sont devenus artério-scléreux à la longue; et tout dernièrement encore, je voyais un homme atteint d'artério-sclérose du cœur, chez lequel on ne pouvait noter dans ses antécédents pathologiques qu'une série de rhumatismes articulaires aigus.

D'autres fois encore, vous ne trouverez dans les antécédents personnels ou héréditaires des malades, que des manifestations abarticulaires de la diathèse rhumatismale, telles que des migraines, des névralgies erratiques et très rebelles, des affections cutanées ou des attaques d'asthme. D'après Gueneau de Mussy, la lésion artérielle chez les arthritiques et les rhumatisants commence d'abord le plus souvent sur les artères fémorales avant d'atteindre les autres vaisseaux périphériques. « Si l'on cherche, dit-il, dans quelles proportions les manifestations rhumatismales ont coïncidé avec les lésions artérielles, on trouve que dans 140 cas, on les a constatées 68 fois, c'est-à-dire chez près de la moitié des malades. » Pour le même auteur, le *froid* et l'*humidité* joueraient aussi un certain rôle étiologique. « Quand on réfléchit, ajoute-il, au rôle dominateur que le rhumatisme joue dans l'étiologie des maladies du cœur dont les artères sont une annexe, il n'est guère permis de conserver des doutes sur les rapports pathogéniques qui existent entre le rhumatisme et les lésions artérielles. L'évolution de celles-ci me semble moins rapide que celle des lésions cardiaques, ou moins apparente à ses débuts; mais dans le rhumatisme du cœur, après le choc de la maladie aiguë, l'organe affecté peut subir une modification lente qui transforme les produits du processus inflammatoire, et soit sous l'action persistante mais latente de la diathèse, soit sous l'influence des troubles fonctionnels qui résultent de la lésion primitive, les altérations du cœur deviennent très souvent plus graves et plus profondes. » Cette opinion, que j'accepte sans réserve, n'est pas celle de Lancereaux, qui, opposant les altérations viscérales observées dans le rhumatisme articulaire aigu et ce qu'il appelle l'herpétis, affirme que le premier affecte le cœur et non les artères, tandis que les manifestations articulaires de l'herpétis, « à peu près sans effet sur le cœur, sont presque toujours suivies, sinon accompagnées, de lésions généralisées du système artériel (1) ».

(1) Extrait d'un volume sous presse de *Leçons de thérapeutique et de clinique médicales sur les maladies du cœur*, par M. le docteur H. Huchard (1 vol. in-8° de 800 pages environ. Paris, mai 1889).

L'influence de la *diathèse goutteuse* sur le développement de l'artério-sclérose et de l'athérome artériel est si bien établie, qu'il me semble inutile d'y insister davantage. C'est ainsi que vous voyez chez des goutteux héréditaires, avant même l'apparition des symptômes articulaires, se développer lentement les lésions de l'artério-sclérose. Celle-ci dérive nettement de l'*arthritis*, ce tronc commun de l'arbre pathologique, dont la goutte et le rhumatisme sont les principales branches. C'est ainsi, sans doute, qu'il faut comprendre les faits d'*hérédité* de la sclérose artérielle que j'ai observés plusieurs fois, et l'arthritis souvent méconnu, avec ses manifestations plus ou moins frustes ou larvées, rend compte de certaines cardiopathies héréditaires, qui ne sont autre chose que des cardiopathies artérielles.

Le rhumatisme peut être héréditaire, mais les affections cardiaques qui en dépendent (*cardiopathies valvulaires*) ne le sont pas. Il n'en est pas de même de l'artério-sclérose généralisée et de l'artério-sclérose du cœur (*cardiopathies artérielles*), qui sont souvent héréditaires, alors même qu'on ne peut invoquer chez les ascendants l'influence de l'arthritis, de la goutte ou de la syphilis. Voici un des nombreux exemples d'hérédité de l'artério-sclérose:

M. B..., soixante ans (obs. L), ni syphilitique, ni alcoolique, mais ayant autrefois abusé du tabac, ne présente aucun antécédent héréditaire de goutte ou de rhumatisme. Il est atteint d'artério-sclérose cardio-rénale dont le début a été annoncé, il y a deux ans, par une bronchite très tenace qui dure encore, et qui s'est confirmée depuis trois mois par la dyspnée d'effort, des palpitations nocturnes très douloureuses, un léger bruit de galop, des battements artériels du cou, le retentissement diastolique de l'aorte, de la pollakiurie nocturne (sans aucune trace d'albuminurie), etc. Son frère est mort d'angine de poitrine; un autre frère, d'une affection cardiaque; une sœur, d'hémiplégie; son père mort accidentellement à cinquante et un ans; mère morte d'apoplexie cérébrale; grand-père maternel mort d'affection cardiaque (œdème des membres inférieurs, etc.); grand'mère maternelle, d'un cancer au sein; grand-père paternel, d'hydropisie du ventre; grand'mère maternelle, de vieillesse à quatre-vingt-dix ans. Cet homme a eu trois enfants: l'un d'eux a succombé vers l'âge de deux mois, à une entérite; le second a souffert du cœur (palpitations, œdème des membres inférieurs); le troisième est mort tuberculeux.

Il est donc démontré pour moi, que *certaines* affections cardiaques sont *directement* héréditaires; du reste, les auteurs anciens avaient autrefois insisté sur cette étiologie. Lancisi raconte que, dans une même famille, l'aïeul, le grand-père, le père et le fils ont été successivements atteints d'anévrysme du cœur. Albertini parle d'une femme déjà fort âgée qui avait eu cinq frères morts à la fleur de l'âge, de maladies du cœur, et qui elle-même luttait depuis plus de

(1) *Traité de l'herpétisme*, par Lancereaux, 1883, p. 288.

trente ans contre une affection semblable. Corvisart avait classé les causes des cardiopathies en « héréditaires, innées ou acquises » ; et Bouillaud, après avoir affirmé que cette question d'hérédité ne peut être mise en doute, s'exprime ainsi : « Mais il reste à déterminer d'une manière plus précise qu'on ne l'a fait jusqu'ici, quelles sont, parmi ces maladies, celles dans le développement desquelles influe surtout l'hérédité, quelles sont les limites de cette influence, et jusqu'à quel point elle peut être neutralisée par une sage observation des lois de l'hygiène (1). » Près de vingt ans plus tard, en 1868, cette question de l'hérédité des maladies du cœur n'était pas résolue, puisque Maurice Raynaud, reconnaissant « que l'on voit des parents atteints d'hypertrophie cardiaque, donnant le jour à des enfants qui présenteront la même affection », s'empressait d'ajouter : « Ce qui est héréditaire, ce n'est pas l'hypertrophie en tant qu'hypertrophie, c'est la diathèse rhumatismale (2). »

Or Bouillaud, en disant judicieusement que l'on ne connaît pas, parmi les maladies du cœur, « celles dans le développement desquelles influe surtout l'hérédité », a posé nettement les termes du problème. Je le résous par cette affirmation :

Les cardiopathies *valvulaires* ne sont pas directement héréditaires. Seules, les cardiopathies *vasculaires* se transmettent par hérédité.

Mais cette question de l'hérédité touche encore à l'un des points les plus importants de la pathologie générale : il vous arrivera souvent, en effet, de constater la transmission d'une maladie organique sous forme de troubles fonctionnels dans le même organe atteint par les ascendants. C'est cette vérité que j'ai autrefois exprimée dans le *Traité des névroses* (3) : parfois, disais-je alors, l'hérédité exerce une influence réelle sur la fixation de la névrose sur un organe ou un appareil. Tel malade, par exemple, qui présente des symptômes d'hystérie gastrique, a eu des ascendants goutteux ou rhumatisants qui ont souffert de l'estomac sous forme de dyspepsie simple, de gastralgie ou même de cancer ; tel autre qui se plaint de palpitations, de syncopes répétées, est issu d'une mère morte d'une affection réelle du cœur... Ces faits prouvent qu'à côté de l'*hérédité dans les lésions*, il faut placer l'*hérédité dans les organes*.

2° *Causes toxiques*. — Elles sont nombreuses et des moins discutables. Parmi elles, il faut citer l'*alcoolisme*, la *syphilis*, le *saturnisme*, l'*impaludisme* (4). Gubler avait pensé que le *végétarisme*, c'est-à-dire l'alimentation plus ou moins végétale, pouvait être classée parmi les causes de l'athérome ou de l'artério-sclérose ; mais jusqu'ici rien n'est venu démontrer la réalité de cette assertion.

Une des opinions les plus controversées est celle de l'influence du *tabagisme*. Selon moi, elle est résolue dans le sens de l'affirmative, et vous verrez fréquemment des fumeurs chez lesquels on ne peut invoquer aucune autre cause que celle de l'intoxication nicotique pour expliquer la production des indurations artérielles.

(1) Bouillaud, *Traité clinique des maladies du cœur*, t. I, 1841.

(2) Maurice Raynaud, art. Cœur du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1868.

(3) Axenfeld et Huchard, *loc. cit.* Voyez aussi la thèse de mon élève M. Deniau sur l'*hystérie gastrique*, p. 10, 1883.

(4) Ces diverses causes sur la valeur desquelles quelques auteurs ont émis des doutes, au sujet de l'alcoolisme par exemple (Lancereaux), seront étudiées plus complètement dans les leçons sur l'angine de poitrine, à propos de leur étiologie.

3° *Causes infectieuses*. — A côté des diathèses et des intoxications, on doit placer les maladies infectieuses. Mais ici, le processus anatomique, au lieu d'être lent, progressif et chronique, est au contraire aigu et rapide ; il s'agit réellement d'une endartérite aiguë, comme Hayem l'a démontré il y a longtemps déjà, dès 1869, pour la *fièvre typhoïde*. Le poison typhique porte du reste son action sur le système artériel, comme le prouve la fréquence relative des artérites dans cette maladie (Barié). A côté d'elle, il faut placer la *variole*, dont j'ai fait connaître avec M. Desnos, dès 1870 (1), l'influence sur le développement de la myocardite. Plus tard, Brouardel démontrait que les varioles graves déterminent des lésions inflammatoires, non seulement sur la membrane interne du cœur, mais aussi sur celle de l'aorte.

Dès cette époque, la question de l'influence des maladies infectieuses sur le développement ultérieur d'affections artérielles avait été nettement posée, comme on peut le voir par ce passage : « Il existe donc, suivant nous, une endocardite et une endartérite varioleuses. Elles diffèrent assez dans leurs lésions, dans leurs signes physiques et surtout dans leur marche, pour être séparées dans les descriptions des complications cardiaques du rhumatisme et de la pleuropneumonie. Il faudra les ranger à côté des lésions identiques ou analogues, qui surviennent dans les maladies infectieuses. Il reste à déterminer quelle est leur part d'influence sur le développement ultérieur des affections du cœur et des artères (2). »

Les mêmes lésions, du côté de l'aorte et du système artériel, ont encore été signalées dans la *diphthérie*, dans la *scarlatine* (3), et nul doute qu'on ne les trouve plus tard dans d'autres maladies infectieuses comme l'érysipèle, dont on a reconnu l'influence sur la production de l'endocardite et de la myocardite (Jaccoud, Sevestre, etc.). Dans la tuberculose pulmonaire, et surtout dans la *phthisie aiguë*, j'ai observé, pour ma part, deux exemples remarquables d'aortite et d'endartérite généralisée, qui s'étaient développées certainement sous l'influence de ces affections.

La plupart de ces maladies infectieuses sont d'origine microbienne, il en résulte que les scléroses artérielles qui en dépendent, peuvent être de même nature. C'est l'opinion qu'exprimait Balzer, en 1882 : « Les scléroses, disait-il, aussi bien que les autres altérations que l'on observe dans les maladies infectieuses, paraissent déterminées par la présence, au sein des tissus, d'organismes inférieurs et surtout de microbes de diverses espèces. Le nom de « scléroses parasitaires » serait donc mieux justifié pour les désigner (4). »

4° *Influence du surmenage*. — En dehors des diathèses, des intoxications et des maladies infectieuses, il est une cause à laquelle j'attache la plus haute importance, c'est le

(1) Desnos et Huchard, *De la myocardite varioleuse* (*Union méd.* Paris, 1870-1871).

(2) Brouardel, *Études sur la variole*. Lésions vasculaires (cœur et aorte) (*Arch. gén. de méd*, décembre 1874).

(3) Tout dernièrement MM. Landouzy et A. Siredey ont repris cette question et lui ont donné d'intéressants développements. Pour eux, les lésions de l'endartérite cardiaque typhoïdique ne sont pas seulement intéressantes à étudier au point de vue de leurs conséquences immédiates (collapsus et morts subites), mais elles doivent être envisagées sous le rapport de leurs conséquences plus éloignées : elles peuvent devenir, plusieurs années après la maladie, le point de départ de cardiopathies réelles, elles peuvent aussi, surtout chez les individus prédisposés par leurs antécédents arthritiques ou névropathiques, devenir la cause d'une endartérite plus généralisée et d'une artério-sclérose étendue à tout le système artériel (*Revue de médecine*, 1887 et 1888).

(4) Balzer, art. Sclérose (*Dict. de méd. et chir. pratiques*, 1882).

surmenage, question bien débattue dans ces derniers temps et très complexe, comme vous allez le voir.

Un muscle fatigué est un muscle intoxiqué par des acides et surtout par l'acide lactique; le surmenage aigu, qui jette dans l'économie une quantité considérable de matières extractives et de déchets de désassimilation des tissus insuffisamment éliminés par les émonctoires naturels, porte son action nocive sur les muscles vasculaire et cardiaque. Il s'agit donc ici d'une *myocardite aiguë par intoxication*. — D'autres fois, c'est par le mécanisme de l'effort que seront produites certaines affections du cœur, admises par les uns et niées par les autres, et qui aboutissent promptement aux symptômes du *cœur forcé* chez les soldats en campagne. — Enfin, le surmenage peut porter son action non seulement sur le myocarde, mais aussi sur le système artériel. « On observe souvent l'athérome, chez les manouvriers, les campagnards, les hommes de peine, chez ceux qui « ont le sang noir », comme disaient les praticiens de Venise, en comparant leurs mains veinées de bleu aux mains calleuses à grosses veines foncées des artisans (1). » Mais ici, la pathogénie est complexe, et l'on ne fait pas jouer un rôle suffisant à l'alcoolisme et au tabagisme.

D'un autre côté, l'influence du végétarisme, c'est-à-dire de l'alimentation presque exclusive par les légumes et les fruits, peut aussi être invoquée. A ce sujet, Lacassagne, ayant remarqué que l'athérome est rare chez les animaux herbivores et qu'il ne survient chez les végétaristes qu'après de grandes fatigues et des marches forcées, a émis la théorie suivante: le travail exagéré augmente la proportion d'acide carbonique contenue dans le sang, ce qui détermine la formation exagérée et la précipitation de carbonates alcalins et de phosphates. Dès lors, on comprend qu'un régime exclusivement végétal jette dans l'économie une proportion plus forte de principes minéraux et favorise ainsi la production de l'athérome (2).

La plupart des auteurs ont du reste décrit l'influence du surmenage sur le cœur, et Revilliod a bien résumé cette question par le passage suivant:

« Il était à prévoir que le centre circulatoire devait ressentir en premier lieu les effets d'une affection produite par une suractivité fonctionnelle de tout l'organisme et subir des troubles nutritifs, conséquence naturelle des altérations du liquide nourricier. Or, nous constatons, en effet, que toute fatigue aboutit au cœur. Par les hautes fonctions qui lui sont dévolues, par sa riche organisation musculaire et nerveuse, dont les sources dérivent du système cérébro-spinal et végétatif, il ressent le contre-coup de la fatigue musculaire comme de la fatigue morale. Point de départ et point d'arrivée, centre lui-même d'actes réflexes multiples, il est exposé à mille causes de désordres auxquels ses nerfs pondérateurs ont peine à suffire. On concevra donc sans difficulté, comment, malgré toutes les précautions prises par la nature, ce muscle destiné à battre soixante-dix fois par minute, du commencement à la fin de l'existence, puisse au même titre que tout autre muscle, être appelé à remplir une tâche excessive et subir dans certaines circonstances les phénomènes de la fatigue, ou souffrir par action à distance d'un état de fatigue localisé ou généralisé (3). »

(1) Keim, *De la fatigue et du surmenage au point de vue de l'hygiène et de la médecine légale* (Thèse inaugurale de Lyon, décembre 1886). Voyez encore Éloy: sur les *états typhoïdiques de fatigue*, etc. (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1888).

(2) Lacassagne (*Annales d'hygiène*, vol. XLIX).

(3) Revilliod, *De la fatigue* (*Mémoire de la Société médicale de Genève*, 1880).

Nous voici loin de l'artério-sclérose, me direz-vous? Nullement. Je vous fais ces citations pour vous démontrer que, si les auteurs ont judicieusement insisté sur le surmenage dans ses rapports avec les affections cardiaques, ils ont laissé complètement de côté le *surmenage artériel* et ses conséquences. Si Peter a pu dire, avec raison, que « le cœur physique est doublé d'un cœur moral », voulant montrer par là l'influence indéniable des émotions sur les cardiopathies, il n'a pas montré le mode pathogénique des cardiopathies artérielles et de l'artério-sclérose. A propos de l'hypertrophie du ventricule gauche, il a dit, avec raison, qu'elle « est la maladie des organismes usés par la fatigue, les passions et les excès: fatigue de la vie maritime, de la vie guerrière, de la vie politique... » Mais la phrase suivante, la seule que je puisse invoquer à l'appui de la thèse que je vais développer, ne fait qu'indiquer la participation du système artériel aux effets du surmenage *moral:* « Ici, ajoute-t-il, la maladie (l'hypertrophie ventriculaire) est celle des « viveurs » chez lesquels le système artériel est constamment tendu, et s'use prématurément par excès de tension habituel (1). »

On a souvent discouru au sujet de l'influence des causes morales sur la production ou l'aggravation des cardiopathies, et cette question a été diversement résolue par les médecins pour être reléguée ensuite parmi les suppositions banales du vulgaire.

Corvisart plaçait avec grande exagération à la tête des causes des cardiopathies « innées » l'influence de « l'imagination de la mère sur le fœtus » et celle des passions sur la production des cardiopathies « acquises ». « Si quelqu'un pouvait nier de bonne foi, disait-il, ou douter seulement des fatales influences physiques des passions sur le cœur, qu'il lui suffise de savoir qu'il se déchire dans un accès de colère et cause la mort subite; et je ne suis pas le seul médecin qui ait pensé que ses lésions organiques ont été plus fréquentes dans les horribles temps de la Révolution que dans le calme ordinaire de l'ordre social (2). » Plus tard, un médecin italien, Schina, dans une longue dissertation, se rangeait à cette opinion (3) que Beau devait également accepter (4). Plus tard encore, Leudet se montrait très réservé sur cette question, tout en concluant à « l'influence réelle des causes morales sur les affections organiques du cœur, sans pouvoir toutefois la démontrer d'une façon certaine (5) ». De son côté, Claude Bernard aborde ainsi la question :

« Lorsqu'on dit que le cœur est brisé de douleur, il se passe dans cet organe des phénomènes très réels. Le cœur s'est arrêté, si l'impression douloureuse a été trop soudaine, et il en est résulté une syncope avec les crises nerveuses qui en sont la conséquence. On a donc bien raison d'user de ménagements, quand il s'agit de faire connaître à quelqu'un une de ces nouvelles terribles qui bouleversent l'âme. Quand, après avoir éprouvé de longues angoisses, on dit qu'on a le cœur gros, cela répond encore à des conditions physiologiques particulières; nos expériences nous ont montré, en effet, que des excitations d'une intensité graduellement croissante, émoussent ou épuisent la sensibilité

(1) Peter, *loc. cit.*, p. 309.

(2) Corvisart, *Essai sur les maladies et les lésions organiques du cœur*. 3e éd. Paris, 1818.

(3) Schina, *Archivio di med. pratica univ.* Turino, 1834.

(4) Beau, *Traité expérimental et clinique d'auscultation*, p. 133, 1856.

(5) Leudet, *Influence des causes morales et mécaniques dans la production des maladies organiques du cœur* (Thèse d'agrégation, Paris, 1853).

du cœur, sans en arrêter les battements. Les impressions douloureuses prolongées, devenues incapables d'arrêter le cœur, le fatiguent donc sans retarder ses battements, prolongent la diastole, et font éprouver dans toute la région précordiale un sentiment de plénitude ou de resserrement (1). »

Tout cela est fort bien; mais Cl. Bernard, pas plus que les auteurs précédents ou suivants, n'a parlé de l'influence des émotions sur le système artériel, et par son intermédiaire sur le cœur. Or, comme vous le verrez plus loin, c'est par ce seul mécanisme que j'arrive à la conception de l'artério-sclérose déterminée par les impressions morales.

Bernheim (2), dans sa relation « d'affections cardiaques sans lésions valvulaires », cite plusieurs observations dans lesquelles les « causes morales déprimantes » ont certainement dû jouer un grand rôle dans la production de certaines cardiopathies. Vous pouvez lire à ce sujet l'observation VI de son livre, où vous verrez qu'une femme de soixante-six ans, non rhumatisante, réduite à la misère après de grands revers de fortune, éprouva d'abord de violentes palpitations cardiaques auxquelles succéda une dyspnée croissante; puis, survinrent de l'œdème des membres inférieurs, une hypertrophie considérable du cœur, la dyspnée de Cheyne-Stokes et des troubles graves de compensation qui aboutirent à une asystolie mortelle. A l'autopsie, on trouva une hypersarcose ventriculaire considérable, des plaques athéromateuses de l'aorte, avec intégrité des orifices du cœur. Le même auteur cite encore plusieurs observations semblables où l'on trouve le plus souvent la mention d'émotions violentes ou de chagrins répétés.

Enfin, Lamarre (de Saint-Germain) et Peter ont été plus précis, et ils ne doutent pas de l'influence du système nerveux sur les maladies du cœur (3). Mais ils n'indiquent pas son rôle pathogénique, ils mentionnent seulement l'aggravation, par les causes morales, d'une cardiopathie préexistante.

D'après ces citations, il vous est difficile de vous faire une idée exacte sur la solution de cette question, et cependant d'après mon expérience personnelle, j'estime que rien n'est plus simple. Jusqu'alors on n'avait pas une opinion ferme à ce sujet et les controverses étaient nombreuses parce qu'on n'avait pas formulé, comme je l'ai fait, cette distinction capitale entre les cardiopathies *valvulaires* et les cardiopathies *vasculaires*. Pour les premières, tout le monde doit être d'accord : elles peuvent être aggravées, mais elles ne sauraient être jamais créées de toutes pièces par les impressions morales. Il n'en est pas de même des secondes. A leur sujet, je résous la question par l'affirmative, et je soutiens que les émotions sont les causes les plus fréquentes du développement de l'artério-sclérose en général et de l'artério-sclérose du cœur en particulier. Rappelez-vous ce que je vous ai dit dans une des précédentes leçons au sujet de l'hypertension artérielle : je vous ai montré tout l'arbre circulatoire en état de contracture sous l'influence d'une émotion, la plus légère en apparence; or cette contracture vasculaire est un facteur important de l'hypertension artérielle, et cette dernière, comme je vous l'ai dit et prouvé, est la cause première de l'artério-sclérose.

(1) Cl. Bernard, Conférence sur les « fonctions du cœur et ses rapports avec le cerveau » (*Revue des cours scientifiques*, 1864-1865, p. 314).

(2) Bernheim, *Leçons de clinique médicale*. Paris, 1877.

(3) Lamarre, *Rôle du système nerveux dans les maladies du cœur*. 1881. — Peter (Rapport sur ce mémoire), *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1881.

Ce sont là des idées purement théoriques, direz-vous? Oui, sans doute, si elles n'étaient pas confirmées d'une façon éclatante par l'observation des faits. Vous admettez bien l'influence du choc traumatique sur l'aggravation des affections cardiaques, et vous ne comprendriez pas que le *choc* ou le *traumatisme moral*, répété et répercuté, pût déterminer à la longue une lésion de tout le système cardio-vasculaire?

Voyez donc cet homme sous le coup d'une violente et d'une triste émotion : la face pâlit et se couvre de sueur, les extrémités se refroidissent, le pouls est petit, faible et misérable, une angoisse indicible étreint le cœur dont les battements, précipités et tumultueux d'abord, peuvent se suspendre au milieu d'un état lipothymique ou syncopal. Niera-t-on, dans ces cas, l'existence d'un spasme vasculaire, et n'en avez-vous pas vu la preuve dans l'expérience de Mosso à l'aide de son pléthysmographe? Supposez alors des émotions qui se répètent, qui se perpétuent, comme vous en voyez dans la vie agitée des hommes politiques, des financiers, des ambitieux ou des incompris, et alors vous comprendrez pourquoi leur système artériel en état d'hypertension permanente devra subir à la longue les lésions de l'artério-sclérose.

Souvent, des malades arrivent à vous avec tous les signes indéniables d'une cardiopathie. Vous en cherchez les causes et vous ne les trouvez pas dans les antécédents héréditaires ou personnels : il n'y a pas de tare diathésique parmi les ascendants, ni rhumatisme, ni goutte; ce ne sont ni des saturnins, ni des alcooliques, ni des impaludiques, ni des tabagiques. Mais alors, interrogez-les de plus près, scrutez tous les incidents de leur existence, et vous verrez que le plus souvent leur affection n'a pas d'autre source que dans le surmenage moral ou intellectuel d'une vie continuellement tourmentée par les ennuis, par les émotions, par les malheurs et par les déceptions de toutes sortes. Ici c'est une malheureuse mère qui voit succomber les siens; là c'est un financier qui, d'infortunes en infortunes, tombe dans la ruine la plus complète; plus loin, c'est l'homme politique qui se lance dans la voie des déceptions. En voici un exemple :

Un homme de cinquante-deux ans, riche banquier dans une ville importante, maire et conseiller général de son pays, descend dans l'arène politique; il est grand électeur de son pays, il combat ses adversaires avec une vigueur inaccoutumée par la plume et par l'action; puis, l'heure des déceptions arrive : ses candidats sont battus par le parti adverse; battu lui-même, il ne parvient qu'à grand'peine à rester à la tête de l'administration de son pays. Alors, les désastres de ses finances succèdent aux désastres de son ambition déçue; le visage pâlit, le cœur est agité par de folles palpitations, le pouls est serré, petit et concentré, et le médecin voit évoluer pas à pas, jour par jour, une affection cardiaque d'origine artérielle. Les artères tendues et résistantes d'abord au toucher deviennent dures et athéromateuses, l'aorte se dilate, et l'on finit par constater une double lésion de l'orifice aortique. Chez cet homme, on ne peut invoquer aucune cause de son affection; il n'était ni syphilitique, ni alcoolique, ni goutteux, ni rhumatisant, ni fumeur. Seules, les émotions de cette vie tourmentée et tumultueuse avaient agi en déterminant un double surmenage : celui du système nerveux et celui du système circulatoire. Il y a quelques mois, il mourait en laissant dans sa

caisse un déficit de près d'un million de francs, déficit qu'il avait soigneusement caché aux siens.

Que d'exemples semblables n'aurai-je pas à vous citer à l'appui de la thèse que je défends! Les émotions agissent d'abord sur le système artériel, et c'est par lui, c'est par son intermédiaire que le cœur est atteint dans sa substance contractile.

Ici donc, les émotions ont développé d'abord de toutes pièces une cardiopathie *artérielle* et en ont ensuite précipité l'échéance fatale. Mais, dans d'autres cas, elles peuvent avoir leur retentissement sur des cardiopathies *valvulaires* préexistantes. Voici, à ce dernier point de vue, un exemple que j'emprunte à Peter :

« J'ai eu l'occasion de voir un préfet chez lequel une maladie du cœur parcourut en moins de dix-huit mois toutes ses phases, depuis l'endocardite génératrice jusqu'aux infiltrations généralisées et terminales, et cela dans les circonstances que voici : en juillet 1868, au milieu d'une tournée de revision, ayant excessivement chaud, il se baigna inconsidérément dans la mer, en éprouva un malaise immédiat, et trois jours après, sans rhumatisme articulaire concomitant ou antérieur, le matin il était réveillé par une angoisse considérable avec grande agitation. Son médecin constata une endocardite aiguë et à peine fébrile, dont l'origine n'était guère douteuse, et il la traita en conséquence. Nonobstant une médication rationnelle, le malade, restant tourmenté par des palpitations, vient à Paris deux mois plus tard consulter Bouillaud et Barth qui tous deux reconnurent l'existence d'une affection organique du cœur. Vers la fin de septembre, je le vis moi-même et lui trouvai un bruit de souffle intense, dur, vers la pointe du cœur, ayant son maximum d'intensité un peu au-dessous du mamelon; c'était là l'indice d'une insuffisance mitrale bien caractérisée, et tel avait été le diagnostic de Bouillaud et Barth. Le cœur était déjà un peu hypertrophié. Le malade, homme très vigoureux, très actif et très remuant, ne se plaignait que de palpitations et d'oppression; cependant les bases pulmonaires étaient encore intactes. Je conseillai, indépendamment d'une médication révulsive locale et de l'emploi de l'iodure de potassium associé à la digitale à l'intérieur, de modérer l'existence et surtout de mettre un frein à cette politique trop militante. Malheureusement, l'année suivante fut celle des élections générales : il fallait faire échouer le candidat de l'opposition, homme très populaire; le préfet donna fougueusement de sa personne, et le candidat populaire ne fut pas nommé. Mais, quatre mois plus tard, le fonctionnaire mourait infiltré de toutes parts, enseveli dans son triomphe. « Vous m'avez battu, lui avait dit après son échec le candidat évincé, mais vous en mourrez! » Et la prédiction s'était réalisée. »

5° *Influence de l'âge*. — L'influence athéromigène de la *vieillesse* n'est plus à démontrer, qu'il s'agisse de la vieillesse prématurée des goutteux, des alcooliques, des surmenés, etc., ou de la sénilité, succédant à l'accumulation des ans. Mais ces deux vieillesses ne se ressemblent pas absolument au point de vue de l'anatomie pathologique, de la clinique et de leurs causes : pour la première, les scléroses viscérales sont fréquentes, et la lésion est prédominante dans les petits vaisseaux ; en un mot, il y a plus d'artério-sclérose viscérale que d'athérome artériel. Pour la seconde, le processus se localise davantage dans les gros troncs artériels, le retentissement viscéral moins accusé ne se manifeste souvent que par l'atrophie des organes, il y a plus d'athérome artériel que d'artério-sclérose viscérale. La marche est subaiguë dans l'une, chronique dans l'autre. Dans la première, les agents d'irritation sont à peu près connus (acide urique, plomb, alcool) ; mais pour la seconde, il n'est pas possible de voir dans la composition du sang de vieillard, dans la quantité moindre d'oxygène absorbé, dans la diminution des globules sanguins et de leur hémoglobine, les raisons suffisantes pour expliquer la production de la sclérose vasculaire. Nous vieillissons tous les jours, la sclérose artérielle est la « rouille de la vie », et c'est ainsi qu'Hippolyte Martin a pu trouver chez un enfant de vingt-trois mois, au-dessus de l'orifice de l'artère coronaire gauche, un point d'athérome aortique ayant un millimètre de diamètre; c'est ainsi que, dès l'âge le plus tendre, à trois et quatre ans, on peut constater déjà quelques stries athéromateuses; on cite même un cas, unique en son genre, relatif à un vaste anévrysme de l'aorte abdominale d'un volume tellement considérable qu'il était devenu chez un fœtus la principale cause de dystocie (1). Chez un enfant de deux mois, Moutard-Martin (2) a pu constater une aortite chronique avec rétrécissement de l'aorte. Hogdson raconte que S. Young a enlevé une artère temporale absolument calcaire sur un enfant de quinze mois. Portal et Scarpa auraient encore rencontré des cas semblables. Andral a vu des ossifications aortiques chez un enfant de huit ans et chez cinq ou six malades âgés de moins de trente ans. H. Roger et Sanné (3) ont rencontré chacun un cas d'anévrysme de l'aorte avec lésions athéromateuses chez deux enfants de dix ans et de treize ans et demi. Sur 551 cas d'anévrysmes rassemblés par Crisp (de Londres), cinq appartenaient à des sujets dont l'âge variait de quelques jours à vingt ans. Blache a constaté « une dégénérescence calcaire considérable de l'endocarde et des parois artérielles dans toute l'étendue de l'aorte jusqu'aux iliaques (4) ».

J'ajoute encore que, d'après mes observations, la *ménopause* est fréquemment une cause, non seulement d'aortite, mais aussi d'artério-sclérose.

Cazalis avait donc raison de dire qu'on a l'âge de ses artères. Nous vieillissons par notre système artériel et cela se comprend aisément; car, ainsi que le dit H. Martin, « dans l'air que nous respirons, dans les aliments liquides ou solides que nous ingérons, dans les gaz et les liquides qui arrivent au contact de nos muqueuses, etc., se trouvent mille particules, quelle que soit leur nature, qui, une fois introduites dans la circulation, doivent agir sur la paroi vasculaire au contact de laquelle elles sont arrivées. Il n'est point de canal destiné à alimenter d'eau une ville, aussi perméable qu'il soit primitivement, qui ne s'incruste de sels, de corps étrangers et dont la destruction lente de la paroi n'exige un jour ou l'autre l'établissement d'une canalisation nouvelle. Il en serait rapidement de même pour nos artères si elles étaient des conduits inertes; mais toutefois leur résistance vitale a des limites. Les artérioles et les capillaires, dont la paroi, plus délicate et plus mobile, obéit directement à l'influence nerveuse et se contracte brusquement et fréquemment sur le sang qu'elle contient, sont tout particulièrement lésés. »

(1) Phœnomenow (*Arch. f. gynækologie*, 1882).
(2) Moutard-Martin (*Bull. de la Soc. anatomique*, 1875, p. 775).
(3) H. Roger (*Soc. méd. des hôpitaux*); Sanné, *De l'anévrysme de l'aorte et de l'athéromasie aortique* (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1875, p. 50).
(4) Blache, *Maladies du cœur chez les enfants* (Thèse inaug., Paris, 1869).

II

Pathogénie. — Les causes de l'artério-sclérose vous sont suffisamment connues; il s'agit maintenant de savoir comment elles se comportent pour la produire. Il est certain qu'elles agissent souvent par l'intermédiaire du sang plus ou moins modifié dans sa composition. Mais l'agent de l'irritation n'ost pas le même suivant les cas. Le sang des goutteux, des saturnins et même des alcooliques, est riche en acide urique; chez ces deux derniers, la présence du plomb ou de l'alcool ne doit pas être étrangère à l'irritation des parois vasculaires, et pour le saturnisme, il a été démontré par Malassez que les globules sanguins sont moins nombreux et plus volumineux qu'à l'état normal. Le sang des rhumatisants renfermerait, d'après Richardson, de notables proportions d'acide lactique, ce qui est loin d'être prouvé.

Quant à la théorie parasitaire du rhumatisme, elle n'est pas encore démontrée, malgré les travaux de Recklinghausen, de Fleischauer, d'Eberth, de Kosters et de Klebs. Pour ce dernier le parasite serait une *monadine*, de sorte que l'expression de rhumatisme pourrait être remplacée par celle de *monadinie* (1).

Mais, si les agents de l'irritation vasculaire sont variables, s'ils ne sont pas encore bien démontrés dans les différentes maladies que nous venons de passer en revue, on peut pressentir leur mode d'action, et pour ma part, en m'appuyant sur l'existence du spasme artériel qui précède toujours dans les petits vaisseaux la production de la sclérose, je crois qu'ils se comportent tous comme des poisons ou des *excitants musculaires*. Le fait n'est-il pas démontré pour l'alcool et le plomb qui déterminent, comme chacun sait, un état de rigidité musculaire du cœur et des vaisseaux? Du reste, Kusmaul, Meyer et Hitzig ont nettement constaté sous l'influence du saturnisme, la diminution du calibre des artérioles et l'épaississement assez rapide de la paroi celluleuse. C'est là un fait déjà observé par les auteurs anciens, et Stoll avait remarqué depuis longtemps que les malades présentaient pendant un temps plus ou moins long après des coliques saturnines, une dureté et une tension anormales de tout le système artériel. Donc, pour expliquer la fréquence de l'artério-sclérose chez les saturnins, il n'est pas nécessaire de toujours invoquer, comme le pense Maurice Raynaud, l'usage immodéré du vin et des liqueurs (2).

Jusqu'ici, comme l'a fait remarquer H. Martin, il ne s'agit que d'endartérite consécutive à une irritation *locale*, d'une endartérite *traumatique*, pour ainsi dire. On doit se demander encore s'il n'y aurait pas une endartérite *spontanée* d'origine nerveuse. Or les expériences et certaines observations tendraient à prouver son existence, et je ne serais pas étonné, pour ma part, de croire avec Giovanni que la sclérose artérielle soit le résultat de perversions dans le fonctionnement des nerfs vaso-moteurs. Cet expérimentateur a pu sectionner à plusieurs reprises chez les chiens à travers deux espaces intercostaux les cordons du grand sympathique. Après avoir sacrifié ces animaux, quelques mois ou quelques semaines après, il a toujours trouvé à l'autopsie des taches jaunâtres athéromateuses

(1) Klebs, *Arch. f. exp. path. med. pharm.*, 1875 et 1878 (cité par H. Martin).
(2) Maurice Raynaud, art. Artérite du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, 1865, t. III, p. 224.

disséminées à la surface interne de l'aorte descendante (1). Ce même auteur cite à l'appui de son opinion, l'observation suivante : chez une femme de cinquante ans, atteinte depuis sa jeunesse d'une névralgie faciale du côté droit, l'artère temporale et ses ramifications étaient volumineuses et rigides, tandis que celles du côté opposé étaient absolument normales.

Avant Giovanni, Botkin avait fait, en 1875, la remarque que l'endartérite se développe beaucoup plus dans les artères siégeant du côté même où l'on observait des troubles vaso-moteurs symptomatiques d'une lésion unilatérale du cerveau.

J'ai observé, pour ma part, un fait semblable dans un cas de névralgie brachiale, une des névralgies les plus rebelles qui existent. Le malade souffrait à gauche depuis plusieurs années, sans qu'il eût été possible de calmer ses violentes douleurs. Or je constatai de la façon la plus manifeste que toutes les artères du bras et de l'avant-bras de ce côté étaient devenues dures, flexueuses et très athéromateuses, tandis que celles du côté droit avaient gardé leurs caractères normaux.

Il résulte de ces faits expérimentaux et cliniques que l'endartérite peut être produite par des lésions nerveuses. Si l'existence des nerfs trophiques de Samuel a été contestée par divers auteurs et notamment par Hermann Joseph (2), elle a été, d'autre part, démontrée par les nouvelles expériences d'Eichhorst, de Grawitz, de Rosanoff, de Wassilief et d'Hippolyte Martin (3). Les deux premiers expérimentateurs, après la section des pneumogastriques chez des oiseaux, ont pu observer une altération graisseuse très manifeste des fibres striées du myocarde, altération qu'ils ont attribuée à une action directe des nerfs sur le muscle. Le dernier auteur a répété ces expériences et, d'après la topographie des lésions, il est arrivé à cette conclusion, qu'après la section des nerfs, le premier phénomène constaté est l'altération vasculaire, et que les lésions musculaires et conjonctives lui sont consécutives. Cette interprétation concorde absolument avec les données de l'anatomie pathologique qui nous ont appris la subordination absolue des dégénérescences musculaires et scléreuses à l'endartérite oblitérante. Il faut donc conclure avec Hippolyte Martin que les centre nerveux n'exercent pas une influence trophique *directe* sur les tissus, qu'ils agissent sur ces derniers seulement par l'intermédiaire des vaisseaux. On a donc affaire à une véritable *tropho-neurose vasculaire*.

Le même mécanisme peut, sans doute, être invoqué à la suite de lésions constatées sur les nerfs du plexus cardiaque et les ganglions nerveux du cœur dans certaines hypertrophies de cet organe (Putjatin et Uskow) et dans les maladies infectieuses comme la fièvre typhoïde et la pneumonie (Ivanowsky, Winogradoff) (4).

Ces faits ont une grande importance; ils ne doivent pas vous étonner si vous réfléchissez aux nombreux troubles

(1) Giovanni, *Contribuzione alla patogenesi della endarterita* (*Ann. univ. di medicina*, février 1877).
(2) Hermann (Joseph), *Reichert's und Dubois-Reymond arch.*, 1872.
(3) Hippolyte Martin, *Considérations générales sur la pathogénie des scléroses dystrophiques consécutives à l'endartérite oblitérante progressive* (*Revue de médecine*, 1881); Eichhorst (*Centralb. f. die med. Wiss.*, 1879); Rosanoff, thèse de Saint-Pétersbourg, 1877; Wassilof (*Zeitsch. f. klin. Med.*, 1881). Voy. aussi la thèse inaugurale de Schnell : *Lésions cardio-vasculaires d'origine nerveuse*, Paris, 1886.
(4) Putjatin, *Virchow's Arch.*, 1883 ; Uskow, *Ibid.*, 1883 ; Iwanowsky, *Sur l'anatomie pathologique du typhus abdominal*, 1876; Winogradoff (*Congrès de la Société des médecins russes*, 1886).

vaso-moteurs produits par les névralgies; et si vous admettez avec moi que le système nerveux joue également son rôle dans la production de l'artério-sclérose, vous comprenez bien pourquoi les causes morales, les émotions diverses, le surmenage intellectuel et moral agissent par l'intermédiaire des vaisseaux, comme cela est ma conviction, dans le développement de cette maladie.

Henri Huchard,
Médecin de l'hôpital Bichat.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Du traitement antiseptique de la typhlite.

Les indications de la médication sont les suivantes, d'après M. Bouchard : 1° calmer la douleur; 2° mettre l'intestin au repos et réduire les fermentations digestives au minimum; 3° assurer l'asepsie du gros intestin.

Le traitement de la typhlite doit donc être : sédatif, diététique et antiseptique.

1° Pour *calmer la douleur*, on emploiera le cataplasme classique, les onctions mercurielles belladonées et l'injection hypodermique de morphine.

2° Pour *éviter l'encombrement intestinal*, on disposera du régime diététique et des laxatifs.

Comme aliments préférer le lait coupé d'une eau alcaline ou additionné de jaunes d'œufs; éviter les substances solides ou aisément fermentescibles.

On assure la liberté du ventre par des laxatifs doux (eau sucrée additionnée d'une cuillerée de magnésie ou bien une cuillerée à dessert d'huile de ricin), et en évitant les purgatifs violents.

3° Pour *assurer l'asepsie intestinale*, M. Bouchard pratique des irrigations biquotidiennes avec un litre de la solution suivante tiédie à 38 degrés.

Pr. Eau	1000 grammes.
Borate de soude	5 —
Teinture de benjoin } āā	5 —
Alcool camphré }	

Ch. Éloy.

REVUE DES COURS ET DES CLINIQUES

Hôpital Saint-Louis. — Réunions cliniques hebdomadaires des médecins de l'hôpital Saint-Louis.

Lupus érythémateux de la bouche. — M. *Vidal* présente une malade atteinte de cette très rare variété de lupus. Celui-ci se présente sous forme d'une plaque isolée sur la face interne de la joue gauche; il y a en même temps du lupus érythémateux de la face interne des lèvres. C'est la seconde fois seulement qu'il voit ainsi une plaque *isolée* de lupus érythémateux buccal. Le lupus érythémateux de la bouche se montre ordinairement sur les lèvres et se continuant avec une lésion semblable de la surface cutanée. — M. *Quinquaud* a vu un lupus érythémateux débuter par la voûte palatine. — M. *Lailler* n'a jamais observé le lupus érythémateux de la cavité buccale. (Séance du jeudi 7 février 1889.)

Sclérodermie en plaques du cuir chevelu. — M. *Fournier* présente une jeune fille de vingt ans qui, depuis l'âge de onze ans, présente au niveau de la partie moyenne du pariétal gauche une plaque de la dimension d'une pièce de cinq francs absolument glabre. De cette plaque, part une sorte de ruban large d'environ 2 centimètres qui traverse le front de haut en bas et vient aboutir à la partie moyenne de l'arcade sourcillière gauche. Au niveau de la lésion, la peau, légèrement déprimée, présente un aspect jaunâtre, lisse; elle est dure, violacée sur ses bords. Depuis sept ans, nouvelle plaque rubanée s'étendant de la racine du nez à la bordure des cheveux. Il s'agit d'une variété de *sclérodermie* ou *morphée*. — M. *Besnier* estime que les alopécies de cette sorte ne sont pas toujours incurables; il soumet les plaques malades à un massage quotidien et donne du bromure de potassium à hautes doses pour lutter contre la disposition névropathique des malades atteints de sclérodermie. (Séance du 14 février.)

Syphilide tertiaire circinée superficielle. — On a l'habitude de considérer la syphilis tertiaire comme produisant toujours des lésions cutanées profondes, ordinairement destructives. A l'appui de plusieurs présentations faites dans les séances précédentes, M. *Vidal* montre un malade âgé de vingt-sept ans, syphilitique depuis onze ans, qui présente sur les avant-bras, les coudes et sur la partie interne des cuisses, des plaques à contour circiné à bords à peine saillants, de coloration rosée et légèrement squameux et qui ont débuté il y a seulement trois mois. (Séance du 14 février.)

Syphilis héréditaire; lésions multiples. — M. *Tenneson* présente un jeune malade de dix-huit ans, syphilitique héréditaire dont voici l'histoire résumée. Né de parents qui avaient contracté la syphilis un an environ avant sa naissance, l'enfant vint au monde sans symptôme apparent de syphilis; faible et chétif, il n'a marché qu'à cinq ans. A l'âge de quatre ans et demi, un testicule fut enlevé, à l'hôpital Sainte-Eugénie; à neuf ans et demi, à la suite d'un coup, développement d'une tumeur frontale également ouverte à Sainte-Eugénie, mais qui se transforma en ulcération persistante. De neuf ans et demi à quatorze ans l'enfant reste à Berck. Aujourd'hui, âgé de dix-huit ans, il en paraît dix ou douze au plus : sa taille mesure $1^m,36$, les membres sont grêles; la verge est celle d'un enfant de dix ans, le testicule gauche, le seul restant, est gros et dur (sarcocèle probable). Opacité de la cornée à droite; tibias déformés (en lame de sabre) : beaucoup de dents manquent, celles qui restent sont cariées ou mal plantées, nombreuses cicatrices en divers points du corps. Les oreilles sont en bon état.

Il s'agit à n'en pas douter d'une syphilis héréditaire à manifestations multiples remarquable en cela surtout qu'elle a produit chez ce sujet un degré d'infantilisme tout à fait exceptionnel. (Séance du 21 février 1889.)

Sclérodermie lardacée en plaques de la face. — Sclérémie lardacée d'Alibert. — Chéloïde d'Addison, morphée blanche. — M. *Besnier* présente une jeune fille de douze ans, qui a vu se développer il y a treize mois, au niveau du cou, une plaque de sclérodermie mesurant 6 centimètres sur 4. Cette plaque présente tous les caractères habituels des plaques sclérodermiques, et ce cas mérite d'être rapproché de celui, cité plus haut, qu'a présenté M. Fournier. (Séance du 28 février 1889.)

Épithélioma sébacé. — M. *Vidal* présente une femme de quarante-cinq ans, atteinte depuis dix ou douze ans déjà d'un épithélioma sébacé siégeant sur le côté gauche du nez. Cette variété est habituellement, comme dans ce cas, bénigne. Il n'y a pas d'adénopathie correspondante. Le traitement qu'il emploie est le raclage, auquel on peut adjoindre des applications d'une solution saturée de chlorate de potasse. (Séance du 28 février 1889.)

H. F.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Note sur un cas de contracture mortelle d'origine gastrique. Communication faite à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 22 mars 1889 par M. de Beurmann, médecin de l'hôpital de Lourcine.

Nous avons suivi pendant plusieurs années un malade atteint de dilatation de l'estomac, causée et entretenue par de nombreuses erreurs de régime; cette affection détermina après une série d'accidents de diverse nature un accès de contracture tétaniforme qui s'étendit aux muscles respiratoires et causa la mort en quelques heures.

Voici l'histoire de ce malade, réduite à ses traits principaux :

Obs. Nous avons examiné M. R... (Ferdinand) pour la première fois en mars 1881, il avait alors trente-trois ans et exerçait la profession de coiffeur. Il était atteint de troubles dyspeptiques assez sérieux, consistant en vomissement pituiteux, gonflement, malaises et vertiges après le repas; l'appétit était conservé et même vorace; l'aspect général était assez bon, il n'y avait pas d'amaigrissement ni de diminution des forces appréciable. Après un traitement dans lequel l'hygiène alimentaire et la suppression des alcooliques jouèrent le plus grand rôle, il y eut une amélioration considérable.

Au mois de mai 1882, M. R... était repris des mêmes accidents. Il avait beaucoup maigri et avait eu à plusieurs reprises des vomissements alimentaires abondants. Son foie était volumineux et il avait un peu d'ictère. La suppression des aliments indigestes et l'emploi des purgatifs n'ayant amené aucun amendement des symptômes locaux, le malade fut mis au régime lacté exclusif et réglé, et au repos; au bout de quelques semaines il se trouva très soulagé et put reprendre ses occupations habituelles.

Dans le courant de l'année 1883, M. R... fut obligé à deux reprises de se remettre au régime lacté qui réussit chaque fois à faire disparaître les troubles digestifs dont il se plaignait, puis je le perdis de vue jusqu'au mois de décembre 1885.

A cette époque, la nature de ses occupations avait changé; de coiffeur, il était devenu marchand de vins au détail et il n'avait pas manqué de succomber aux tentations du comptoir. Son hygiène alimentaire, médiocre autrefois, était devenue déplorable; aussi les accidents dont il souffrait jadis étaient-ils plus accusés que jamais. Je constatai sans peine les signes physiques d'une dilatation de l'estomac extrêmement étendue. Le clapotage stomacal était perçu jusqu'à trois travers de doigt au-dessus du pubis le matin à jeun après l'ingestion d'un seul verre d'eau. Le malade fut mis au régime lacté exclusif et réglé qui le soulagea encore une fois. A la fin du mois d'avril son état était satisfaisant, bien que la limite inférieure de l'estomac ne fût remontée que de 6 centimètres environ.

Au mois de décembre, une nouvelle rechute fut causée par l'imprudence du malade, qui malgré tous les conseils ne prenait pas soin de manger à des heures régulières, de mastiquer exactement ses aliments, d'éviter ceux qu'il savait lui être nuisibles et qui avait repris ses habitudes d'intempérance. Il fut mis au régime suivant : un litre de lait et cinq œufs pris en cinq fois, à quatre heures d'intervalle, et comme auparavant se débarrassa bientôt des accidents les plus incommodes.

Au mois d'avril 1887, nouvelle rechute; R... était extrêmement amaigri; sa langue était couverte d'un enduit épais et jaunâtre, son haleine était infecte. Il pouvait à peine rester debout à cause des sensations de vertige qu'il éprouvait à chaque instant. Son sommeil était troublé par de vives douleurs occupant la région épigastrique et les deux côtés de la base de la poitrine. Le malade entendait le clapotage stomacal en marchant et en se retournant sur son lit; l'estomac descendait à deux travers de doigt du pubis et ne revenait sur lui-même ni après les vomissements ni après une abstinence de douze heures. Je conseillai le régime qui avait déjà souvent réussi et je combattis la constipation par les lavements laxatifs répétés. Au bout de peu de jours R... put reprendre ses occupations.

Le 17 août, nouvelle crise, caractérisée surtout par des vertiges avec sensation de faiblesse générale et une sorte d'engourdissement et de fourmillement des mains que le malade n'avait pas encore signalés.

Dans la nuit du 25 au 26 août, R... était pris de crampes douloureuses occupant les bras et les jambes et rappelant les fourmillements qu'il avait ressentis les jours précédents; mais à ces sensations se joignait une certaine gêne des mouvements des pieds et des mains. Bientôt ces douleurs devenaient de plus en plus vives et de plus en plus étendues; les membres se raidissaient, les mains prenaient l'attitude classique de la tétanie, c'est-à-dire que les doigts étaient allongés et serrés les uns contre les autres de manière à former une sorte de cône. Les douleurs étaient constantes, mais il y avait des exacerbations pendant lesquelles elles devenaient assez violentes pour arracher des cris au malade, elles s'étendaient alors aux membres tout entiers. La pression et les mouvements communiqués étaient aussi très douloureux au niveau les parties atteintes de contracture, ils faisaient redoubler les douleurs et la rigidité musculaire. La sensibilité était intacte. La face était pâle et crispée; la respiration était rapide et superficielle et la parole entrecoupée. Le malade avait un peu vomi pendant la nuit et l'estomac ne renfermait qu'une quantité très minime de liquide. Il n'y avait ni élévation de la température ni accélération notable du pouls.

2 grammes de chloral et 2 grammes de bromure de sodium furent absorbés dans l'espace d'une heure sans que la situation se modifiât. Les crampes douloureuses se succédaient à intervalles de plus en plus rapprochés; la raideur envahissait peu à peu la totalité des membres. Tandis que les doigts restaient étendus et serrés les uns contre les autres, les avant-bras étaient fléchis sur les bras et ceux-ci serrés contre la poitrine, les membres inférieurs ainsi que les pieds se trouvaient dans l'extension forcée.

Vers une heure de l'après-midi, R... commença à éprouver une sensation de serrement autour de la poitrine au moment de chaque exacerbation douloureuse et la respiration devint difficile. Une injection de 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine fut faite sans résultat : la respiration s'embarrassa de plus en plus et le malade succomba dans le coma à cinq heures et demie. La durée totale de la crise avait été de treize heures environ. L'autopsie ne put être faite.

Les faits analogues à celui que nous venons de rapporter sont assez rares, bien qu'ils tendent à se multiplier depuis quelques années. M. Kussmaul, dans son mémoire *sur le traitement de la dilatation de l'estomac au moyen de la pompe stomacale*, a signalé pour la première fois en 1869 cette variété de contracture consécutive à la gastrectasie et en a publié trois observations (1).

M. Leven, en 1869, dans son *Traité des maladies de l'estomac* en a rapporté deux cas semblables (2).

M. Gailliard a fait au congrès de Rouen en 1883 une communication sur un fait du même genre, recueilli dans le service de M. Hayem (3).

M. Dujardin-Beaumetz a présenté la même année à la Société médicale des hôpitaux, en son nom et au nom de M. Oettinger, une autre observation analogue (4).

On trouvera dans la thèse de M. Laprévotte la relation de ces sept faits auxquels il joint une observation recueillie dans le service de M. Hanot (5).

A ces huit cas, il faut ajouter une observation de M. Balzer (6), une de M. Mathieu (7), une de M. Gerhardt (8) et trois faits dont M. Bouchard nous a dit avoir été

(1) Kussmaul, *Ueber die Behandlung der Magenerweiterung durch eine neue Methode mittelst der Magenpumpe* (*Arch. für klin. Med.*, Bd. VI, p. 455, 1869).
(2) Leven, *Traité des Mal. de l'estomac*. Paris, Delahaye, 1879.
(3) L. Gailliard, *De la tétanie d'origine gastrique* (*Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences.* — Congrès de Rouen, 1883).
(4) *Bull. de la Soc. méd. des Hôpitaux*, octobre 1883, et *Union méd. : Sur un cas de dilatation de l'estomac compliquée de tétanie généralisée*, 29 janvier et 3 février 1884.
(5) Laprévotte, *Des accidents tétaniformes dans la dilatation de l'estomac* (Thèse de Paris, 1884, n° 286).
(6) *Bull. de la Soc. clin. de Paris*, 1885.
(7) Mathieu, art. Estomac, pathologie, du *Dict. encycl. des sc. méd* t. XXXVI, 1re série, p. 185.
(8) *Dilatation de l'estomac avec tétanie suivie de mort* par Gerhardt. (*Berliner klin. Wochenschrift*, p. 71, janvier 1888. — Analyse dans *Revue des sc. méd.*, année 1888, t. XXXII, p. 521).

témoin (1), ce qui avec notre malade donne un total de quinze faits connus depuis 1869.

La coïncidence de la dilatation d'estomac et des accidents tétaniformes qui peuvent l'accompagner reste donc assez rare sans être exceptionnelle et il est probable que si l'attention était plus vivement attirée sur ce point les observations se multiplieraient encore. En tous cas, la contracture localisée aux extrémités ou généralisée mérite de tenir une place assez importante dans la symptomatologie et dans le pronostic de la gastrectasie.

On remarquera que notre malade avait eu huit jours avant la crise qui l'emporta et à plusieurs reprises, des sensations d'engourdissement et de fourmillement des extrémités, auxquelles nous n'avions pas cru devoir attribuer grande importance. Nous avons retrouvé ces sensations qui furent pour lui comme les prodromes de la contraction chez plusieurs malades que nous avons examinés depuis. Ceux-ci, plus heureux ou plus prudents que lui, se soignèrent régulièrement et échappèrent à la tétanie. Peut-être faudrait-il dans une étude générale tenir compte de ces accidents très atténués qui seraient à la contracture grave ce que les sensations vertigineuses, si fréquentes chez les dilatés, sont au grand vertige avec perte de connaissance.

Quoi qu'il en soit, si l'on se borne à l'examen des faits connus, on voit que les accidents tétaniformes d'origine gastrique sont d'une extrême gravité. Sur les douze cas que nous avons réunis, il y a eu huit morts, et un des trois malades que M. Bouchard nous a autorisé à citer a également succombé. Plusieurs de ceux qui ont été guéris ont eu pendant leurs crises, de la gêne respiratoire, de l'oppression, de la cyanose, phénomènes des plus sérieux puisqu'ils indiquent l'envahissement des muscles respirateurs et l'imminence de l'asphyxie qui a terminé la scène dans les cas malheureux.

La tendance de la contracture d'origine gastrique à envahir rapidement les muscles du tronc, ne permet évidemment pas de la décrire sous le nom de *contracture des extrémités* qui est donnée en général aux autres formes de la tétanie. Il y a là une différence de localisation et de gravité qui implique une différence de nature. Nous ne pensons pas du reste que personne songe aujourd'hui à faire de la tétanie telle que Trousseau l'a décrite une véritable entité morbide. Ce n'est qu'une complication pouvant survenir dans le cours des états les plus divers et sous l'influence des causes étiologiques les plus variées. Quelle parité établir entre la tétanie bénigne des nourrices, la tétanie épidémique dans laquelle l'imitation et la suggestion semblent jouer un rôle peut-être prépondérant, la tétanie consécutive à l'extirpation du corps thyroïde, récemment étudiée par les chirurgiens allemands, et les accidents qui se sont produits chez notre malade ? L'incohérence du chapitre étiologique des travaux consacrés à la tétanie nous semble démontrer que le seul lien qui réunisse des faits si dissemblables est leur similitude clinique. Nous pensons donc que l'on sera amené à démembrer la tétanie et à préciser les différences qui séparent ces diverses formes, au lieu de les réunir artificiellement sous une dénomination unique.

Pour que la valeur des différentes sortes de contracture tétaniforme pût être déterminée, il faudrait que leur pathogénie fût connue. Pour nous borner à la forme gastrique, différentes opinions ont été émises sur le mode de production de ce phénomène sans que la question soit encore résolue.

D'après M. Kussmaul, les exhalations de liquide quelquefois si considérable, qui se produisent à la surface de l'estomac dilaté après les vomissements ou après les lavages, amèneraient la condensation du sang et par suite une espèce de dessèchement du système nerveux et des muscles qui serait l'origine des accidents. Ces crises se placeraient ainsi à côté de celles que l'on voit surgir quelquefois dans les cas de diarrhée cholériforme.

(1) Faits inédits. Communication orale.

Notre observation n'est pas favorable à cette hypothèse puisque R... n'a presque jamais vomi, n'a pas eu de diarrhée pendant les quelques jours qui ont précédé l'apparition de la contracture et n'a jamais subi de lavage de l'estomac. Il en est de même de plusieurs des faits que nous avons cités et en particulier de celui de M. Mathieu, dont la malade ne vomissait pas non plus. Nous pensons donc que la théorie de la concentration du sang doit être abandonnée.

Celle qui invoque comme cause de la contracture une action réflexe ayant pour point de départ une irritation des nerfs sensitifs contenus dans les enveloppes de l'estomac, nous semble bien difficile à admettre. Des accidents de ce genre n'ont jamais été signalés ni dans le cancer, ni dans l'ulcère de l'estomac, ni dans le cas de corps étranger volumineux, blessant les parois stomacales, circonstances dans lesquelles les terminaisons nerveuses de la muqueuse et de la musculeuse sont cependant sollicitées de la façon la plus directe.

La théorie de l'auto-intoxication proposée par M. Bouchard nous paraît bien plus vraisemblable. Parmi les nombreuses substances toxiques qui se développent dans un estomac dont le contenu est le siège de fermentations continuelles, il peut se rencontrer des poisons convulsivants, capables de donner la mort à doses extrêmement faibles, comme ceux dont on a constaté la présence dans les urines. Ce sont peut-être ces substances, qui, absorbées à un moment donné à la surface du tube digestif et insuffisamment éliminées par les reins, donnent lieu aux accidents tétaniformes dont il s'agit de fixer la pathogénie. Pour démontrer la réalité de cette interprétation, il faudrait extraire le contenu de l'estomac d'un malade atteint de contracture et voir si, injecté dans le sang d'un animal, il reproduirait les mêmes phénomènes. Malheureusemant la marche rapide des accidents ne nous a pas permis de faire cette expérience.

En résumé, notre observation vient à l'appui de la description clinique de M. Kussmaul et contribue à fixer le type de contracture lié à la dilatation de l'estomac qui a été indiqué à plusieurs reprises dans ces dernières années.

Elle montre que cette sorte de contracture est toujours très grave et qu'elle peut être précédée de phénomènes prodromiques, tels que les engourdissements et les fourmillements des extrémités, auxquels on devra attribuer une importance considérable à cause de leur valeur prémonitoire.

Enfin, elle nous paraît favorable à la théorie de l'autointoxication à laquelle nous croyons devoir nous rattacher en attendant qu'elle soit confirmée par l'expérience.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

Action pathogène d'un microbe trouvé dans l'urine d'éclamptiques, par M. *Emile Blanc*. — Il y a deux ans, l'auteur a déjà fait quelques recherches à ce sujet. Deux lapines ont été inoculées avec un microbe isolé des urines d'une éclamptique, l'une sous les méninges, l'autre dans le sang. La première lapine a succombé en présentant des accidents convulsifs; la seconde a eu de la néphrite infectieuse.

Dans de nouvelles expériences, une goutte des urines d'une deuxième éclamptique, recueillies avec beaucoup de soin (sonde en verre plombée, lavage du méat avec un tampon de coton imprégné de sublimé, etc.), a été ense-

mencée dans deux tubes de gélatine n°s 0 et 1 par la méthode d'Esmarch. Dès le lendemain, de nombreuses colonies rondes, blanc bleuâtre, s'étaient développées, offrant toutes les mêmes caractères et contenant le même micro-organisme: une culture de ce bacille fut injectée dans la veine auriculaire d'une lapine, qui succomba une heure plus tard à des accidents convulsifs.

Une seconde lapine, inoculée avec des doses faibles du même bouillon (une à deux gouttes), n'eut que des accidents locaux (œdème inflammatoire dur, suivi de gangrène) et des phénomènes généraux légers. Avec une plus grande quantité de bouillon (1 ou 2 centimètres cubes), deux autres lapines gravides furent prises d'accidents convulsifs graves et succombèrent.

Des accidents analogues ont été observés chez la chienne. D'autres animaux (femelle de cobaye, rat) succombèrent aussi aux injections de ces cultures de microbes.

En résumé, il semble résulter de ces expériences qu'il existe chez les éclamptiques un microbe pathogène ayant une action convulsivante, surtout sur les femelles d'animaux gravides, et pouvant aussi déterminer des phénomènes locaux particuliers.

De la transfusion péritonéale et de la toxicité variable du sang de chien pour le lapin, par MM. *J. Héricourt* et *Ch. Richet*. — Le sang d'animaux d'espèces différentes, injecté à une même espèce animale, est différemment toxique. Le sang de chien est pour les lapins toxique à une dose de 40 grammes. Le sang de canard est toxique à une dose voisine de 7 grammes. Le sang d'anguille l'est bien plus encore, car il suffit de 5 centigrammes pour tuer un lapin (A. Mosso). La dose toxique de sang de chien, non plus transfusé dans le péritoine, mais injecté dans le système vasculaire du lapin, est de 5 grammes seulement (Hayem).

Chez les cobayes, le sang de chien injecté dans le péritoine est plus toxique que chez le lapin. Sur 25 transfusions péritonéales de sang de chien à des cobayes, la mort est survenue, sauf une exception, chaque fois que la dose a dépassé 25 grammes (par kilogramme), soit avec des doses de 63, 51, 42, 38, 36, 33 grammes. Il y a même eu des morts avec des doses de 20 et de 17 grammes.

De 131 expériences de transfusion, il ressort que la dose de sang de chien toxique pour le lapin est variable.

Ces différences sont imputables en partie à la variabilité des lapins transfusés (résistance organique variable, absorption plus ou moins rapide, etc.). Mais c'est surtout la variabilité du chien transfuseur qui est en jeu.

En suivant la courbe des poids quotidiens, on voit bien que les sangs des différents chiens sont de qualité différente. En général, un lapin transfusé perd beaucoup de son poids pendant les trois ou quatre premiers jours qui suivent la transfusion, et il lui faut près de huit jours pour qu'il revienne à son poids primitif. Mais, avec le sang de certains chiens, quelle que soit la dose injectée, le retour au poids primitif est plus lent, et dure près de trois semaines.

Cette variabilité dans les qualités toxiques du sang, chez les individus de même espèce, est très probablement d'origine chimique, quoique, en l'état actuel, la chimie ne puisse en donner l'explication adéquate. Il faut admettre qu'il y a, dans le sang, des ferments solubles toxiques, produits en quantités variables, soit par des microbes accidentels, soit par les tissus normaux.

Ces poisons sont partiellement détruits par les ferments digestifs quand ce sang est ingéré dans l'estomac. Sur 18 transfusions stomacales de sang de chien à des lapins, six fois la dose dépassait 50 grammes. Il y a eu deux morts avec des doses de 213 et de 85 grammes. Les quatre autres lapins ont survécu aux doses de 70, 65, 58 et 52 grammes, chiffres qui sont bien supérieurs aux doses toxiques du sang transfusé dans le péritoine.

Détermination des espèces animales aptes a contracter, par contagion spontanée et par inoculation, la pneumo-entérite infectieuse, considérée jusqu'a présent comme une maladie spéciale du porc, par M. *V. Galtier*. — Chargé par M. le ministre de l'agriculture d'aller étudier dans les Basses-Alpes une épizootie qui sévissait sur les moutons, l'auteur avait déjà reconnu le 13 janvier dernier qu'il s'agissait de la *pneumo-entérite*, qui avait été transmise du porc aux animaux de l'espèce ovine.

Par une série de cultures et d'inoculations il est parvenu à prouver que cette hypothèse est bien fondée. Peut-être sera-t-il même permis de transmettre la maladie de l'espèce bovines aux solipèdes.

En résumé donc, la pneumo-entérite, visée par le décret du 28 juillet 1888 sur la police sanitaire comme une maladie qui serait spéciale à l'espèce porcine, est transmissible par inoculation et par rapports directs ou indirects, non seulement aux petits animaux tels que le cobaye, le lapin, les oiseaux de basse-cour, mais encore au chien, au mouton, à la chèvre et très vraisemblablement aux animaux de l'espèce bovine. Elle est beaucoup plus grave pour le mouton et pour la chèvre que pour le porc. Il est donc absolument indiqué de prendre des mesures pour empêcher tous rapports entre les porcs malades et les autres animaux, dans les fermes où sévit cette affection; il est enfin urgent d'étendre aux espèces précipitées les mesures applicables à l'espèce porcine et de modifier en conséquence le régime établi par le décret du 28 juillet.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 2 AVRIL 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MAURICE PERRIN.

M. le docteur *Bouchacourt* (de Lyon) se porte candidat au titre de correspondant national dans la division de chirurgie.

M. *Brothier de Rollière* envoie une *Étude sur la destruction des vipères en France*. — (Commission : MM. *Larrey*, *Laboulbène* et *Le Roy de Méricourt*.)

M. le docteur *Pennetier* adresse un rapport de M. *Bordeaux* sur la *rage dans la Seine-Inférieure en* 1888.

M. le docteur *Babes* (de Bucharest) se porte candidat au titre de correspondant étranger dans la division de médecine.

M. *Léon Colin* présente un mémoire de M. le docteur *Kelsch* sur *l'étiologie du choléra*.

M. *Dujardin-Beaumetz* dépose un ouvrage de M. *Maxime Du Camp* sur la *Croix-Rouge en France* et le compte rendu de la Société d'hydrologie pour 1888 par M. le docteur *Leudet*.

M. *Marjolin* offre l'*Annuaire-Bulletin de la Société protectrice de l'enfance pour* 1889.

M. *Constantin Paul* présente un travail manuscrit de M. le docteur *Kalindera* (de Bucharest) sur les *variations des globules sanguins dans l'impaludisme*.

M. *Dujardin-Beaumetz* dépose un *étui thermométrique aseptique* imaginé par M. le docteur *Bailly* (de Chambly).

Aïnhum. — M. *Proust* communique l'observation d'un cas de déformation congénitale rappelant l'aïnhum, constatée chez une jeune fille âgée de vingt ans. Cette observation se résume comme il suit : malformations et lésions intra-utérines diverses chez un même sujet ; amputations dites spontanées, pied bot, syndactylies, strictures circulaires parallèles, strictures profondes rappelant l'aïnhum.

A cette occasion M. Proust fait l'historique des travaux publiés sur la question de l'aïnhum et il en commente les diverses conclusions. On a voulu en faire une affection : 1° spéciale aux nègres; 2° frappant exclusivement les adultes; 3° cantonnée absolument au cinquième ou au quatrième orteil. Or, l'aïnhum a été observé chez les Micronésiens et les Malgaches, qui n'appartiennent pas à la race nègre, puis chez les Hindous; enfin, chez les Arabes; il peut être congénital et il n'est pas une maladie limitée au cinquième orteil, puisqu'on le voit aussi à la main. Il faut en outre remarquer que la notion du temps est inconnue de beaucoup de nègres, qui appertent peu d'attention aux modifications

de leur organisme; d'un autre côté, la séparation d'une phalange met jusqu'à vingt ans et plus à se compléter; la légère dépression, premier stade de la maladie, peut exister au moment de la naissance. En outre, la consanguinité, cause non contestée de difformités congénitales, est presque de règle dans les unions de ces peuplades cantonnées en petit nombre dans des îles étroites et l'on a même constaté des cas d'hérédité.

La malade observée par M. Proust a, depuis sa naissance, des malformations identiques par leur aspect et leur mécanisme à celles que produit l'aïnhum; chez elle on retrouve plusieurs caractères déjà notés dans un certain nombre d'observations, la syndactylie, l'atrophie de certaines phalanges, etc. On pourrait objecter que les sillons restent stationnaires pour repousser l'assimilation avec l'aïnhum; mais il est bien démontré que les lésions longtemps stationnaires peuvent ne progresser qu'à un certain âge. En outre, on n'a pas encore signalé jusqu'ici en Europe la lésion siégeant au niveau d'un orteil avec des caractères aussi semblables à ceux qui ont été décrits par les médecins brésiliens sous le nom d'aïnhum. Il y a donc lieu de se demander si cette maladie n'est pas une anomalie de même ordre que les déformations congénitales, fréquente seulement chez les nègres, etc., parce que les causes de malformations et en particulier les unions consanguines y jouent un rôle plus considérable. Des déformations d'origine fœtale peuvent apparaître, semble-t-il, après la naissance. D'où la parenté de l'aïnhum avec les déformations congénitales et les maladies fœtales. Tous ces cas peuvent être considérés comme le résultat d'une maladie du fœtus, maladie débutant d'ordinaire et évoluant le plus souvent dans la cavité utérine ou bien n'apparaissant qu'à une époque plus éloignée. Leur processus commun consiste dans la production, au milieu de dermes, de trousseaux fibreux à disposition annulaire.

Eaux minérales. — Sur le rapport de M. Constantin Paul, l'Académie alloue les récompenses suivantes aux stagiaires auprès des eaux minérales: 1° 500 francs à M. Boutarel et le titre de lauréat de l'Académie pour un rapport sur les eaux de Bourbonne; 2° 500 francs à M. Lamarque et le titre de lauréat de l'Académie pour ses rapports sur les eaux de la Bourboule et d'Amélie-les-Bains.

Bactéries de l'urine. — M. le docteur *Doyen* (de Reims) a étudié, au point de vue bactériologique, les urines des cystites, de la pyélo-néphrite et de l'infection urinense. Il y a trouvé quatorze espèces de micro-organismes, dix bacilles et quatre micrococques, dont il a étudié les réactions. Les bacilles sont: *b.* urinæ fertilis; *b.* major; *b.* claviformis; *b.* aerobius; *b.* striatus; *b.* mollis; *b.* tenuis; *b.* pellucidus; *b.* diffluens; *b.* liquefaciens. Aucun de ces bacilles ne se colore par les méthodes de Gram et de Weigert. Les quatre micrococques sont: *m.* albus urinæ; *m.* major; *m.* albus olearius; *m.* flavus olearius. — (Le mémoire de M. Doyen est renvoyé à l'examen d'une Commission, composée de MM. *Bouchard*, *Guyon* et *Cornil*.)

Méningo-encéphalocèle. — M. le docteur *Périer* présente un enfant âgé de deux mois et demi, sur lequel il a excisé, il y a un peu plus d'un mois, une méningo-encéphalocèle volumineuse, située à la région occipitale sur la ligne médiane. L'enfant fut chloroformé. Deux lambeaux latéraux, suffisants pour recouvrir la plaie après l'excision, furent taillés aux dépens du cuir chevelu du pédicule, puis disséqués avec soin; le liquide céphalo-rachidien contenu dans la poche fut évacué par aspiration, le pédicule lié, puis la tumeur excisée avec des ciseaux; les lambeaux cutanés furent alors rabattus par-dessus le moignon du pédicule et enfin suturés sans drainage.

Il va de soi qu'une antisepsie rigoureuse fut pratiquée. La réunion de la plaie est parfaite et l'enfant est en bonne santé.

M. Ranvier trouva dans la tumeur enlevée, indépendamment des méninges, une portion de toile choroïdienne, des parties de substance nerveuse provenant les unes du cerveau, les autres du cervelet et une masse assez volumineuse contenant des éléments du canal de l'épendyme. Il se propose de faire connaître ultérieurement les résultats de l'étude anatomique de la pièce.

Poêles mobiles. — M. *Brouardel*, reprenant la discussion sur les poêles mobiles, précise les deux inconvénients de ce système de chauffage, à savoir: 1° l'aggravation du péril commun à tous les systèmes de chauffage par l'augmentation de la quantité d'oxyde de carbone produit; 2° leur péril propre résultant de leur mobilité. C'est pourquoi il estime que, quels que soient les perfectionnements apportés à la construction de ces appareils, quelles que soient les conditions de construction imposées pour les habitations, la mobilité des poêles, surtout de ceux dont la combustion est lente, crée des dangers qui ont déjà fait de nombreuses victimes. L'adjonction à ces appareils de roulettes ou tous autres procédés facilitant leur déplacement, doit être interdit. Dans tous les cas, le tirage doit être garanti par des tuyaux de cheminée d'une section utile et d'une hauteur suffisante, complètement étanches, ne présentant aucune fissure ou communication avec les appartements contigus et débouchant au-dessus des fenêtres voisines. Il est utile que ces cheminées ou tuyaux soient munis d'appareils sensibles, indiquant que le tirage s'effectue dans le sens normal. Ce qui domine en effet la question, c'est la sécurité des voisins, ainsi que le témoignent la plupart des cas d'intoxication constatés.

Pour M. *Gabriel Colin*, ces appareils sont redoutables à un triple point de vue: 1° parce que le coke et le charbon de terre qui les alimentent, dégagent une énorme proportion d'oxyde de carbone, comme on peut en juger par l'ampleur des flammes bleuâtres aux forges des ateliers, même lorsque la combustion est suractivée par l'insufflation; 2° en raison de l'extrême lenteur de la combustion, lenteur qui a pour conséquence inévitable, avec de tels combustibles, de porter à son maximum la production de l'oxyde carboné; 3° ils le sont enfin à cause de l'insuffisance du tirage, due à ce que la colonne d'air et de gaz échappés du poêle n'est pas ou ne se maintient pas assez échauffée en se déversant dans une cheminée ample et à parois froides, pour s'élever au dehors. Aussi devait-on graver l'étiquette: toxique, sur ces poêles. M. G. Colin rend compte à ce sujet d'expériences très favorables qu'il a faites sur lui même et avec des animaux pendant cet hiver, à l'aide de poêles de fonte, dont le tuyau d'abouchement, disposé à 50 centimètres seulement du sol, entre dans la cheminée par-dessous la tablette dès que le tablier est relevé, puis monte tout à fait dissimulé, à un mètre et demi, afin de donner un tirage suffisant.

M. *Léon Colin* signale les conclusions auxquelles vient d'arriver sur cette question le Conseil d'hygiène de la Seine dans sa séance d'il y a huit jours, sur le rapport de M. l'ingénieur Michel Lévy. Ces conclusions tendent à modifier l'instruction du 16 avril 1880 sur le mode de chauffage des habitations, en y introduisant des affirmations catégoriques au sujet du danger de l'emploi des poêles mobiles dans certaines circonstances déterminées, puis à donner une large publicité à la nouvelle instruction et à recueillir désormais les documents statistiques les plus complets sur les accidents causés par les appareils de chauffage et à adresser, à ce point de vue, une circulaire aux commissaires de police et aux commissions d'hygiène des divers arrondissements.

Aux termes de l'avis émis par le Conseil, on ne saurait trop s'élever contre la pratique dangereuse de fermer complètement la clef d'un poêle ou la trappe intérieure d'une

cheminée qui contient encore de la braise allumée; c'est là une des causes d'asphyxie les plus communes; on conserve, il est vrai, la chaleur dans la chambre, mais c'est aux dépens de la santé et quelquefois de la vie. Il y a lieu de proscrire formellement l'emploi des appareils et poêles économiques à faible tirage, dits poêles mobiles, dans les chambres à coucher et dans les pièces adjacentes. L'emploi de ces appareils est dangereux dans toutes les pièces dans lesquelles des personnes se tiennent d'une façon permanente, et dont la ventilation n'est pas largement assurée par des orifices constamment et directement ouverts à l'air libre. Dans tous les cas, le tirage doit être convenablement garanti par des tuyaux ou cheminées d'une section utile et d'une hauteur suffisante, complètement étanches, ne présentant aucune fissure ou communication avec les appartements contigus et débouchant au-dessus des fenêtres voisines; il est utile que ces cheminées ou tuyaux soient munis d'appareils sensibles, indiquant que le tirage s'effectue dans le sens normal. Les orifices de chargement doivent être clos d'une façon hermétique et il est nécessaire de ventiler largement le local, chaque fois qu'il vient d'être procédé à un chargement de combustible. Toutes ces additions aux instructions antérieures ont leur raison d'être; c'est aux particuliers qu'il appartient de s'y conformer dans leur domicile, et aux administrations de les imposer dans les logements collectifs.

M. *Laborde* continue la discussion par une communication qui sera analysée, après son achèvement dans la prochaine séance.

— L'ordre du jour de la séance du 9 avril est fixé ainsi qu'il suit: 1° communication de M. *Panas* sur l'emploi de l'antipyrine dans le diabète; 2° communication de M. *Budin* sur la pathogénie de certains abcès du sein; 3° suite de la discussion sur les poêles mobiles (inscrits: MM. *Armand Gautier*, *Verneuil*, *Lagneau* et *Lancereaux*); 4° lectures: par M. le docteur *Gombault*, sur le traitement des affections dartreuses, et par M. le docteur *Fort*, sur le traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'électrolyse linéaire.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 27 MARS 1889. — PRÉSIDENCE DE M. LE DENTU.

Résection de la clavicule : M. Després.— Traitement des déviations utérines : MM. Trélat, Bouilly, Richelot, Segond.

M. *Després* présente une malade à laquelle il a réséqué la clavicule et fait remarquer le retour remarquable des fonctions du membre. Un seul mouvement est impossible : porter la main derrière la nuque.

— M. *Trélat* reprend la discussion sur les *rétro-déviations utérines* et pense que l'opération d'Alquié-Alexander leur est parfaitement applicable. Mais elle ne peut rien sur le prolapsus, auquel il faut parer par l'amputation du col, par la colpo-périnéorrhaphie, et peut-être par l'hystéropexie. Encore faut-il établir des catégories parmi les rétro-déviations : mobiles, résistantes, adhérentes. Le raccourcissement des ligaments ronds est efficace contre les deux premières variétés; inefficace contre la dernière. De plus, cette opération ne peut rien contre les salpingites, ovarites, périmétrites concomitantes. Dans ces cas, donc, on a des insuccès, dus non pas à la méthode, mais à son application intempestive. Aussi faut-il traiter opératoirement les déviations dès qu'on les a reconnues. Mobiles, indolentes, on tend souvent à les respecter: c'est oublier qu'abandonnées à elles-mêmes elles se compliqueront bien souvent d'accidents inflammatoires. D'ailleurs, l'opération est des plus bénignes, et sur quatorze cas M. Trélat a eu quatorze réunions immédiates.

M. *Bouilly* pense aussi qu'il faut distinguer les déviations simples et compliquées. Pour les premières, le déplacement est tout, et souvent ne cause aucun inconvénient : alors il n'y a rien à faire. Ailleurs, il en résulte des accidents (pesanteur rectale, douleurs pendant la marche ou la station assise; dysménorrhée, ménorrhagie quelquefois). Alors l'opération d'Alexander réussit, mais un pessaire de Hodge bien appliqué réussit également. Il agit en distendant le fond du vagin, devenu trop large et supplée aux ligaments utéro-sacrés. Aussi est-il bon de commencer parfois par la colporrhaphie. Et après huit à dix mois de port du pessaire, on arrive assez souvent à la guérison réelle. Pour les déviations compliquées, c'est avant tout aux accidents inflammatoires péri-utérins qu'il faut s'adresser.

M. *Richelot* a fait deux opérations d'Alexander. Une fois il a échoué, car le ligament rond, graisseux et friable, se rompait à la traction. La malade a eu pour tout bénéfice la formation de deux hernies inguinales. Dans le second cas l'opération a réussi, mais la récidive a été prompte. Il est vrai que la déviation est engendrée par un myome utérin, que dès lors on dira que l'opération d'Alexander n'y peut rien. Mais son défaut est précisément d'agir à l'aveugle, tandis que l'hystéropexie permet de savoir au juste comment et pourquoi on agit. Pour le prolapsus de même, où il est vrai hystéropexie et raccourcissement des ligaments ronds ne sont tous deux qu'un adjuvant des opérations plastiques sur le périnée et le vagin.

M. *Segond* relate six opérations d'Alexander : deux pour prolapsus, résultats éloignés nuls; une pour rétro-déviation réductible, résultat bon; une pour rétro-déviation résistante, résultat assez bon; deux pour rétro-déviation adhérente, récidive rapide.

A. Broca.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 27 MARS 1889. — PRÉSIDENCE DE M. FERNET.

Du pouls lent avec attaques épileptiformes et syncopales : M. H. Huchard (Discussion : MM. Fernet, C. Paul). — Du sulfonal : M. Moutard-Martin. — De l'exalgine : M. Bardet.

M. *H. Huchard* donne lecture d'un mémoire sur la maladie qui a reçu le nom de *pouls lent permanent avec attaques syncopales et épileptiformes*. A cette longue dénomination, on substituerait avec avantage celle de *maladie de Stokes-Adams*, rappelant le nom des auteurs qui l'ont les premiers bien décrite; d'ailleurs, il faut bien savoir que le ralentissement du pouls, en pareil cas, n'est pas toujours permanent. Il s'agit d'individus qui, avec un pouls plus ou moins lent, présentent tantôt des attaques syncopales à répétition, ce qui avait fait admettre par Stokes et Adams la dégénérescence graisseuse du cœur, tantôt des accès épileptiformes, et finissent par succomber après un temps essentiellement variable. On a incriminé une lésion bulbaire, mais d'une façon trop exclusive, car l'influence du système nerveux et du myocarde se trouvent réunies et s'allient même parfois à celles de lésions rénales. En un mot, il s'agit de la triple détermination bulbaire, cardiaque et rénale d'une maladie plus générale, l'artério-sclérose. Du reste, on voit s'ajouter aux phénomènes cardinaux déjà indiqués, tantôt des troubles asystoliques avec œdème des jambes, tantôt des accidents angineux, dyspnéiques, ou de simples lipothymies; enfin les malades peuvent mourir par le rein, avec des phénomènes urémiques dont les crises antécédentes n'étaient peut-être qu'une ébauche. M. J. Huchard rapporte l'observation de trois malades atteints de l'affection de Stokes-Adams. Chez l'un d'eux le sulfate de

quinine, conseillé par M. Charcot, amena l'aggravation rapide des crises; en effet, à la première période, alors qu'il s'agit d'anémie bulbaire avec hypertension artérielle (ainsi que le démontre le retentissement du deuxième bruit aortique), il faut recourir aux vaso-dilatateurs et non pas aux vaso-constricteurs. Aussi M. H. Huchard a-t-il employé avec succès la trinitrine, préférable en pareil cas à l'iodure. Il prescrit, trois, quatre et cinq fois par jour, 2 gouttes d'une solution alcoolique de trinitrine au centième; au moment des crises il a recours au nitrite d'amyle. Parfois encore il prescrit des injections hypodermiques de trinitrine d'après la formule : eau distillée, 10 grammes; solution alcoolique de trinitrine au centième, 40 gouttes. 1 gramme renferme donc 4 gouttes de la solution de trinitrine. On doit injecter deux, trois ou quatre quarts de seringue dans les vingt-quatre heures.— Plus tard, lorsque les malades deviennent plus ou moins brusquement des asystoliques, lorsque se montre l'hypotension artérielle (révélée par l'accentuation du deuxième bruit pulmonaire), il faut alors relever la tension artérielle au moyen de la caféine à hautes doses. Enfin le régime lacté sera suivi surtout lorsque les reins sont intéressés.

M. *Fernet* n'est pas d'avis d'adopter la dénomination de maladie de Stokes-Adams, car ces auteurs ne sont peut-être pas les premiers à avoir décrit l'affection, et du reste ils se sont trompés sur sa nature. Si l'on voulait consacrer le nom d'un auteur (ce qui a souvent des inconvénients d'ordres divers), il conviendrait de choisir le nom d'Hutchinson, qui a fait une étude exacte et complète des phénomènes. D'autre part, M. Fernet, s'il reconnaît pour certains cas l'origine bulbo-cardio-rénale, relevant du processus artério-scléreux, ne saurait admettre la même pathogénie pour les faits qui se sont développés rapidement à la suite d'un traumatisme, d'une fracture du rachis, d'une pachyméningite cervicale, ou pour ceux qui paraissent relever d'une intoxication, comme à la suite de la diphthérie. Il semble donc qu'il existe plusieurs formes de la maladie : l'une dépendant de l'artério-sclérose, une autre d'un traumatisme, une troisième d'une lésion organique bulbaire, une dernière enfin d'origine toxique. On conçoit, par suite, que le traitement univoque indiqué par M. Huchard ne saurait être appliqué indistinctement à tous les cas; il deviendrait parfois inutile, et peut-être dangereux.

M. *C. Paul* rappelle qu'assez souvent, à la période ultime des affections cardiaques artérielles, c'est l'urémie qui domine la scène : les malades meurent comme des rénaux. La dyspnée et la mort subite appartiennent en pareil cas à l'urémie, que l'on doit toujours s'efforcer de dépister chez les cardiaques anuriques.

M. *Huchard* ne tient pas absolument à la dénomination de maladie de Stokes-Adams, bien qu'il la trouve préférable et justifiée, ces auteurs ayant les premiers bien décrit les phénomènes cliniceques, qui est le principal en pareil cas. Il est convaincu, d'ailleurs, que la description d'Hutchinson s'applique à une autre affection : maladie du système nerveux avec paralysie bulbaire, soit traumatique, soit toxique, comme dans la diphthérie; mais il ne s'agit pas là de la maladie de Stokes-Adams, de l'artério-sclérose bulbo-cardio-rénale, avec sa note cardiaque manifeste, ses œdèmes intermittents. Il y a donc deux affections absolument distinctes: 1° maladie artérielle de Stokes-Adams, 2° syndrome de paralysie bulbaire. — Quant à l'urémie terminale des cardiaques artériels, il a été un des premiers à la signaler à l'attention des observateurs. Cependant il ne pense pas que la mort subite soit un accident d'ordre urémique; elle est le fait de l'artério-sclérose du cœur.

— M. *Moutard-Martin*, à la suite de la communication faite à l'Académie sur le sulfonal par M. C. Paul, a tenté un nouvel essai sur lui-même, cette fois à la dose de 2 grammes. Le sommeil a été obtenu plus rapidement, au bout de trois quarts d'heure environ; mais, au réveil, à huit heures du matin, les phénomènes de malaise se sont montrés plus marqués que lors des essais antérieurs à la dose de 1 gramme : sensation générale pénible, mal de tête, torpeur intellectuelle, faiblesse des jambes. Ce malaise persiste encore en partie à cinq heures du soir. M. Moutard-Martin préfère de beaucoup le sommeil produit par le bromidia, préparation américaine qui renferme, pour une cuillerée de 5 grammes : 1 gramme de chloral, 1 gramme de bromure de potassium, 1 centigramme d'extrait de jusquiame et 1 centigramme d'extrait de chanvre indien. Cette dose, dans un demi-verre d'eau, procure un sommeil rapide, avec réveil naturel exempt de tout malaise.

M. *C. Paul* fait observer qu'il faut se mettre dans les mêmes conditions si l'on veut obtenir des effets identiques. Il a vu le sulfonal donner d'excellents résultats contre l'insomnie nerveuse; mais il reconnaît que, chez les personnes souffrant d'une affection des voies respiratoires, emphysème par exemple, comme M. Moutard-Martin, tuberculose, dyspnée d'origine cardiaque, les effets obtenus sont moins satisfaisants. Il vaut mieux prendre la dose de 2 grammes en deux fois, à cinq ou six heures d'intervalle.

M. *Blache* n'a pas obtenu de résultats bien satisfaisants du sulfonal, même dans le cas d'insomnie nerveuse. Le réveil s'est toujours accompagné de malaises plus ou moins marqués.

— M. *Bardet* présente un échantillon d'*exalgine* ou méthylacétanilide, corps solide, blanc, dérivé méthylé de la benzine; c'est un analgésique à la dose de 30 à 40 centigrammes.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Évacuation manuelle de la vessie, par M. Heddaceus. — Personne jusqu'ici n'a eu l'idée d'employer la compression manuelle à l'évacuation de la vessie. Le procédé recommandé par l'auteur est facile, sûr et peut être employé des deux façons suivantes:

1° Le médecin, faisant face au malade, applique ses mains sur l'hypogastre de celui-ci, les pouces croisés sur la symphyse des pubis, l'extrémité libre des autres doigts repliée sur la convexité de la tumeur vésicale. Il suffit d'exercer une compression dans la direction du col de la vessie, pour en voir ainsi le volume s'amoindrir, en même temps que l'urine est expulsée par un jet souvent énergique.

2° Dans le deuxième procédé, le médecin tourne le dos au malade, place le bord cubital de chacune de ses mains le long du ligament de Poupart correspondant, et avec les pouces cette fois, il exerce une compression sur le globe vésical. Ce deuxième procédé est souvent plus pratique que le premier.

Cette opération est indiquée dans les mêmes cas que le cathétérisme, mais elle est contre-indiquée quand la vessie est très distendue, quand elle est douloureuse, quand les parois abdominales sont très adipeuses et dans les cas de grossesse. Elle convient surtout dans les paralysies vésicales qui accompagnent les affections de la moelle. Elle a sur le cathétérisme l'avantage de ne pas être douloureuse, de pouvoir être faite par des personnes étrangères à la médecine et de ne pas exposer, comme la sonde, à des fermentations d'urine dans la vessie. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 22 octobre 1888.)

BIBLIOGRAPHIE

La masse de Teichmann, exposée d'après le mémoire et les enseignements de l'auteur, par M. le docteur F. Lejars, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris. — Paris, C. Steinheil, 1888.

M. Lejars a vu qu'à Vienne, à Prague et dans d'autres écoles encore, on fait les injections vasculaires sur le cadavre à l'aide de masses froides, d'après le procédé de Teichmann, professeur à Cracovie. Tous les anatomistes comprendront quels avantages considérables une semblable méthode doit avoir sur les anciennes masses que l'on devait injecter à chaud.

Il faut commencer par faire un mastic dans les proportions suivantes, la masse de l'injection rouge (pour artère) étant donnée avec les quantités nécessaires pour un cadavre entier; la masse bleue (pour veine) étant donnée en proportions élémentaires (car on ne fait guère que des injections veineuses partielles, et chacun réglera les injections à sa guise).

1° *Mastic rouge.*

Craie pulvérisée..........	500 grammes.
Cinabre..................	100 grammes.
Huile de lin........	120 à 200 centimètres cubes.

2° *Mastic bleu.*

Oxyde de zinc............	15 grammes.
Bleu d'outre mer.........	1 gramme.
Huile de lin...........	2 à 2,5 centimètres cubes.

Ces mastics, mis en boule, se conservent indéfiniment sous l'eau.

Pour s'en servir, on le délaye dans le sulfure de carbone, dans la proportion de 100 à 200 centimètres cubes pour un cadavre, suivant le degré de fluidité, et par conséquent de pénétration, que l'on veut obtenir.

L'injection peut être poussée avec une seringue ordinaire, mais il faut une presssion continue, lente et assez énergique. Le meilleur est donc d'avoir une seringue où le manche du piston soit vissé dans l'orifice où ordinairement il glisse. Cela, en outre, expose moins aux ruptures, car on exerce une poussée graduée.

L'injection durcit en vingt-quatre à quarante-huit heures pour les plus gros vaisseaux.

Nouveaux éléments de pathologie externe, publiés par le professeur A. Bouchard (de Bordeaux); t. II: *Maladies des régions*, fascicule I, avec la collaboration de MM. Piéchaud, M. Denucé et Princeteau. — Paris, Asselin et Houzeau, 1888.

Il nous suffira d'annoncer ce fascicule, car nous avons déjà parlé deux fois de cet ouvrage; constatons seulement que les fascicules se suivent avec une grande rapidité.

Celui qui vient de paraître entame l'étude de la chirurgie des régions. Il étudie les maladies de la tête ou rachis de la face et du cou. Ces dernières ne sont pas encore tout à fait au complet. A. Broca.

VARIÉTÉS

Faculté de médecine de Paris. — La chaire de clinique d'accouchements de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir du 30 mars, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Cours d'hygiène. — M. le professeur Proust a commencé son cours le jeudi 4 avril, à quatre heures, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants dans le grand amphithéâtre.

Concours de Saint-Lazare. — A la suite du concours qui vient d'avoir lieu, M. le docteur Barthélemy, ancien chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis, est nommé médecin de l'infirmerie de Saint-Lazare.

Association des médecins de la Seine. — L'assemblée générale de l'Association des médecins de la Seine, fondée par Orfila, aura lieu dimanche prochain 7 avril, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Ordre du jour: 1° lecture du compte rendu de l'exercice 1888; 2° élections d'un président, de deux vice-présidents, d'un secrétaire général; 3° renouvellement par tirage au sort de la Commission générale.

Les sociétaires qui, par suite d'une erreur d'adresse, n'auraient pas reçu de lettre, sont priés de considérer le présent avis comme une convocation.

Vaccinations en vue de l'Exposition. — L'ouverture prochaine de l'Exposition et l'immigration des marchands forains qu'elle déterminera nécessairement, ont attiré l'attention de M. le professeur Proust, qui a lu et fait adopter, par le Conseil d'hygiène de la Seine, un court et intéressant rapport. M. Proust, après avoir signalé des cas de variole introduite par des nomades à Marigny-Marmande et à Chinon, dans Indre-et-Loire, a conclu par les deux résolutions suivantes: 1° il y a lieu de vacciner et de revacciner tous les nomades, marchands forains, baladins et saltimbanques qui vont arriver à Paris pour l'Exposition universelle; 2° aucune installation ne pourra être autorisée sous quelque prétexte que ce soit, si ces individus ne possèdent pas un certificat constatant cette vaccination ou revaccination récente.

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 12 avril 1889). — *Ordre du jour:* M. Grancher: A l'occasion du procès-verbal. — M. Huchard: Sur un nouveau syndrome des maladies du cœur: l'embryocardie. — M. Séglas: Deux cas d'onomatomanie: coexistence chez un malade de l'hystérie et d'une variété spéciale d'onomatomanie (écholalie mentale). — M. Huchard: Les emphysémateux artériels. — M. A. Gombault: Un cas de maladie de Morvan: examen anatomique.

Mortalité a Paris (12e semaine, du 17 au 23 mars 1889. — Population: 2 260 945 habitants). — Fièvre typhoïde, 9. — Variole, 6. — Rougeole, 46. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 45. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 216. — Autres tuberculoses, 16. — Tumeurs: cancéreuses, 64; autres, 7. — Méningite, 42. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 62. — Paralysie, 9. — Ramollissement cérébral, 7. — Maladies organiques du cœur, 60. — Bronchite aiguë, 31. — Bronchite chronique, 61. — Broncho-pneumonie, 41. — Pneumonie, 100. — Gastro-entérite: sein, 10; biberon, 28. — Autres diarrhées, 4. — Fièvre et péritonite puerpérales, 7. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 24. — Sénilité, 28. — Suicides, 17. — Autres morts violentes, 9. — Autres causes de mort, 190. — Causes inconnues, 13. — Total: 1160.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traité de pathologie chirurgicale spéciale, par M. le professeur F. Kœnig, traduit de l'allemand d'après la 4e édition, par M. J.-M. Comte (de Genève), ouvrage précédé d'une introduction, par M. Terrillon. T. II, 1er fascicule. 1 vol. in-8° avec 51 figures intercalées dans le texte. (Il paraît un fascicule tous les quatre mois). Paris, E. Lecrosnier et Babé. 7 fr.

Traité élémentaire d'hygiène et de thérapeutique de l'hystérie, par M. le docteur G. Termes. 1 vol. in-4. Paris, E. Lecrosnier et Babé. 6 fr.

Traité d'histologie pratique, par M. J. Renaut. 1er fascicule. 1 vol. in-8° avec 111 figures dans le texte. (L'ouvrage complet sera publié en trois fascicules.) Paris, E. Lecrosnier et Babé. 7 fr.

Leçons sur la syphilis vaccinale, par M. le professeur Alfred Fournier, recueillies par M. le docteur P. Portalier. 1 vol. in-8°. Paris, E. Lecrosnier et Babé. 6 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

18793. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr **L. LEREBOULLET**, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 10 avril 1889.

Académie de médecine : **Traitement du diabète sucré.**

L'observation de deux malades, atteints de diabète sucré et *momentanément* guéris sous l'influence de l'antipyrine, a soulevé à l'Académie une courte mais très intéressante discussion. En rapportant l'histoire des sujets qu'il a pu opérer de la cataracte après l'administration de l'antipyrine, M. Panas n'a pas manqué de faire remarquer que le sucre avait reparu dans leurs urines de deux à neuf jours après la suppression du médicament. C'est bien là ce qui se produit dans l'immense majorité des cas; c'est ce que M. A. Robin a nettement mis en évidence lorsqu'il a donné le résultat d'observations et d'expériences qu'il poursuit depuis 1887. Comme MM. G. Sée, Dujardin-Beaumetz et Panas, comme tous ceux qui ont essayé l'antipyrine dans le traitement du diabète sucré, M. A. Robin a constaté que ce médicament abaissait notablement et rapidement la proportion du sucre lorsqu'il était prescrit de bonne heure, lorsqu'il est question d'un diabète peu intense, sans amaigrissement ni azoturie, lorsque, enfin, il s'agit *momentanément* d'interrompre le régime antidiabétique et de le remplacer pour quelques jours par une médication active. L'antipyrine peut donc devenir une ressource précieuse. Elle permet de suspendre le régime chez les diabétiques qui en sont fatigués, et cela sans que la proportion de sucre augmente de telle sorte qu'en combinant le régime et l'antipyrine, associés dans une sorte de médication alternante, on arrive souvent à de bons résultats.

Hâtons-nous d'ajouter qu'il serait inutile, imprudent et souvent dangereux de continuer longtemps l'usage de l'antipyrine. M. A. Robin déclare qu'on ne saurait dépasser huit à douze jours en moyenne. Ce temps écoulé, il faudra cesser son usage sous peine de voir s'installer et augmenter progressivement une albuminurie transitoire, il est vrai, mais qui, si j'en crois deux observations personnelles, peut durer assez longtemps. D'autre part, l'antipyrine ne convient pas aux diabétiques azoturiques ou phthisiques, M. G. Sée l'affirme; tous les observateurs sont d'accord à ce point de vue.

Enfin, et c'est là une remarque sur laquelle il convient aussi d'insister, s'il est des malades qui supportent bien l'antipyrine et chez lesquels ce médicament donne des résultats favorables, il en est d'autres qui sont réfractaires à tous les points de vue, c'est-à-dire qui ne peuvent digérer 3 grammes d'antipyrine, alors même qu'on additionne le médicament de bicarbonate de soude ou d'eau de Vichy, qui éprouvent rapidement de la gastralgie, des vertiges, de la pâleur du visage, des brûlures avec érythème scarlatiniforme aux bras et à la face, etc., etc. Chez ces malades l'antipyrine n'agit ni contre la migraine, ni contre les douleurs névralgiques. Elle n'influence que peu la glycosurie. Mais, alors même que la proportion de sucre diminuerait, l'intolérance absolue du médicament devra faire renoncer à son emploi.

M. A. Robin nous donne de plus un moyen de juger les effets de l'antipyrine en mesurant la densité des urines. Lorsque, au fur et à mesure que la quantité de sucre s'abaisse, la densité de l'urine diminue ou tout au moins reste stationnaire, l'antipyrine a un effet favorable. Si, la quantité diminuant, la densité tend à s'élever, il faut immédiatement cesser l'antipyrine.

Par ce court résumé de la discussion académique, l'on voit tout à la fois quels sont les avantages de l'antipyrine et quels sont ses dangers. L'antipyrine n'est pas un spécifique du diabète. Comme l'a bien dit M. J. Worms, il existe quelques autres médicaments, en particulier le sulfate de quinine, qui donnent parfois des résultats semblables. Mais, de plus, le diabète est un trouble général de la santé, un vice de la nutrition qui ressortit à des causes diverses et qui, par conséquent, nécessite dans ses formes multiples des médications différentes. Longue serait l'énumération des agents thérapeutiques que l'on a maintes fois cités comme de nature à guérir les diabétiques. L'arsenic si souvent vanté réussit, je crois pouvoir l'affirmer, bien plus souvent que l'antipyrine et peut être longtemps prescrit sans causer aucun dommage, sans provoquer l'intolérance. L'opium et la valériane abaissent momentanément la glycosurie et pour un temps bien plus long la polyurie. Le bromure de potassium et la glycérine conviennent aux diabètes peu intenses et d'origine nerveuse. Ce n'est point à dire pour cela que l'antipyrine — voire même l'exalgine — ne puissent rendre des services. Il convient de les prescrire, comme le dit

M. A. Robin, lorsqu'il faut suspendre pendant quelques jours le régime *toujours utile* aux diabétiques. Il convient d'associer le régime et les autres médications à l'emploi de l'antipyrine. Mais il ne faut point croire que l'antipyrine convienne à tous les cas de diabète et guérisse toujours.

— La discussion sur les poêles mobiles se précise de plus en plus. Tous les orateurs qui ont pris hier la parole ont été d'accord pour reconnaître les dangers de ces appareils, et combien leur fonctionnement est délicat. Tous aussi ont pris soin d'énumérer les précautions à prendre, et, en l'absence de moyens légaux de coercition, ils ont émis l'espoir que le public, mieux informé, ne manquerait pas de se conformer à des conseils aussi autorisés. Parmi ceux-ci, il en est malheureusement quelques-uns qui sont d'une réalisation difficile, puisqu'ils mettent en jeu non seulement la bonne volonté du possesseur de l'appareil, mais encore la surveillance du propriétaire de l'immeuble ou même celle des voisins. D'autre part, la législation est nulle à cet effet, et la réglementation insuffisante. On trouvera plus loin l'appréciation des difficultés que soulève cette question complexe. L'Académie ne voudra sans doute pas les laisser sans solution.

HYGIÈNE

Le chauffage par les poêles mobiles.

La discussion actuellement rouverte devant l'Académie de médecine sur les avantages ou les dangers du chauffage des habitations par des poêles mobiles soulève un certain nombre de questions qui intéressent à la fois les médecins, les ingénieurs, les architectes et surtout le public, qui est appelé en fin de compte à recueillir les bénéfices ou à supporter les inconvénients des modes de chauffage qu'on lui propose. On a à peu près rappelé tout ce qu'il y avait à dire sur la nature des accidents observés à la suite des intoxications oxycarbonées produites par l'usage imprudent des poêles mobiles, ainsi que sur les précautions à prendre. Aussi convient-il, avant de prendre une décision sur cette difficile question, de définir les conditions nécessaires et suffisantes que doit remplir un système de chauffage pour être vraiment efficace tout en restant salubre, de même qu'il n'est pas sans intérêt de rechercher si nos habitations actuelles se prêtent à l'installation et au fonctionnement d'un tel système.

I

Aux termes de la définition très complète et très précise d'Arnould, « le chauffage doit procurer le degré de température le plus favorable à la santé, le donner d'une façon continue et égale dans le temps et dans l'espace, ne pas altérer les propriétés physiques de l'air, spécialement l'hygrométricité, ne pas y introduire d'impuretés, n'exposer à aucun accident, être économique ». Et il faut surtout remarquer, ainsi que l'enseigne si judicieusement Émile Trélat, que dans la maison de grande ville aussi bien que dans tous les autres abris clos, « le séjour devient malsain : 1° par le seul fait d'une occupation continue quand on n'a pas pris le soin d'y installer une abondante circulation d'air pur; 2° lorsque les matériaux de la construction et les meubles qui l'occupent ne sont pas pourvus d'une quantité convenable de calorique ». C'est pourquoi l'air que nous respirons doit dans tous les cas rester pur et aussi frais que possible.

Nous emprunterons encore à Émile Trélat, celui de tous nos *sanitaires* qui a fait faire le plus de progrès à cette partie de l'hygiène des habitations, l'exposé des conséquences qu'entraîne cette double condition, exposé qui résume ses cours du Conservatoire des Arts et Métiers et la longue série de communications et de conférences qu'il a faites sur ce sujet depuis longtemps déjà. Lorsque nous sommes en plein air, fait-il remarquer, surtout à la campagne, l'atmosphère qui nous environne se nettoie incessamment et aussitôt qu'elle se salit, car notre corps dépense autour de lui, par voie de rayonnement calorifique, une partie de la chaleur qu'il produit intérieurement ; ce rayonnement calorifique, joint à la température des gaz expirés, détermine un courant atmosphérique ascendant autour des individus et dans ce courant sont emportés l'acide carbonique et la vapeur d'eau chargée des matériaux organiques exhalés. Aussi est-il indispensable, lorsque nous occupons des habitations closes, d'y assurer artificiellement le renouvellement de l'air; plus les communications seront faciles avec l'atmosphère extérieure, plus elles seront actives, plus il y aura de salubrité à l'intérieur. Il faut aussi que ces communications soient aussi immédiates et directes que possible, puisqu'il faut respirer de l'air frais, celui-ci étant le plus favorable à la santé. Lavoisier a, en effet, démontré qu'à 26°,25 on consomme 41 parties d'oxygène, tandis qu'à 12°,5, ce chiffre s'élève à 12, d'où il résulte qu'à oxydation égale des poumons ou à production de chaleur égale, il faut que le même individu fasse 11 inspirations si l'air est à 26°,25 et 12 s'il est à 12°,5. Ainsi, sous un même volume, l'air chaud contient moins d'oxygène que l'air froid; il est donc moins efficace à la respiration; en outre, plus l'air est chaud, plus il peut contenir de vapeur d'eau avant de se saturer; plus la place de l'oxygène y est, par suite, réduite. Il faut, il est vrai, compter avec les conditions climatériques au milieu desquelles nous vivons, mais elles n'ont pas assez d'influence dans nos contrées pour que ces principes n'en doivent pas moins régler la salubrité de nos habitations.

On doit aussi songer, suivant un axiome bien connu, mais difficilement accepté, que le meilleur moyen de se bien chauffer, consiste à ne pas se refroidir; en d'autres termes, comme on l'a dit, si une maison ne se refroidissait pas en hiver, il serait superflu de la chauffer; or, comme abstraction faite de la ventilation nécessaire, les seules causes de refroidissement proviennent de l'enveloppe, il suffit de donner à cette enveloppe autant de chaleur que les influences extérieures lui en prennent, suivant la juste remarque de Somasco. Il ne faudrait donc pas, ou le moins possible, élever la température de l'air dans la maison, mais chauffer nos murs, nos parquets, maintenir à une température convenable tout le matériel qui nous environne, restituer artificiellement aux murailles la chaleur qui leur manque et avoir à notre portée un foyer brillant, rayonnant de chaleur lumineuse, ardente. De là, pour les habitations particulières, les avantages d'appareils envoyant aussitôt les produits de la combustion au dehors, et n'enlevant que le moins possible des qualités normales de l'air qui nous entoure.

Or, comment nous chauffons-nous d'ordinaire? Suivant

les climats, la préférence était jusqu'ici donnée soit à la cheminée, soit au poêle fixe. Avec le premier de ces appareils, il convient d'avoir de vastes salles, pourvues de foyers sans cesse alimentés abondamment et de se garantir contre les courants d'air entre les fentes de la porte, des fenêtres et l'ouverture de la cheminée. Si le foyer ne marche pas, la fumée est refoulée à l'intérieur; d'autres fois la combustion active du foyer et le tirage énergique de la cheminée font violemment pénétrer l'air par les fissures des fentes et de la porte, de façon à glacer au passage les personnes. Il faut « des soufflets pour faire marcher le feu », sinon les habitants risquent tout au moins des rhumes de cerveau. Tout autres sont les inconvénients, et souvent les dangers, avec l'usage des poêles, lorsqu'ils ne sont pas accompagnés d'un appareil spécial pour renouveler l'air de la pièce habitée. « L'atmosphère intérieure se corrompt, la température s'élève, la respiration devient maladive, parce que, malgré son excitation, elle n'introduit aux poumons que de l'air trop pauvre en oxygène ou chargé de matériaux toxiques. Dans un tel milieu on gagne pour le moins mal à la tête. » Et cependant c'est cette solution qui tendrait à l'emporter si les progrès de l'éducation publique ne parvenaient pas à en faire justice.

Ce qui a conduit à l'usage des poêles, c'est avant tout une question d'économie de combustible. Dans les pays tout à fait septentrionaux, on a pu en tirer parti sans nuire d'une façon trop flagrante à la salubrité des habitations; dans ce but on les a complétés par des introductions d'air spéciales pour la respiration; on s'est ingénié à les faire chauffer le plus possible par rayonnement et ne ventiler que par extraction; on a usé pour leur construction de matériaux qui leur permettent de ne pas modifier sensiblement l'air des appartements. Mais comme les poêles simples, en tôle, en fonte, en faïence ou en briques nécessitaient encore une dépense assez considérable de combustible, on a poussé jusqu'à la dernière limite, jusqu'à l'absurde, serait-on presque tenté de dire, les conséquences des idées de Péclet. On est ainsi peu à peu parvenu à construire tous ces appareils portatifs, si divers et si variés, sans tuyau ou munis d'un tuyau très court; ils sont destinés, il est vrai, comme le fait observer Arnould, « à être mis en communication avec une cheminée, mais dont le tirage reste nul si la cheminée elle-même tire mal, soit par défaut de construction, soit parce que la température reste basse dans son intérieur ». Péclet avait déjà remarqué qu'une bonne cheminée d'appartement, envisagée comme appareil de chauffage, ne rend qu'un effet utile de 5 ou 6 pour 100, la fumée emportant et perdant dans l'atmosphère les 95 centièmes des calories produites par le foyer. Prendre ces calories au travers de l'enveloppe du combustible, les recueillir et les amener dans le local à chauffer, tel était le problème; tant que le foyer continuait à rayonner de la chaleur lumineuse, les procédés économiques employés n'avaient que fort peu d'inconvénients; mais il n'en a plus été de même lorsqu'il s'est agi d'appareils « ayant pour rôle unique de fournir dans le lieu habité des calories sombres portées par l'air ».

C'est à l'époque de l'Exposition universelle de Paris, en 1878, que la vogue du poêle mobile a commencé à devenir générale en France. Peu de temps après cependant, ses dangers ne tardaient pas à être signalés, car, dès le 28 janvier 1880, M. Le Roy de Méricourt rapportait à la Société de médecine publique de graves accidents dus à son usage; l'attention publique fut éveillée dès ce moment sur les précautions à prendre. On n'en a pas moins constaté des asphyxies de plus en plus fréquentes à mesure que se multipliait l'emploi de ces appareils et malgré des recommandations expresses très souvent renouvelées. Aujourd'hui, et il suffit, pour s'en convaincre, de suivre la discussion de l'Académie de médecine, discussion que nous ne voulons pas reprendre ici, le doute n'est plus permis: les poêles mobiles sont dangereux. Le sont-ils toujours? Peut-on se préserver, de ces dangers, par des précautions et une surveillance convenable? On convient-il, si cela est impossible, d'aller jusqu'à en demander la proscription absolue? Telles sont les seules questions sur lesquelles les avis divergent.

II

Les conditions exigées pour éviter les dangers des poêles mobiles sont de deux ordres : elles tiennent, d'une part, à la marche même de l'appareil, à ses dispositions essentielles; elles dépendent, d'autre part, du milieu dans lequel ils sont placés. Dès 1880, M. Du Souich faisait ressortir, dans un rapport soumis à l'approbation du Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine, que les avantages économiques de ces appareils sont malheureusement compensés par les inconvénient suivants : 1° l'épaisseur de la couche de combustible est si grande, le tirage est si minime, que la plupart produisent une grande proportion d'oxyde de carbone; les produits de la combustion sont donc non seulement irrespirables dans l'espèce, mais, en outre, ils constituent un poison d'une extrême activité, dont on connaît tous les effets, tantôt insidieux, tantôt foudroyants. 2° Le tirage, intentionnellement réduit au minimum, exige une disposition soignée et constamment bien entretenue des conduits et cheminées dans lesquels se rendent les produits de la combustion; il faut ordinairement les munir de clapets régulateurs et d'appareils indicateurs, d'un fonctionnement assez délicat et dont les intéressés se préoccupent fort peu en général. Dès qu'une cause fortuite, obstruction, soleil, grand vent, en trouble le fonctionnement, le tirage se renverse et l'oxyde de carbone se déverse dans l'intérieur des pièces qu'il s'agit de chauffer. Le même accident peut se produire quand on déplace sans précaution un appareil mobile pour le greffer sur une cheminée encore froide, ou quand une cheminée voisine, dans le même appartement, est sous le régime d'un tirage un peu énergique. 3° Enfin, ces appareils sont munis d'un couvercle masquant une ouverture de chargement du combustible et la fermeture que doit procurer ce couvercle est, en général, loin d'être hermétique; il y a là encore une cause de dégagement dangereux d'oxyde de carbone.

L'expérience n'a que trop montré, depuis, combien ces observations étaient justes. Chacun s'accorde à dire que le principal inconvénient des poêles mobiles c'est leur mobilité, et cela non seulement pour ceux qui s'en servent, mais encore pour les voisins. La plupart des accidents observés sont dus, en effet, à la présence des causes de danger que nous venons d'énumérer ou à la disposition vicieuse des conduits de cheminée, par l'intermédiaire desquels les voisins reçoivent, sans pouvoir s'en préserver, les gaz toxiques produits par le poêle. Les orateurs qui ont déjà pris la parole à l'Académie en ont fourni d'assez nombreux exemples. Ainsi qu'un de nos ingénieurs sanitaires les plus com-

pétents voulait bien nous le déclarer récemment, si favorables que puissent être les conditions d'établissement d'un corps de cheminée, il n'en faudrait pas moins, à chaque déplacement d'un poêle mobile, procéder à une vérification et prendre des précautions spéciales si on veut être sûr du tirage, il suffit que ces précautions quotidiennes ne soient pas observées rigoureusement pour que l'existence des voisins soit menacée, sans qu'ils puissent d'ailleurs rien faire pour se défendre et sans qu'ils se doutent même du péril qui les menace. A lui seul déjà cet argument suffit pour montrer que l'immobilité des appareils s'impose. La fixité offre les meilleures chances d'échauffement du corps de cheminée, échauffement qui crée la dépression nécessaire au tirage et rend inoffensif le dégagement des gaz oxy-carbonés. Qu'on ne croie pas, d'autre part, que l'étanchéité du coffre de cheminée dans la traversée des étages soit facile à réaliser; un tassement, un clou mal planté dans la pose du parquet ou d'une moulure suffisent pour donner lieu aux fissures par où s'insinuent les gaz. Donc, un coffre de cheminée distinct, établi suivant les règlements en vigueur et la fixité du poêle, ainsi que l'absence de toute ouverture quelconque, munie ou non d'une ventelle automatique, telles sont les premières conditions essentielles et obligatoires de la sécurité de chacun. Si celles-ci peuvent être à la rigueur, et grâce à une surveillance continue, réalisées dans les habitations occupées par des gens aisés, il n'en est plus de même dans les logements des classes moins fortunées et dans ceux des pauvres ; or, l'économie de ces appareils en rend l'usage encore plus tentant pour ces derniers. Aussi ne saurait-on s'étonner de ces accidents d'asphyxie de plus en plus fréquents, surtout dans les maisons où les habitants n'occupent que des petits logements et dans lesquelles les conduits de fumée abondent dans les murs séparatifs. Mais combien plus nombreux encore sont les malaises légers, plus ou moins prolongés et répétés, ainsi que tous les désordres de l'anémie due au séjour, forcément prolongé pour certaines classes de la population et non les moins intéressantes, dans l'atmosphère surchauffée, fade, lourde et énervante des appartements que chauffent ces appareils!

Afin de remédier à un tel état de choses, le Conseil d'hygiène de la Seine vient, sur le rapport de M. Michel Lévy, dont M. Léon Colin rappelait les conclusions il y a huit jours à l'Académie, de proposer de modifier, dans un sens plus restrictif, les conseils insérés dans l'Instruction de 1880, et de dire notamment : qu'il y a lieu de proscrire formellement l'emploi des poêles mobiles dans les chambres à coucher et dans les pièces adjacentes ; de garantir le tirage par des tuyaux ou cheminées d'une section utile et d'une hauteur suffisante, complètement étanches, ne présentant aucune fissure ou communication avec les appartements contigus et débouchant au-dessus des fenêtres voisines ; les orifices de chargement doivent être clos d'une façon hermétique, et il est nécessaire de ventiler largement le local, chaque fois qu'il vient d'être procédé à un changement de combustible, etc., etc.

III

Ces prescriptions sont des plus rationnelles; mais il n'est malheureusement pas difficile de reconnaître qu'avec la plupart des systèmes de poêles mobiles actuellement usités, elles sont inexécutables dans leur ensemble, sinon dans quelques-uns de leurs détails; et l'on conçoit aisément que M. Léon Colin, après les avoir énumérées, ait conclu qu'il fallait interdire rigoureusement l'emploi de ces appareils dans tous les établissements collectifs, dépendant des administrations publiques, tels que les écoles, les hôpitaux, les casernes, les bureaux, etc.

Il n'en pourrait être de même dans les habitations particulières. Pour ceux-ci, dans l'état actuel de notre législation, qui laisse une si grande latitude aux habitudes d'insalubrité et permet aux propriétaires de mettre, en quelque sorte, la mort en location, il faut s'attendre à n'obtenir aucune mesure préventive efficace. Un jurisconsulte administratif écrivait, en 1880, que « l'industrie du fabricant de poêles est affranchie de toute réglementation légale, d'autant que ce qui se passe dans son magasin même, à savoir la mise en vente et la vente de l'appareil de chauffage, n'a rien en soi de compromettant pour la salubrité; les inconvénients du poêle mobile ne se révèlent que plus tard, s'il en est fait un usage imprudent, et cet usage a lieu dans des emplacements où la surveillance de l'autorité n'a pas à s'exercer ». Il n'y a rien à reprendre à ces observations, dont nous avons pu récemment apprécier toute la correction juridique; c'est, on le voit, la théorie habituelle de la liberté du suicide en matière d'hygiène et de salubrité! On objectera, il est vrai, que l'on peut, au moins dans les maisons à construire, exiger pour les conduits de fumée des dispositions telles que les appareils de chauffage, quels qu'ils soient, offrent le moins de dangers possible; mais qui peut assurer et garantir la persistance de ces dispositions toujours sujettes à des modifications contre lesquelles ni la loi ni la jurisprudence n'offrent aucune garantie, et ne voit-on pas, par les considérations qui précèdent, que les poêles mobiles sont toujours, toutes choses égales d'ailleurs, et, quoi qu'il arrive, les plus dangereux des appareils de chauffage.

Quoi qu'il en soit, si l'on ne peut être ici que très circonspect au point de vue de la réglementation, puisqu'on ne peut uniquement défendre, par exemple, l'emploi de tel ou tel appareil parce qu'il dégage de l'oxyde de carbone, attendu que beaucoup d'autres très usités en produisent aussi et sans inconvénient, on peut néanmoins prendre certaines précautions dont une des plus importantes consiste à supprimer la clef de réglage du tuyau de sortie du gaz, comme le voudrait M. Vallin. Il conviendrait, en tout cas, de dire au public de se méfier des poêles dans lesquels les gaz se dégagent au travers d'une épaisse couche de combustible, de choisir plutôt les appareils dans lesquels l'air de combustion traverse simplement une faible épaisseur de charbon et de toujours préférer un feu clair et vif à une combustion lente. Ainsi, on a non seulement une moindre proportion d'oxyde de carbone, mais la production d'acide carbonique ainsi obtenue dégage pour une même quantité de charbon brûlé plus de trois fois autant de chaleur que l'oxyde de carbone. En admettant même qu'à surface de chauffe égale c'est plutôt la cheminée que l'habitation qui profite de l'excédent de chaleur produit, le chauffage de la cheminée est un élément capital de sécurité.

Il est d'ailleurs des poêles, même mobiles, dont les inventeurs se sont rapprochés, dans ces derniers temps, de ces conditions; ces appareils sont assurément plus acceptables, au moins pour les personnes qui peuvent en surveiller soigneusement l'usage. Tandis que, pour tous les poêles mobiles sans foyer apparent, il nous paraît impossible d'obtenir, dans la très grande majorité des cas, l'exécution des prescrip-

tions si nombreuses exigées par ceux-là mêmes qui sont d'avis que l'usage en soit libéralement toléré. Quant à ceux qui pensent que ces prescriptions sont irréalisables et que c'est aux pouvoirs publics qu'il appartient de veiller à ce que des procédés de chauffage dangereux ne puissent pas être mis en usage, ils doivent reconnaître tout d'abord que notre législation ne renferme aucune disposition qui permette à l'autorité d'intervenir efficacement; cette législation est tout entière à faire. La loi ne permet pas la vente d'une substance toxique au point de vue alimentaire, mais elle ne défend pas la vente d'un appareil qui peut déterminer l'intoxication par la voie atmosphérique. Quant à la législation sur les logements insalubres, on connaît assez son insuffisance et son incohérence pour être certain qu'elle ne peut prémunir contre les accidents dus à l'usage d'appareils de chauffage défectueux. Reste la responsabilité du propriétaire de l'immeuble, dont les conduits de fumée son en mauvais état, ou bien l'exercice du droit commun à l'égard d'un préjudice causé; mais comment y compter, alors que cette responsabilité est partagée par le possesseur lui-même de l'appareil incriminé, que les précautions reconnues indispensables sont aussi minutieuses et que rien, dans la législation, ne permet d'en exiger l'application !

Les questions que soulève l'usage des poêles mobiles sont, on le voit, nombreuses et complexes. Au point de vue de la réglementation, il en est plusieurs, et des plus importants, qui sont même insolubles, à moins de demander une législation spéciale que beaucoup de bons esprits ne sont pas loin de désirer dans l'intérêt public. Sinon. il y a lieu de multiplier les conseils, quelle que soit l'insuffisance indiscutable de leur sanction, et de proclamer bien haut les dangers auxquels exposent ceux de ces appareils qui ne fonctionnent économiquement qu'aux dépens de la santé de ceux qui s'en servent et surtout de celle des voisins.

A.-J. Martin.

CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES

Des pommades mucilagineuses.

On présente aujourd'hui comme nouvelle la méthode thérapeutique de M. le professeur Unna, qui consiste à appliquer sur la peau des enduits gélatineux. Or il est arrivé très fréquemment à tous les pharmaciens de recevoir des formules qui, si elles avaient été bien comprises, auraient fourni des produits analogues. Je veux parler des formules de pommades contenant de la gomme adragante. Celles-ci seraient mucilagineuses si le médecin avait le soin d'ajouter de l'eau à sa prescription ou encore si, voulant obéir aux indications fournies au lieu de s'en tenir à la lettre de la formule indiquée, le pharmacien, sachant que la gomme adragante ne fournit du mucilage qu'avec de l'eau, prenait sur lui d'ajouter ce liquide à sa préparation.

Pour mieux préciser ma pensée, j'indiquerai ici une formule de ce genre :

Vaseline..........................	30 grammes.
Glycérine et gomme adragante, āā....	5 —
Oxyde de zinc........................	4 —
Teinture de benjoin de Siam.........	XXX gouttes.

En exécutant cette préparation on aura une pommade simple. Si, au contraire, on y ajoute :

Eau distillée........................	10 grammes.

on aura une pommade mucilagineuse ou gélatineuse analogue à celles de M. Unna. Toutefois l'addition de cette eau exige certaines précautions sans lesquelles la pommade manquerait d'homogénéité. Il faut développer le mucilage dans un mortier avec l'eau, la gomme et ensuite la glycérine, et le mêler à la pommade d'oxyde de zinc et de vaseline faite dans un autre.

On obtient ainsi un médicament plus adhérent que les pommades ordinaires.

Pierre Vigier.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Du traitement du prurit sénile par les composés salicyliques.

Ces substances rendent des services contre le prurit douloureux des vieillards et en l'absence de dermatose. M. E. Besnier les recommande dans ces cas. Il faut noter cependant que pour obtenir des résultats de ce traitement, il est avantageux d'adopter la technique suivante :

1° Conseiller l'usage des bains amidonnés ou d'eau de son ;

2° Lotionner tous les soirs la surface du corps avec l'eau chauffée à 40 degrés, et additionnée de deux cuillerées de la solution suivante :

Acide phénique..............	4 grammes.
Vinaigre aromatique..........	200 —

3° Saupoudrer ensuite avec le mélange suivant :

Salicylate de bismuth.........	20 grammes.
Amidon......................	90 —

Ou bien :

Acide salicylique finement pulvérisé..................	10 grammes.
Amidon......................	90 —

Dans une de ses leçons, M. Besnier a recommandé d'appliquer ces poudres par de légères frictions sur la peau des régions malades.

Ch. Éloy.

REVUE DES COURS ET DES CLINIQUES

De la palpation du rein.

Dans un précédent numéro nous avons publié une clinique de M. le professeur Guyon sur l'exploration manuelle du rein (*Gaz. hebd.*, 1889, p. 88). Peu après, M. Glénard (de Lyon) a insisté sur sa propre méthode (p. 122). Aussi croyons-nous utile de faire connaître à nos lecteurs un article récent d'Israël (de Berlin) sur ce point aujourd'hui à l'étude (1). Nous nous dispenserons d'une traduction littérale, mais nous donnerons plus qu'une simple analyse.

On se livre aujourd'hui sur le rein à des interventions chirurgicales auxquelles on n'aurait même pas pensé il y a

(1) Israël, *Ueber Palpation gesunder und kranker Nieren*, Vortrag gehalten am 15. December 1888 im Verein fur Heilkunde, *in extenso in* Berl. klin. Woch., 1889, n[os] 7 et 8, p. 125 et 156.

dix ans. Pour faire des progrès dans cette voie, il ne faut pas s'absorber dans la contemplation des résultats acquis, mais il faut chercher avec soin la cause des échecs, encore trop fréquents. On arrive ainsi à constater que ces revers ne tiennent ni à la technique opératoire ni aux pansements. Leur cause est dans l'insuffisance de nos connaissances préalables sur l'état anatomique exact des lésions. L'avenir de la chirurgie rénale dépend de la finesse du diagnostic. Or à ce point de vue la palpation est une méthode des plus précieuses.

Aux notions classiques sur les rapports du rein, Israël ajoute la suivante : Si on élève une verticale passant par le milieu de l'arcade de Fallope, le rein se trouve sur cette ligne, à deux doigts au-dessous du rebord costal. C'est là qu'il faudra déprimer la paroi abdominale pour aller à la rencontre de la face antérieure du rein.

1° *Le rein hypertrophié est-il accessible à la palpation?* C'est une question fort importante, et pour déterminer quel est l'état d'un rein quand on veut intervenir sur l'autre, et pour reconnaître certaines lésions qui ne s'accompagnent pas d'augmentation de volume, ainsi que cela est le cas pour quelques calculs, pour quelques tumeurs au début, ne s'annonçant encore que par une légère proéminence. Il serait donc important de pouvoir palper un rein peu ou pas hypertrophié et non luxé.

Cette possibilité exige des conditions spéciales : peu de graisse, peu de tension des parois abdominales, soit du fait des muscles, soit du fait de l'intestin; dimension suffisante de l'espace entre la crête iliaque et le rebord costal; forte lordose physiologique dorso-lombaire, car alors le rein est porté en avant. Cette dernière condition est réalisée chez les femmes qui ont une forte inclinaison du bassin. Il faut vider entièrement l'intestin, car des masses fécales dures situées dans le côlon peuvent être une cause d'erreur; de plus, on diminue ainsi la tension abdominale. Si les muscles résistent, on peut user du chloroforme; mais on se prive ainsi de l'aide que fournissent les profondes respirations volontaires.

Les méthodes de palpation sont au nombre de trois : la palpation bimanuelle dans le décubitus dorsal; le ballottement rénal de Guyon; la palpation dans le décubitus latéral.

Pour la palpation bimanuelle, nous renverrons à la description, plus précise que celle d'Israël, de M. Guyon. Une différence est à signaler cependant : Israël conseille de placer la main antérieure un peu moins près de la ligne médiane, la pointe du médius au point où la dixième côte s'unit au rebord costal. Pour le ballottement nous n'avons rien à ajouter.

Ces deux méthodes sont indispensables, mais pour le rein non hypertrophié et non déplacé ne donnent des résultats que dans des cas exceptionnels. Alors Israël préconise un troisième procédé.

Le malade est dans le décubitus latéral sur le côté non examiné, position où les muscles sont relâchés et où le rein exploré tend, de par son poids, à se porter en bas et en avant. Les membres inférieurs sont en légère flexion. Le patient respire largement la bouche ouverte. Pour explorer la région gauche, le chirurgien se place à la droite du lit, la face tournée vers la tête du malade. Il met les doigts de la main droite à plat sur la région lombaire gauche; la main gauche sur le point correspondant de la paroi abdominale antérieure, de façon que le bout de l'index et du médius soit à deux doigts au-dessous du point de réunion des neuvième et dixième cartilages costaux. Puis, tandis que la main droite appuie sur la région lombaire, on fait faire aux malades des inspirations profondes et on appuie au moment où débute l'expiration. On appuie doucement, de la main mise bien à plat, en même temps que les doigts allongés font de légers mouvements de flexion dans les articulations métacarpo-phalangiennes. Le bout des doigts arrive ainsi peu à peu au-dessus de l'extrémité inférieure du rein, lorsque cet organe est dans la position la plus basse, c'est-à-dire à la fin de l'inspiration; on sent l'organe s'élever pendant l'expiration, et c'est précisément ce léger mouvement qui permet la perception. Une fois atteinte de la sorte l'extrémité inférieure, on palpe la face antérieure, lorsque va commencer l'expiration, car c'est alors que la surface accessible est *maxima*. Les mouvements d'ascension et de descente font sentir avec netteté les irrégularités que peut présenter cette surface.

Israël insiste sur les mouvements synchrones à ceux de la respiration. Il les a aussi constatés pendant les néphrotomies. Il est erroné, par conséquent, de les considérer comme caractéristiques des tumeurs du foie et de la rate.

Par cette méthode, on peut palper le tiers inférieur ou même la moitié d'un rein normal. On sent alors un corps convexe, lisse, à bords mousses (ce qui est une différence avec le foie et la rate). Si, palpant à gauche, nous trouvons un organe à bord tranchant, nous saurons que c'est la rate; que nous palpons, par conséquent, trop superficiellement et trop latéralement. Souvent, à droite comme à gauche, nous ne saurons exactement ce qui appartient au foie ou à la rate et ce qui dépend du rein que si nous réussissons — ce qui est le plus souvent possible — à introduire le bout des doigts entre les deux organes : la face palmaire touche le rein, et la face dorsale sent le foie ou la rate. Pour ces palpations subtiles, on n'arrive qu'avec le temps à une analyse exacte, en perfectionnant peu à peu cette analyse, par des explorations successives, à mesure qu'on enregistre des sensations nouvelles.

Israël rapporte quelques observations où il a eu recours avec succès à la palpation du rein sain. Ainsi chez un garçon de quatorze ans auquel, après vérification d'un côté, il a extirpé un sarcome rénal du côté opposé. Une autre fois, on lui a adressé une malade qu'on croyait atteinte de rein flottant : il a senti par le palper le rein non déplacé, isolé de la tumeur, et une incision exploratrice a vérifié qu'il s'agissait d'un lobe flottant du foie.

Voici deux faits relatifs à des inégalités de la surface antérieure du rein non hypertrophié. L'un concerne une femme de trente-cinq ans, maigre, chez laquelle fut sentie une bosselure dure dans l'extrémité inférieure du rein droit; la dureté fit penser à un calcul, qui fut enlevé par la néphro-lithotomie. La malade mourut et à l'autopsie il fut reconnu que le rein n'avait que 11 centimètres de long. L'autre observation est bien plus importante. Sur un homme de vingt et un ans, atteint d'hématuries profuses, Israël sentit sur le rein gauche une petite élevure qui en quatre semaines acquit le volume d'une demi-cerise : cet accroissement fit diagnostiquer un cancer, vérifié après néphrectomie. Et, vingt-deux mois après cette opération, d'une grande précocité, il n'y a pas de récidive.

2° *Il y a une tumeur manifeste.* En pareil cas, deux questions se posent. S'agit-il du rein? Quelle est la nature de la tumeur? Le mot tumeur est pris ici dans son sens vulgaire, de grosseur quelconque. Israël fait abstraction du rein flottant et du rein en fer à cheval.

La palpation bimanuelle prouve que la tumeur occupe à la fois les lombes et l'abdomen. Mais ce mode d'exploration est sujet à des erreurs. Le ballottement rénal de Guyon est plus significatif, car il exige un contact direct de la tumeur avec la fosse lombaire. Mais ce symptôme si important fait défaut pour les grosses tumeurs qui remplissent tout l'abdomen et qui dès lors sont constamment au contact de la paroi abdominale antérieure. Il nécessite en effet un certain écartement entre la tumeur et la paroi, pour que la tumeur puisse, pour ainsi dire, prendre sa course, avant de venir choquer la paroi. Or le diagnostic des grosses tumeurs est difficile. La palpation dans le décubitus latéral devient alors importante, d'autant plus que dans cette position

l'action de la pesanteur agit, écartant la tumeur du foie ou de la rate, en sorte que l'on peut insinuer les doigts entre ces organes.

Pour déterminer que la tumeur est rétro-péritonéale, les connexions avec le côlon ascendant à droite, le côlon descendant à gauche, ont une valeur réelle. Ordinairement, en effet, le pli du méso-côlon se forme sur la surface antérieure du rein, et les tumeurs rénales se développent entre les deux feuillets du repli séreux dédoublé. Dès lors, le côlon est appliqué à la face antérieure de la tumeur. Pour cette constatation, la percussion est insuffisante; mais au palper on sent, si l'intestin est vide, un cordon longitudinal, aplati, qui roule sous les doigts. On peut encore s'assurer de la chose en insufflant l'intestin par le rectum. Malgré quelques exceptions signalées plus loin, quand ce symptôme existe, il est important. Mais il fait assez souvent défaut, à droite surtout où le côlon, qui normalement s'élève peu sur la face antérieure du rein, est souvent refoulé en bas, ou en bas et en dedans. On peut encore signaler la forme rénale que conservent souvent les tumeurs du rein.

Tous ces symptômes sont précieux. Mais ils sont en défaut pour les grosses tumeurs qui remplissent l'abdomen. Alors le ballottement est absent; le côlon est inaccessible, dévié qu'il est en dedans ou caché dans une gouttière du néoplasme; la séparation entre la tumeur et les organes voisins est difficile à établir, aussi les erreurs de diagnostic sont-elles nombreuses.

Avec des tumeurs rétro-péritonéales, d'abord; tumeurs rares, d'origine obscure, dont les signes physiques sont en somme ceux des tumeurs du rein et dont le diagnostic n'est possible que si on trouve à côté le rein normal, repoussé en avant.

Les confusions avec les tumeurs de l'ovaire sont fréquentes. Certes, ces tumeurs sont ordinairement devant l'intestin, mais ce signe peut exister dans les tumeurs du rein; et d'autre part l'inverse peut avoir lieu lorsque l'ovaire est en cause. En pareil cas, il faut chercher avec soin les connexions avec les organes pelviens, à l'aide d'un toucher minutieux du vagin et du rectum. Israël signale une particularité spéciale : deux fois il a vu des kystes de l'ovaire se rompre pendant l'exploration et s'affaisser sous la main du chirurgien, comme certaines hydronéphroses. Mais dans le kyste de l'ovaire la vessie ne se remplit pas à ce moment, et d'autre part on constate qu'il vient de se produire un épanchement libre dans la cavité abdominale.

L'intestin peut s'insinuer entre la paroi abdominale antérieure et les tumeurs hépatiques ou biliaires. Le fait est rare mais réel. Ainsi on a vu une anse d'intestin grêle prendre en travers, en avant, le col d'une vésicule biliaire distendue, et on a conclu dès lors à une hydronéphrose. L'existence d'une zone de sonorité entre le foie et la tumeur n'est donc pas pathognomonique d'une tumeur rétro-hépatique. En outre, on sent parfois, dans les hydropisies de la vésicule, dans les kystes hydatiques, que le bord tranchant du foie est assez isolé de la tumeur; mais, si la tumeur dépend du foie, on ne peut pas insinuer les doigts entre elle et la face inférieure de la glande.

Autre cause d'erreur. Dans les tumeurs volumineuses de la vésicule, le foie subit une rotation sur son axe antéro-postérieur, et le lobe droit s'enfonce profondément dans la région lombaire. Le bord tranchant devient oblique en haut et à gauche. Une pression de la vésicule se transmet au lobe droit, et on croit facilement à une tumeur lombo-abdominale : l'absence du ballottement a alors une grande valeur.

Pour le diagnostic de la nature de la tumeur rénale, la palpation donne des renseignements moins précieux. Comme phénomènes pathognomoniques, mais exceptionnels, Israël signale le frémissement hydatique; la collision de calculs multiples (et en donne une observation personnelle); l'évacuation d'une hydronéphrose ou d'une pyonéphrose sous l'influence des pressions manuelles. Mais en général les signes physiques ne méritent pas une confiance absolue. La fluctuation manque dans les tumeurs liquides très tendues et existe souvent dans les sarcomes médullaires des enfants. Les tumeurs liquides sont ordinairement lisses, les cancers étant bosselés; mais l'inverse est possible, et l'on a vu, par rétention, des calices développés inégalement former des inégalités, moins irrégulières il est vrai et de consistance moins variable suivant les points.

A. B.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Sur un système spécial d'injection hypodermique de certains médicaments irritants ou caustiques, par M. le docteur J.-L. Gimbert (de Cannes).

DE LA THÉRAPEUTIQUE PAR LA MÉTHODE HYPODERMIQUE

La thérapeutique par la méthode hypodermique prend une place importante dans nos traitements modernes. Ses conquêtes, et partant ses prétentions, ont encore à cette heure des bases fragiles, mais on entrevoit une période prochaine dans laquelle nous la verrons sinon remplacer la plupart des autres méthodes, tout au moins les compléter quand elles seront insuffisantes.

Cette espérance est basée sur le besoin qu'éprouvent des esprits sérieux de donner la préférence à une thérapeutique scientifique dans laquelle l'absorption des solutions médicamenteuses est intégrale, leur action rapide, nette, leur dosage presque absolu, alors que la méthode intraveineuse ne peut être, à cause de ses dangers, qu'exceptionnellement appliquée chez l'homme; que la méthode des inhalations reste dans le vague; enfin, alors que la méthode classique reste infidèle, inégale, mobile, soit en raison des troubles existants au moment de l'intervention, soit encore en raison du chemin tortueux, ou des milieux chimiques variés que le médicament doit traverser avant d'arriver dans les veines sus-hépatiques.

La méthode hypodermique s'adresse directement à un tissu d'une structure assez simple, très vasculaire, et à peu de chose près analogue chez tous les sujets. C'est le cas de dire que les liquides injectés forment un bain autour des vaisseaux absorbants au point que l'endosmose vers le cœur est immédiate s'il n'y a pas lésion de tissu.

Une de ses plus grandes fonctions, l'absorption, est à notre discrétion, alors même que l'estomac ne saurait plus rendre de services; elle survit aux lésions des tissus et des organes, à leurs troubles fonctionnels, elle reste biologiquement à peu près la même, quelle que soit la nature des maladies générales, excepté, peut-être, à la période algide du choléra et dans les grands œdèmes sous-cutanés. D'après ces avantages que résume l'histoire de l'injection hypodermique de la morphine, on peut se demander pourquoi cette méthode n'est pas plus générale; cela tiendrait, selon nous, à ce qu'on n'a pas suffisamment étudié les conditions et les procédés qui rendent l'injection pratique; le jour où, à l'aide d'un système déterminé, on pourra introduire avec sûreté et facilité sous la peau nos grands médicaments, la méthode hypodermique aura triomphé des hésitations actuelles, elle sera très souvent la préférée.

Préoccupé de l'importance de cette lacune, stimulé par quelques succès notoires, nous avons cherché la solution du problème que nous poserons ainsi: *Trouver les procédés physiques et physiologiques qui permettront aux médicaments sérieux, irritants ou caustiques, d'être bien tolérés,*

entièrement absorbés par la peau et transportés sans danger dans l'économie.

Nous n'oserions affirmer que nous avons trouvé la solution péremptoire du problème pour tous les médicaments irritants, mais nous pensons l'avoir obtenue pour les substances qui nous intéressaient particulièrement, et comme ces dernières sont caustiques, nous sommes autorisé à dire que notre système pourra très probablement s'appliquer à toutes les injections médicamenteuses irritantes.

D'après un relevé minimum, nous avons pratiqué depuis trois ans 1787 injections variées en employant alternativement la technique et la méthode qu'on trouve dans les travaux de Verneuil, Germain Sée, Dujardin-Beaumetz, Bouchard, Beurmann et Villejean, Balzer, Besnier, Scarenzio, Vitali, Meunier, Fillaut, Petit, etc., etc., et celle que nous allons exposer; et nous espérons démontrer que celle-ci réalise un progrès dans la question. Dans cette note la médication est la question secondaire, nous la réservons pour une prochaine publication.

Ce que nous désirons décrire c'est un système spécial d'injection permettant de faire tolérer par le tissu cellulaire sous-dermique des solutions contenant des substances très caustiques. Ce système nous a permis d'ailleurs d'entreprendre par la méthode hypodermique le traitement de certaines maladies chroniques avec des résultats très encourageants.

DE L'INJECTION HYPODERMIQUE PROPREMENT DITE

De la médication. — Dans l'étude de l'injection sous-cutanée il faut examiner la méthode et la médication. La méthode comprend l'ensemble des actes physiques et physiologiques à l'aide desquels une substance est introduite sous la peau et de là conduite dans le ventricule gauche.

La médication est l'application des propriétés physiologiques et thérapeutiques d'une substance au traitement d'une maladie déterminée, elle est issue d'une théorie pathologique, utilise les méthodes thérapeutiques qui paraissent préférables sans être l'esclave de l'une d'elles.

L'injection est affaire de technique chirurgicale qu'un aide peut réaliser, la médication est sous la dépendance exclusive du médecin.

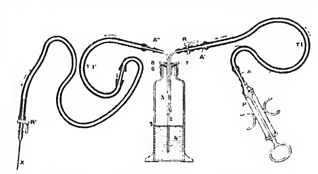
Le mercure est antisyphilitique, quel que soit son mode de pénétration dans l'économie. La créosote est antiseptique des voies respiratoires, qu'elle soit absorbée par inhalation, par injection sous-cutanée ou par la muqueuse gastro-intestinale. Il en est de même pour les sels de quinine et pour beaucoup d'autres substances. Néanmoins la médication peut être plus efficace suivant que l'on donne la préférence à une des méthodes précitées. L'injection ne donne pas de nouvelles propriétés aux médicaments, mais elle a le pouvoir d'augmenter la puissance de certaines d'entre elles. La morphine par hypodermie n'est-elle pas plus analgésiante que par la voie gastrique? La créosote en injection s'élimine avec profusion par les voies respiratoires de la façon la plus évidente, une égale dose absorbée par l'estomac s'élimine à l'état de diffusion extrême par cet organe et passe inaperçue pour le goût et l'odorat. Dans le premier cas, ce médicament exerce une action antiseptique et cicatrisante énergique, apparente; dans le second cas, elle passe inaperçue. Il en est de même pour tous les balsamiques. Par cette méthode l'action névrosthénique des sels de quinine sur les centres nerveux est triple de ce qu'elle pourrait être s'ils passaient par le tube digestif. De telle façon que si l'on veut obtenir rapidement l'antisepsie pulmonaire, il faudra introduire l'antiseptique par la peau; de même on injectera ainsi la quinine si un accès pernicieux est imminent, alors qu'on accordera la préférence à l'injection intraveineuse si l'on désire injecter une grande quantité d'eau à un cholérique arrivé à la période asphyxique.

Outillage pour les injections hypodermiques. — Dans notre système nous accordons une importance considérable à l'outillage. La seringue de Pravaz ne répond qu'exceptionnellement à nos besoins. Aussi nous l'avons remplacée le plus souvent par une seringue en argent fin de 5 centimètres cubes de capacité, dans laquelle le liquide se déplace en tournant le piston dont la tige est munie d'un pas de vis. La seringue à piston tournant doit être préférée à toute autre. Elle permet de faire pénétrer sous la peau par portions infinitésimales et sans secousses 5 centimètres cubes de liquide. Cette opération est insensible si l'opérateur est adroit et patient.

Injecteur sous-cutané. — La seringue ne répondant qu'à un nombre limité d'indications, nous avons dû faire construire un injecteur spécial pour lequel le concours de M. Collin a été des plus précieux.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur le dessin qui en représente la coupe verticale pour se rendre compte tout de suite de ses dispositions et de son fonctionnement.

L'ensemble peut être décomposé en trois portions: une centrale, deux latérales. La première est constituée par un flacon étroit et long, en cristal épais, jaugeant 120 centimètres cubes environ dans lequel s'engagent deux tubes en argent fin d'inégale longueur. Sa cavité intérieure présente



P, Pompe foulante; A, ajustage; Tl, tube insufflateur; A', ajustage; R, robinet de réserve; 1, tube distribuant la pression; 2, tube plongeur (argent ou platine); 3, chambre à air comprimé; 4, liquide; 5, graduation; 6, rondelle en caoutchouc; 7, plaques où sont les tubes; 8, bouchon métallique vissé; A", ajustage; T'I', tube injecteur; I, index transparent; R', robinet de distribution; X, aiguille.

deux chambres virtuelles: une inférieure (n° 4), recevant exactement 60 centimètres cubes de liquide. Une échelle, divisée en centimètres cubes et gravée à l'extérieur, en précise les limites;

L'autre, supérieure (n° 3), dans laquelle on emmagasine de l'air comprimé destiné à refouler les liquides que l'on injectera (n° 4).

Le flacon est fixé par sa base à un disque métallique épais qui lui assure la stabilité, son goulot est fermé hermétiquement par un bouchon complexe qui mérite une description.

Si on examine la figure ci-jointe, on remarque les particularités suivantes: un disque en métal (voy. n° 7) de la dimension du goulot et muni à sa base inférieure d'une plaque de caoutchouc épais, de même dimension, est fortement pressé sur l'orifice par une capsule métallique (n° 8), qui se fixe par un pas de vis sur une bague métallique entourant le goulot. De cette façon l'air ne peut s'échapper par le bouchon.

Les tubes métalliques traversent le bouchon en se soudant au disque obturateur (n° 7).

Le n° 1 se termine dans la chambre à air et se continue au dehors avec la portion latérale droite de l'appareil, qui n'est autre chose qu'une pompe foulante munie d'un long tube insufflateur (Ti).

Le n° 2 qui plonge jusqu'au fond du flacon s'ajustera au dehors à l'aide d'un long tube en caoutchouc de 35 centi-

mètres avec un robinet spécial dit de *distribution* qui est la pièce importante de la portion latérale gauche. Ce robinet est long de 7 à 8 centimètres en moyenne. Le pivot est placé à une extrémité du tube, de telle façon que l'autre portion est très longue, celle-ci s'engage en entier dans le bout périphérique du caoutchouc avec lequel se forme un cylindre résistant servant de point d'appui à l'opérateur. L'autre extrémité s'ajuste avec les aiguilles, tandis que le pivot central est muni à l'extérieur d'une manette, permettant de graduer à volonté l'ouverture du robinet.

Les tubes en caoutchouc sont revêtus d'une chemise de soie destinée à les rendre inextensibles; grâce à ces détails, il est facile de comprendre le fonctionnement de l'appareil.

Le flacon étant chargé, hermétiquement clos, les tubes étant bien ajustés avec toutes les pièces, la pompe P pousse de l'air dans la chambre supérieure (n° 3), celui-ci comprime le liquide médicamenteux qui sort par le tube plongeur et arrive dans le robinet R', d'où il sortira au gré de l'opérateur pour pénétrer sous la peau.

L'échelle gravée sur le récipient permet de mesurer exactement les quantités de liquide expulsées. Il importe à cet égard de remarquer qu'en raison de la capillarité et de l'épaisseur du cristal, la ligne de surface paraît triple. Il faut fixer les yeux sur la ligne du milieu qui est plus foncée.

L'injection étant terminée, on doit démonter en entier l'appareil et laver ou vider exactement le tube injecteur.

Cet instrument nous a servi pour toutes les solutions que nous avons employées. L'huile a l'inconvénient de ramollir le caoutchouc, il sera bon d'avoir des tubes de rechange. Avant de le mettre en œuvre, il faudra aseptiser l'injecteur par des lavages réitérés et antiseptiques.

Les aiguilles que nous employons sont longues et d'un diamètre double de celui des aiguilles de morphine quand on veut injecter des huiles. Elles doivent toujours être d'une propreté *absolue* et bien affilées.

Cet appareil met au service du médecin une grande quantité de liquide. Chargé d'air comprimé, il fonctionne seul ; à l'aide du robinet on peut régler l'injection et éviter la douleur. Enfin, grâce à l'échelle du flacon, il est facile d'apprécier les quantités de liquide injectées.

Symptômes locaux de l'injection en général. — Nous avons constitué notre système par l'étude de l'action locale des substances suivantes : iodoforme, iodol, eucalyptol, antipyrine, chloroforme, éther, bisulfate de quinine, chlorhydrate neutre de quinine, acide phénique, créosote vraie.

Voici le dénombrement des injections faites jusqu'en janvier 1889, avec ces différents agents, sur les animaux d'abord, sur l'homme malade ensuite.

Nous signalerons les premières pour mémoire pour nous appesantir surtout sur les injections thérapeutiques que voici :

Injections d'iodoforme.................	50
— d'iodol..........	25
— d'eucalyptol.........	40
— d'antipyrine................	50
— de bisulfate de quinine.......	20
— de chlorhydrate de quinine....	103
— d'acide phénique............	97
— de créosote vraie............	150
Total..............	1787

Ce nombre paraîtra considérable tout d'abord, mais je n'hésite pas à dire que pour constituer une médication discutée pour chaque substance, il en faudrait le triple. Trois substances peuvent être considérées par nous comme pouvant réaliser une médication, ce sont : la créosote, les sels de quinine, l'acide phénique.

En groupant ensemble ces injections, on reconnaît sans peine qu'elles présentent toutes au point de vue local des phénomènes communs, exceptionnellement des phénomènes spéciaux ou accidentels.

Les phénomènes communs dépendent directement du procédé, ce sont :

1° La douleur causée par la piqûre ;
2° La douleur causée par l'injection ;
3° La douleur causée par les liquides;
4° La douleur causée par les réactions nerveuses ;
5° Le soulèvement et la rétraction de la peau;
6° L'absorption.

Les phénomènes accidentels seront appréciés plus loin, il importe de préciser les conditions banales de l'injection et de les atténuer ou les faire tourner à l'avantage de notre système.

Douleur causée par la piqûre. — Dans le traitement des maladies chroniques il serait difficile d'appliquer couramment la méthode hypodermique si la piqûre devait être douloureuse. On doit donc chercher à la rendre, sinon complètement ou toujours nulle, tout au moins aussi peu pénible que possible, et on y arrive très bien. L'injection devant être considérée comme une petite opération, on fait allonger le malade sur un lit de telle manière que la peau soit très relâchée. Le lieu choisi, on prend celle-ci entre le pouce et l'index de la main gauche et on la soulève. C'est à la base de ce pli ainsi formé et bien tendu par l'auriculaire droit que l'on enfonce vivement et profondément l'aiguille aseptisée et bien affilée qui se logera ainsi dans un espace vide. Quand on opère ainsi et que l'on est adroit, la piqûre passe le plus souvent inaperçue. On peut toujours avec un petit stypage insensibiliser le lieu d'élection.

Il existe sur le corps des régions sur lesquelles la peau se prête particulièrement à cette opération. Nous signalerons le dos, ses parties latérales surtout, la région pectorale sus-mammaire ou sus-mammelonaire, les flancs, l'épigastre, les hypochondres. les régions péri-ombilicale et fessière externe, la face latérale et postérieure du bras, la face externe de la cuisse. L'aine, le cou, la mamelle, doivent être respectés, moins à cause de la douleur, qu'à cause de leur trop grande vascularité et de la mobilité extrême de la peau. On a dit que la gouttière adipeuse, située entre le trochanter et la fesse, était insensible. Cela n'a que peu d'importance quand il s'agit de faire un grand nombre d'injections.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

Infuence des anesthésiques sur la force des mouvements respiratoires, par MM. *P. Langlois* et *Ch. Richet*. — « Des recherches déjà anciennes (Hutchinson, Krahmer) ont montré que l'homme et les animaux ne peuvent vaincre, par l'inspiration ou l'expiration, la pression d'une colonne liquide offrant une certaine résistance. Nous avons vérifié ce fait et constaté que, d'une manière générale, on ne peut expirer ni inspirer à travers une colonne de mercure de 100 millimètres (1).

« I. Nous avons institué l'expérience en faisant respirer un chien trachéotomisé à travers une soupape de Muller, dont la construction a été légèrement modifiée pour nous; dans chaque branche de la soupape, il y a une colonne de mercure de hauteur variable. Dans ces conditions, un chien peut respirer quelques instants quand la colonne est de 60 millimètres; mais c'est là un chiffre extrême et l'animal s'asphyxie rapidement. Pour que la respiration continue et pour qu'elle s'opère avec un rythme régulier, sans asphyxie menaçante, il faut que la colonne mercurielle n'ait pas une hauteur supérieure à 25 ou 35 millimètres. Alors la respiration peut s'établir pendant plusieurs heures. Elle est, il est vrai, très laborieuse; mais il n'y a pas danger d'asphyxie.

« II. Les choses ne se passent pas de même quand l'animal est

(1) Tous nos chiffres sont exprimés en millimètres de mercure. Il y a pour l'homme des différences individuelles, notables, oscillant entre 80 millimètres et 140 millimètres.

soumis à l'action du chloroforme ou du chloral. Alors une pression très faible empêche la respiration : une pression faible (de 10 millimètres) asphyxie un chien qui est profondément chloralisé, alors que sur un chien normal elle gêne à peine les mouvements respiratoires.

« Quelques expériences ont été faites avec le chloroforme et la plupart avec le chloral. Mais les deux poisons, quand ils sont donnés à forte dose, produisent exactement les mêmes effets. Si nous avons de préférence employé le chloral, c'est qu'il se dose et se manie, ou moins chez le chien, avec une facilité plus grande que le chloroforme. Donc, ce que nous disons du chloral s'applique aussi au chloroforme, ainsi que nous l'avons directement constaté.

« L'expérience suivante, que nous avons répétée nombre de fois, indique bien l'influence des anesthésiques sur la force des mouvements respiratoires. Un chien, profondément chloralisé, respire à l'air libre régulièrement et rythmiquement sans la moindre menace d'asphyxie; si alors on le fait respirer à travers une colonne de 10 millimètres, il ne franchit pas cet obstacle et s'asphyxie. Quand les efforts spontanés de respiration ont cessé, le cœur continuant à battre, on enlève la pression et on fait la respiration artificielle. Au bout d'une ou deux minutes, la respiration spontanée revient. Alors on rétablit la pression de 10 millimètres et, de nouveau, le chien s'asphyxie. On peut ainsi recommencer, avec le même résultat, deux ou trois fois de suite la même expérience; mais, finalement, les effets du chloral se dissipant, le chien peut, à un moment donné, franchir la colonne de 10 millimètres, et il n'y a plus d'asphyxie possible avec cette faible pression que si on lui redonne une nouvelle dose de chloral.

« III. Ce n'est pas l'effort inspiratoire qui est paralysé par l'action toxique, c'est l'effort expiratoire. En effet, même profondément anesthésiés, les animaux inspirent quand la pression à l'inspiration est de 15 millimètres, de 20 millimètres et parfois de 25 millimètres; tandis que, si la pression à l'expiration est seulement de 10 millimètres, cela suffit pour amener l'asphyxie.

« L'explication est simple et conforme à ce que nous savons de l'action des anesthésiques et du mécanisme respiratoire. Les mouvements d'inspiration sont toujours *actifs*, tandis que l'expiration à l'état normal est purement *passive*, due à l'élasticité pulmonaire; elle a lieu mécaniquement quand l'effort inspiratoire a pris fin, sans aucune action musculaire. L'expiration n'est active que dans le cas d'une expiration volontaire ou d'une expiration réflexe. Or les mouvements volontaires et les mouvements réflexes sont paralysés par les anesthésiques. Donc, sur l'animal anesthésié, il ne peut y avoir d'expiration active; il ne reste plus qu'une expiration passive due à l'élasticité pulmonaire, laquelle n'est pas assez forte pour vaincre une colonne mercurielle de 10 millimètres. Si l'inspiration persiste, c'est que, tout en étant toujours un phénomène actif, elle n'est ni volontaire ni réflexe, mais automatique, due à l'incitation du bulbe, qui est affaiblie, mais non abolie par le chloral.

« Au point de vue chirurgical, cela entraine une conséquence immédiate; c'est qu'il faut, dans l'anesthésie chloroformique, maintenir les voies respiratoires absolument libres; car le plus léger obstacle à l'expiration, presque imperceptible pour un individu normal, deviendra infranchissable pour un individu anesthésié. Il nous a paru que les chirurgiens portaient surtout leur attention sur l'inspiration, tandis qu'ils devraient, suivant nous, porter surtout leur attention sur les obstacles à l'expiration, obstacles dont le principal est, comme on sait, la base de la langue au-dessus de l'orifice glottique (1). »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 9 AVRIL 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MAURICE PERRIN.

M. le docteur *Semmola* (de Naples) se porte candidat au titre de correspondant étranger dans la division de médecine.

M. *Brunet*, vétérinaire, envoie un mémoire manuscrit sur la *mixture astringente et escharrotique de Villatte au point de vue de la médecine humaine.* (Commission : MM. *Marty*, *Trasbot* et *Potailton*.)

M. le docteur *Bazin*, médecin aide-major de 1re classe à Sfax et M. le docteur *Carrière*, médecin-inspecteur des enfants du premier âge à Saint-André-du-Valborgne (Gard), adressent des mémoires manuscrits sur *les vaccinations et les revaccinations qu'ils ont pratiquées en* 1888-1889.

M. le docteur *Delmas*, médecin-major de 1re classe, et M. le docteur *Fichot* (à Nevers) envoient des mémoires sur des *épidémies de fièvre typhoïde*.

M. *Bautarel*, stagiaire aux eaux minérales, adresse un mémoire sur *Dax et ses eaux thermales*.

M. le docteur *Van der Stak* (de Rijswijk, Pays-Bas) envoie un ouvrage, en hollandais, sur *les mariages consanguins*.

M. *Dujardin-Beaumetz* présente: 1° une brochure de M. le docteur *Lardier* (de Rambervilliers) sur *le service de la vaccination dans les Vosges, ce qu'il est, ce qu'il devrait être;* 2° un mémoire imprimé de M. le docteur *Dobieszewski* sur *l'influence des eaux de Marienbad sur la nutrition et la circulation*.

M. *Larrey* dépose: 1° au nom de M. le docteur *Morand*, un volume sur le *magnétisme animal* (hypnotisme et suggestion); 2° de la part de M. le docteur *E. Berger*, une brochure sur *les troubles oculaires dans le tabes dorsal*.

M. *Marty* présente un mémoire de M. *Balland*, pharmacien-major de l'armée, sur le *développement du grain de blé*.

M. *Guéniot* offre, au nom de M. *Léon Lallemand*, une brochure sur *l'organisation du travail dans les prisons cellulaires belges*.

M. *Verneuil* dépose une observation de *prolapsus rectal et utérin*, recueillie par M. le docteur *Jeannet* (de Toulouse).

M. *Magitot* présente une Note de M. *Suffit* sur *les poêles à réservoir de combustible*.

Décès de M. Chevreul. — M. le *Président* annonce le décès de M. *Chevreul* qui appartenait à l'Académie depuis 1828 à titre d'associé libre; il exprime les regrets que cause la perte de cet illustre et vénéré savant.

Néphrorraphie. — M. *Cornil* lit un rapport sur une observation de M. le docteur *Terrillon* concernant un cas de néphrorraphie pratiquée avec succès dans la région lombaire gauche pour un rein flottant hypertrophié et très douloureux. Il signale comme particularités principales : 1° la réussite de l'opération, qui a montré que la fixation du rein solidement attaché aux aponévroses profondes de la région lombaire suffisait pour faire disparaître les douleurs violentes dont cet organe était le siège; 2° le fait intéressant, et indiquant bien la nature de la lésion qui succède au déplacement du rein, est la disparition progressive du volume excessif de l'organe. Il y a là une constatation bien probante qui indique combien l'augmentation de volume est sous la dépendance du changement dans la position normale. Ces phénomènes de congestion sont probablement dus au ralentissement ou à la difficulté de la circulation veineuse du rein causés par les tiraillements, torsions et coudures de la veine rénale dans les déplacements de l'organe.

Antipyrine contre la glycosurie. — De deux observations de diabète lié à la cataracte, chez un homme de trente-huit ans et une dame de soixante-treize ans, observations dans lesquelles l'antipyrine fut administrée avec une grande attention, M. *Panas* conclut que ce médicament jouit d'une action antiglycogène, efficace et prompte; il réussit là où ni le régime ni les autres médicaments préconisés jusqu'ici n'ont pu abaisser le taux du glycose au-dessous d'une quantité donnée; mais pour être efficace au début la dose journalière de 3 grammes semble nécessaire; cette action se fait sentir alors même qu'on continue à accorder aux malades une proportion modérée de féculents.

A cette occasion, M. *Germain Sée* expose les résultats de ses recherches physiologiques, thérapeutiques et chimiques sur l'emploi de l'antipyrine dans le traitement du diabète. S'appuyant sur les dix-huit observations qu'il a recueillies, il déclare que l'on obtient par ce médicament la guérison souvent complète et définitive des diabétiques à glycosurie de 80 à 100 grammes par litre; ainsi disparaissent non seulement les quatre phénomènes cardinaux, c'est-à-dire la soif, la polyurie, la glycosurie et l'azoturie, mais encore tous autres accidents tels que les diabétides cutanées, les diabétides furonculeuses, les névrites diabétiques. Les résultats s'obtiennent même pendant une alimentation confortable, composée de beaucoup de viandes, de graisse et d'une certaine quantité de féculents. Par contre, les effets de cette

(1) Travail du Laboratoire de Physiologie de la Faculté de Médecine de Paris.

médication sont nuls chez des diabétiques primitivement amaigris et fortement glycosuriques (au delà de 150 grammes par litre); ils sont inutiles ou insignifiants sur les diabétophthisiques.

M. *Dujardin-Beaumetz*, rappelle qu'il y a un an il a signalé à la Société de thérapeutique qu'à la dose de 2 à 3 grammes par jour d'antipyrine on obtient chez les diabétiques une diminution notable dans la quantité des urines et dans celle du sucre rendu en vingt-quatre heures. Les cas graves du diabète résistent, il est vrai à cette indication comme à tout autre; il faut lui associer le traitement hygiénique et alimentaire dans le cas de diabète d'origine nerveuse; mais c'est surtout dans les diabètes polyuriques qu'elle réussit parfaitement, ainsi d'ailleurs que tous les autres médicaments du groupe des antithermiques.

Depuis octobre 1887, M. *Albert Robin* traite par l'antipyrine les diabétiques de son service à la maison de retraite des Ménages. Après avoir fait connaître quelques-unes de ses observations, il exprime l'avis que ce médicament agit énergiquement sur la glycosurie, mais ne guérit pas le diabète, tout en exerçant une action suspensive des plus marquées sur les symptômes principaux de cette affection. La dose de 3 grammes constitue une dose moyenne dans la plupart des cas et il y a lieu de la diminuer pour peu que de l'albumine se montre dans les urines. Elle doit être administrée à une certaine distance des repas par doses d'un gramme à quatre heures d'intervalle, en l'associant au bicarbonate de soude dans la proportion de deux parties d'antipyrine pour une partie de ce sel. Il faut se garder d'en faire un médicament d'habitude et d'en prolonger l'emploi plus de huit à douze jours en moyenne. Enfin, on doit l'administrer au début du traitement d'un diabétique, alors qu'il s'agit de modérer sûrement et dans un bref délai une glycosurie ou une polyurie considérable; elle permet de suspendre le régime chez les diabétiques qui en sont fatigués, et cela sans que le malade perde le bénéfice de la contrainte qu'il a imposée à son estomac. Elle est indiquée quand le régime longtemps continué et bien toléré a donné ses maximums d'effet utile, en ce sens que la glycosurie et la polyurie sont arrivées à un point fixe au-dessous duquel elles ne s'abaissent plus. Une habile combinaison du régime et de l'antipyrine, associés dans une sorte de médication alternante, paraît être actuellement l'un des meilleurs traitements du diabète. Ce traitement est contre-indiqué lorsque, après son emploi, le sucre ne s'abaisse pas rapidement ou que la densité de l'urine tarde à s'élever, bien que la quantité diminue; l'albuminurie ne constitue pas une contre-indication absolue, mais explique seulement une question de dose et de durée; enfin, quand bien même la glycosurie serait favorablement influencée, il faut se garder d'en continuer l'usage, si l'appétit diminue et qu'il se montre en même temps de l'amaigrissement, des sensations de faiblesse, de la pâleur du visage, de l'oppression, etc.

M. *Worms* a signalé il y a dix ans, et il obtient depuis, les mêmes effets par l'emploi du sulfate de quinine; l'antipyrine et ses congénères ne lui ont pas donné de résultats plus favorables.

Poêles mobiles. — M. *Laborde* achève sa communication sur l'intoxication oxycarbonée par les poêles mobiles. D'après ses recherches au point de vue étiologique et pathologique, l'intoxication oxycarbonée peut résulter, et résulte fréquemment, de poêles dits mobiles, avec ou sans tuyaux; ces appareils réalisent, tant par les matières qui les constituent que par leur fonctionnement sujet à de nombreuses défectuosités, notamment et surtout par leur propriété de mobilisation et de déplacement facultatifs, les conditions les plus favorables à cette intoxication et ses dangers. Il suffit, dans l'atmosphère respirée, de la présence et de l'accumulation de l'oxyde de carbone dans des proportions de 1/450e ou 1 centimètre cube par 450 centimètres cubes en moyenne pour que cette atmosphère devienne dangereuse pour les personnes. La modification du taux de la capacité respiratoire du sang ou de l'hémoglobine, sous l'influence de l'oxyde de carbone, constitue le signe fondamental de l'intoxication; mais les accidents mortels peuvent se produire avant même que l'hémoglobine ait été saturée d'oxyde de carbone, ainsi qu'en témoignent les recherches expérimentales entreprises sur ce sujet.

Au point de vue thérapeutique et du traitement immédiat de l'intoxication, M. Laborde, en dehors des moyens médicaux vulgaires, aération, flagellation, excitants de toute sorte, déplacement du malade et son transfert rapide hors de l'atmosphère toxique, recommande la transfusion du sang comme le moyen vraiment rationnel, suggéré par la connaissance du mécanisme physiologique de l'intoxication. Pour être efficace, la transfusion doit être opérée alors que les contractions du cœur, quelque ralenties et affaiblies qu'elles soient, ne sont pas complètement suspendues et que les respirations ne sont pas arrivées à être complètement négatives et agoniques; soit lorsqu'on peut encore enregistrer et compter quatre à cinq inspirations à la minute et au moins autant de contractions cardiaques dans le même temps. La déplétion sanguine et la respiration artificielle, employées respectivement seules, ne peuvent réussir qu'à la condition d'intervenir à une période beaucoup moins avancée de l'intoxication. La saignée, employée simultanément et combinée avec la transfusion, semble hâter sensiblement l'action de celle-ci, mais elle ne paraît pas nécessaire pour en assurer les effets. La transfusion et la respiration artificielle associées constituent la méthode la plus puissante et la plus efficace du traitement immédiat de l'intoxication x ycarbonée. M. Laborde, enfin, ne croit pas qu'il soit possible de proscrire purement et simplement les poêles mobiles; mais il trouve qu'il y aurait lieu de faire étudier par une commission de l'Académie, à laquelle seraient adjoints des hommes de compétence notoire, les véritables causes des défectuosités et des dangers inhérents aux divers et nombreux systèmes de chauffage actuellement usités.

Avec M. *Féréol*, il a lieu de reconnaître les inconvénients que peuvent présenter les poêles mobiles, si on n'en surveille pas soigneusement les usages; mais ils ont de grands avantages économiques et il n'est ni sage ni raisonnable de chercher à réglementer outre mesure en matière d'hygiène. C'est aux particuliers qu'il appartient de prendre d'eux-mêmes les précautions nécessaires. Aussi approuve-t-il les propositions formulées par le Conseil d'hygiène de la Seine et rapportées il y a huit jours par M. Léon Colin. Il voudrait que l'Académie les fît suivre des conseils suivants, qu'il demande à substituer aux conclusions proposées par M. Lancereaux :

1° Ne jamais placer de poêle mobile dans une pièce de petite dimension, surtout si les fenêtres sont closes hermétiquement et garnies d'épais rideaux;

2° Ne jamais coucher dans une chambre immédiatement contiguë à celle où se trouve un poêle mobile; il faut ménager toujours une chambre ou un corridor intermédiaire dans lequel la ventilation soit bien assurée;

3° Au moment d'installer un poêle mobile dans son appartement, on devra en donner avis au propriétaire de l'immeuble;

4° Quant au choix du poêle, on devra exclure tout appareil qui n'offre pas une double enveloppe, celui qui porte des ouvertures latérales qualifiées de bouches de chaleur, celui dont le foyer est ouvert librement ou fermé par un simple grillage;

5° On vérifiera, toujours avec le plus grand soin, si le

couvercle est bien ajusté, si la fermeture est exacte, et notamment si la rainure où s'enfonce le couvercle ne contient aucun morceau de coke ou de charbon ;

6° Pour combustible on se servira de houille maigre ou d'anthracite, dont l'odeur plus forte que celle du coke avertit qu'il y a un mauvais fonctionnement de l'appareil ;

7° On devra s'assurer que le tuyau de dégagement est bien entré dans la cheminée et on baissera le tablier jusqu'au contact du tuyau de sortie ; quand on introduit ce tuyau dans une cheminée où il n'y a pas eu de feu tout récemment, il est indispensable de faire flamber dans cette cheminée un feu de bois sec ou quelques vieux papiers, pour établir le courant d'air ascendant ;

8° La plaque spéciale de fermeture de l'âtre est utile pour accélérer le tirage ;

9° Conformément aux expériences de MM. Dujardin-Beaumetz et A. Martin, le poêle doit être mis en grande marche pendant la nuit, en petite marche pendant le jour, à la condition que pendant le jour on agite le cendrier ;

10° La clef du poêle ne devra jamais diminuer le calibre du tuyau de sortie de plus de la moitié ;

11° Il faut éviter le plus possible les déplacements du poêle, et, quand on opère ce déplacement, il faut se conformer rigoureusement aux préceptes ci-dessus, notamment en ce qui concerne l'introduction du tuyau dans la cheminée, et en ce qui concerne la flambée nécessaire pour établir le courant d'air ascendant.

M. *Lancereaux* ne croit pas qu'on puisse mettre trop facilement en jeu la responsabilité du propriétaire, ainsi qu'en témoigne l'exemple d'un procès récent, dans lequel on avait voulu rendre celui-ci responsable des fissures de la cheminée par lesquelles les gaz avaient pénétré dans la pièce où deux ouvriers étaient morts ; le propriétaire a objecté que lorsqu'il avait acheté la maison, elle était en parfait état, et il ne pouvait en être rendu responsable.

Il est cependant tenu d'entretenir son immeuble en bon état, objecte M. *Féréol.*

M. *Laqueau* estime, lui aussi, que si ces appareils sont très économiques, ils sont parfois dangereux, même pour les personnes habituées à s'en servir ; une femme qui avait été chargée de les vendre, fut trouvée asphyxiée dans le petit logement où le soir elle rentrait se coucher. De 1880 à 1887, durant huit années, à Paris on a enregistré 1695 décédés par asphyxie, 1040 hommes et 655 femmes ; mais plus des cinq sixièmes de ces décès ont été regardés comme des suicides volontaires ; cette proportion d'hommes asphyxiés volontairement semble bien considérable.

— L'ordre du jour de la séance du 16 avril est fixé ainsi qu'il suit : 1° Communication de M. *Budin* sur la pathogénie de certains abcès du sein ; 2° Suite de la discussion sur les poêles mobiles (Inscrits : MM. *Armand Gautier*, *Verneuil* et *Lancereaux*) ; 3° Lectures : par M. le docteur *Gombault* sur le traitement des affections dartreuses, et par M. le docteur *Fort*, sur le traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'électrolyse linéaire.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 3 AVRIL 1889. — PRÉSIDENCE DE M. LE DENTU.

Déviations utérines : MM. Championnière, Terrier, Terrillon, Trélat. — Kystes hydatiques du foie et de la rate : M. Leprévost (M. Segond, rapporteur. Discussion : MM. Terrillon, Terrier, Championnière). — Suture de l'urèthre : M. Kirmisson.

M. *Championnière* pense qu'il ne faut rien faire aux *rétrodéviations* indolentes. Lorsque la douleur intervient, elle peut être de cause exclusivement mécanique, et le redressement alors est indiqué ; mais souvent elle a pour cause des lésions des annexes, et le redressement n'y peut rien. Les pessaires sont toujours inutiles, sinon dangereux.

M. *Terrier* n'a jamais fait l'opération d'Alexander. Lorsque la rétrodéviation cause de la douleur, il y a souvent de la métrite, et l'on a de bons résultats par la dilatation et le curage de la cavité utérine. Et cette métrite est la chose importante, car c'est d'elle que dépendent, par infection ascendante, les salpingo-ovarites, les adhérences péritonéales. — C'est pour cela, et non à cause du simple déplacement, que les rétrodéviations se compliquent plus ou moins tôt d'adhérences, de pelvipéritonite tantôt simplement adhésive, tantôt beaucoup plus sérieuse. Une fois les adhérences établies, le raccourcissement des ligaments ronds est absolument inefficace : la seule intervention rationnelle est, après laparotomie, l'ablation des annexes et l'hystéropexie. Pour les rétrodéviations non adhérentes, le raccourcissement des ligaments ronds donnerait peut-être des résultats ; mais les malades qui souffrent en de semblables circonstances sont à l'ordinaire des névropathes, et l'on peut se demander s'il ne faut pas tenir compte de l'influence morale de l'opération. Ainsi, une malade à laquelle M. Terrier a fait l'hystéropexie, après castration, a vu reparaître ses douleurs atroces lorsque furent revenues ses règles, qu'elle s'attendait à ne plus avoir. Le traitement médical ayant échoué, M. Terrier proposa à la malade l'hystérectomie vaginale, et, sous le chloroforme, lui plaça sur le col utérin trois pinces à pression : depuis la malade est persuadée qu'elle n'a plus d'utérus, et elle ne souffre plus.

M. *Terrillon* a pratiqué cinq fois l'opération d'Alquié pour des cas simples, sans métrite ni adhérences. Il a eu trois succès et deux récidives. Donc, il ne faut pas en médire pour les déviations simples.

M. *Trélat* désire constater qu'il a été le premier à reconnaître que les résultats sont défectueux quand il s'agit de déviations adhérentes. Mais il diffère d'avis avec M. Terrier sur les déviations mobiles et indolentes : il faut redresser, car, par le processus indiqué par M. Terrier, les adhérences sont à peu près fatales. Il faut donc intervenir avant l'établissement des adhérences ; le raccourcissement des ligaments ronds est alors une bonne opération, et l'on y joint le traitement de la métrite. Plus tard, on devrait s'adresser à l'hystéropexie avec ou sans castration, opération beaucoup plus sérieuse. MM. Trélat et Terrier ne diffèrent donc pas d'avis sur la valeur des opérations exécutées, mais sur le moment où il faut intervenir chez une femme atteinte de déviation.

M. *Terrier* insiste sur les idées qu'il a émises, et ajoute que, d'ailleurs, à son sens, les rétrodéviations sont encore insuffisamment connues. Il pense, sans pouvoir être tout à fait affirmatif, que les rétroflexions sont plus graves que les rétroversions.

— M. *Segond* lit un rapport sur deux observations de M. *Leprévost* (du Havre), concernant deux *kystes hydatiques*, l'un du *foie*, l'autre de la *rate*. Le kyste hydatique de la rate a été observé sur une femme de vingt-six ans ; le diagnostic a été confirmé par une ponction à la seringue de Pravaz. Douze jours après, une ponction aspiratrice n'a pu trouver de liquide, mais elle a causé quelques accidents inflammatoires. Ces accidents une fois passés, la tumeur avait disparu, et, deux mois après, la guérison s'était maintenue. M. Leprévost attribue cette cure à la ponction avec la seringue de Pravaz, et en rapproche les observations analogues citées par Braine pour les kystes hydatiques du foie. M. Segond tend à invoquer plutôt l'inflammation qui a suivi la première ponction, inflammation qui, disent Casanova et Poulet, est plus fréquente après la ponction des

kystes de la rate qu'après celle des kystes du foie (proposition dont doute M. *Terrier*). Le vrai traitement est l'incision large, comme pour le foie, et c'est à elle qu'a eu recours M. Leprévost pour un kyste suppuré du foie. La poche n'ayant pas contracté d'adhérences, M. Leprévost a essayé de la suturer à la paroi avant de l'ouvrir; mais, vu la transmission des mouvements respiratoires, il a échoué et il a réussi par la pratique usuelle : suture après que la poche a été rendue flasque par une ponction évacuatrice. La malade est guérie, mais conserve une petite fistule. La fréquence des fistules après ces opérations mérite, d'ailleurs, des études nouvelles. Cette observation de M. Leprévost ne saurait soulever de discussion : l'ouverture large n'est pas contestée lorsque le kyste est suppuré. Mais, pour les kystes non suppurés, certains auteurs, les médecins surtout, semblent préconiser des opérations dites bénignes : évacuation totale et lavage antiseptique; injection d'une substance toxique pour tuer les hydatides du kyste non vidé. Or M. Segond déclare que, malgré leur apparente simplicité, ces opérations médicales lui font peur; que, d'autre part, elles ne s'appliquent pas indifféremment à tous les cas. Ainsi la première méthode ne saurait convenir aux poches qui, bourrées de vésicules, ne contiennent que peu de liquide; mais on peut alors essayer la seconde. En somme, on a le droit de tenter les interventions simples, mais non point de s'y acharner. Et l'on doit ajouter que, parfois, les guérisons durent moins qu'on ne le croit; ainsi la malade dont M. Segond a communiqué l'observation au Congrès de chirurgie, est portée dans les observations d'un chirurgien comme un succès de la ponction simple. — Lorsqu'on se décide à l'ouverture large, on doit, comme l'a fait M. Leprévost, opérer en un seul temps et non en deux, malgré un plaidoyer récent de M. Heydenreich en faveur de la méthode de Volkmann. Mais, dans l'observation de M. Heydenreich, il a fallu trois séances, toutes trois avec chloroforme, car à la deuxième il a été constaté que les adhérences n'étaient pas encore établies.

M. *Terrillon* appuie ces propositions à l'aide de ses observations personnelles, qu'il divise en trois catégories. Trois fois, le kyste a guéri après la ponction évacuatrice simple; deux fois après l'évacuation suivie de lavage à la liqueur de Van Swieten. Mais ces méthodes échouent quand il y a beaucoup de vésicules filles et dans un cas de ce genre M. Terrillon a dû en venir à l'incision large.

M. *Terrier* est du même avis, mais pense qu'il est bien difficile de diagnostiquer ces variétés; de savoir, d'autre part, s'il n'y a pas des kystes multiples. C'est déjà malaisé à reconnaître après incision large du ventre. Quant aux opérations dites médicales, elles nécessitent, pour être innocentes, des précautions antiseptiques d'une minutie extrême.

M. *Championnière* insiste sur les différences qui existent entre les divers kystes hydatiques du foie, et s'étonne qu'on songe parfois à préconiser une méthode toujours la même. Qu'y a-t-il dans le kyste? Qu'y a-t-il autour de lui? Souvent on n'en sait rien, et c'est pourquoi il est bon d'aller y voir autant qu'on le peut, sans se dissimuler d'ailleurs que la laparotomie ne permet pas de tout reconnaître. Peut-être médit-on trop de la méthode de Volkmann, qui, d'abord, a été un grand progrès il y a huit à dix ans; qui aujourd'hui est encore utile pour les kystes inclus dans le foie, car la suture est alors bien pénible. M. Heydenreich n'a pas obtenu d'adhérences parce qu'il a tamponné la plaie à l'iodoforme. Il faut user, en pareil cas, d'une substance irritante, du chlorure de zinc surtout. En somme, M. Championnière est partisan de l'incision large et croit que l'on a exagéré les bienfaits de la ponction simple : on a bien dit, il y a quelques années, que les kystes du para-ovarium guérissaient ordinairement par la ponction; aujourd'hui, à peu près tous les chirurgiens sont d'avis de les enlever.

— M. *Kirmisson* lit un travail sur la *suture primitive et secondaire de l'urèthre et du périnée* après les ruptures de l'urèthre, les uréthrotomies externes. Cette pratique, déjà employée par MM. Terrier, Championnière, Le Dentu, donne de bons résultats. Il a eu à se louer de la suture primitive, en étages, après une uréthrotomie externe pour extraction de calculs derrière un rétrécissement qui fut en même temps soumis à l'uréthrotomie interne. Il a eu un succès par la suture secondaire, douze jours après une uréthrotomie externe, dans un périnée fistuleux et induré; dans un autre cas du même genre, il a échoué sur un malade atteint de pyélonéphrite double.

A. Broca.

Société de biologie.

SÉANCE DU 30 MARS 1889. — PRÉSIDENCE DE M. DUCLAUX, VICE-PRÉSIDENT.

Sur l'inoculation du charbon symptomatique au lapin : M. Roger. — Structure de l'os normal : M. Zachariades. — Lésions hépatiques dans l'éclampsie : M. Pilliet. — Influence des inhalations d'oxygène sur le rythme respiratoire chez les diphthéritiques : M. Langlois. — Toxicité du cyanure d'éthyle : M. Lapicque. — Des relations entre la fonction glycogénique et la fonction biliaire : MM. Arthus et Dastre. — Sur la pression exercée par les graines qui se gonflent : M. Regnard. — De la surcharge graisseuse du cœur chez les animaux engraissés : M. Regnard.

M. *Roger* a poursuivi ses recherches relativement aux conditions dans lesquelles le charbon symptomatique peut être inoculé au lapin; il a constaté que l'injection simultanée d'une culture de charbon avec quelques gouttes d'une culture de *staphylococcus aureus* ou de *proteus vulgaris* détermine rapidement la mort de l'animal; l'évolution de la maladie et les lésions sont celles mêmes du charbon. D'autre part, on arrive aussi à tuer un lapin en injectant dans le muscle un mélange de culture de charbon et de triméthylamine. Ainsi un microbe peut se développer chez un animal qui y est naturellement réfractaire, quand on fait subir aux tissus dans lesquels on l'introduit une altération chimique.

— M. *Zachariades*, en étudiant comparativement des coupes d'os frais et d'os sec, a été amené à constater que la grande majorité des canalicules osseux contiennent, à l'état frais, des prolongements que l'on isole aisément par la potasse et qui se colorent par le bleu de quinoléine.

— M. *Laborde* présente une note de M. *Pilliet* sur les lésions hépatiques dans l'éclampsie, qu'il y ait ou non ictère. Les lésions débutent par les espaces portes et sont constituées d'abord par une extravasation sanguine autour des espaces, puis par une destruction du parenchyme de l'organe.

— M. *Laborde* dépose une note de M. *Langlois* sur les variations du rythme respiratoire chez les diphthéritiques sous l'influence des inhalations d'oxygène. Le fait essentiel constaté par M. Langlois consiste en une légère accélération du rythme respiratoire dès le début et tout le temps des inhalations.

— M. *Lapicque* a constaté, contrairement à une opinion qui a été soutenue, que le cyanure d'éthyle pur est toxique. La dose mortelle, pour le lapin, est de 5 centigrammes par kilogramme d'animal; mais les accidents ne se produisent qu'avec une grande lenteur. Les caractères de l'empoisonnement sont ceux de l'empoisonnement par les cyanures en général.

— M. *Dastre* a vu, avec M. *Arthus*, au moyen d'une méthode nouvelle qui consiste à déterminer un ictère par-

tiel, et qui permet par suite de comparer une portion du foie ictérique à une portion saine chez le même animal, qu'il y a constamment dans le foie ictérique un abaissement du pouvoir glycogénique.

— M. *Regnard*, à propos des expériences récemment présentées à la Société par M. Gréhant, rapporte une expérience qu'il a faite et qui montre que des graines, se gonflant d'eau dans une enceinte fermée, amènent une diminution de volume du mélange total; il n'y a donc pas, en réalité, de pression exercée par ces graines.

— M. *Regnard* a trouvé une surcharge graisseuse du cœur considérable chez les animaux engraissés hâtivement.

SÉANCE DU 6 AVRIL 1889. — PRÉSIDENCE DE M. DUCLAUX, VICE-PRÉSIDENT.

Sur le pouvoir toxique de l'urine dans la pneumonie : MM. Gaume et Roger. — Présentation d'ouvrage : M. Dastre. — Du lavage du sang dans les maladies infectieuses : MM. Dastre et Loye. — De la présence de psorospermies dans les tumeurs épithéliales : M. Albarran. — Appareil pour mesurer le gonflement des graines : M. Bonnier. — Sur la cause du sommeil hibernal : M. Dubois. — Effets de l'excitation du pneumogastrique sur le diamètre des bronches : M. Chauveau.

M. *Roger* a constaté avec M. *Gaume* que pendant le cours de la pneumonie la toxicité des urines est moins grande que chez des sujets normaux ; cette toxicité diminue au fur et à mesure que la maladie progresse; mais vingt-quatre ou quarante-huit heures avant le jour de la crise, elle augmente brusquement et dépasse presque toujours la toxicité normale. Cependant ce n'est pas cette soudaine exagération du pouvoir toxique des urines qui peut expliquer la guérison, car elle n'a pas toujours lieu avant la crise.

M. Roger a en outre entrepris, avec M. Gaume, quelques essais pour déterminer à quelles substances est due cette toxicité.

— M. *Dastre* présente un volume contenant quelques-uns des travaux faits pendant l'année 1888 au laboratoire de physiologie de la Sorbonne.

— M. *Dastre* a recherché avec M. *Loye* quelle influence peut exercer, dans les maladies infectieuses, le lavage du sang, pratiqué conformément aux règles qu'il a posées dans un travail publié l'année dernière dans les *Archives de physiologie*, ce lavage n'entraînant que les substances nuisibles et étrangères, et non les substances constitutives du sang. Après avoir inoculé à des lapins des cultures de charbon, ou de morve, ou de bacille pyocyanique, ou de la diphthérie, les auteurs ont soumis un certain nombre de ces animaux, les autres restant comme témoins, au lavage méthodique. Cette opération a eu constamment pour résultat de déterminer la mort un peu plus rapidement. Il se peut, en effet, que le lavage répande dans tout l'organisme les matières toxiques sécrétées par les microbes qui, chez les animaux témoins, ne passent que peu à peu et moins vite dans le torrent circulatoire.

— M. *Albarran* rapporte plusieurs cas de tumeurs épithéliales, en particulier un cas de tumeur du maxillaire inférieur étudiée avec M. Malassez, dans lesquelles la présence de psorospermies a été nettement constatée.

— M. *Bonnier* décrit l'appareil qui lui sert à démontrer le gonflement des graines dans l'eau, appareil analogue à celui que M. Regnard a présenté à la dernière séance. Avec cet appareil on constate que pour beaucoup de graines, fèves, orge, maïs, etc., le mélange se contracte d'abord, puis survient une phase de dilatation.

— M. *Duclaux* présente une note de M. *R. Dubois* sur les causes du sommeil hibernal. M. Dubois s'attache à montrer que ce sommeil ne tient pas à une accumulation de produits toxiques.

— M. *Chauveau*, à propos de la communication récente de M. François-Franck sur les effets respiratoires de l'excitation du nerf vague, rappelle des expériences qu'il a faites il y a déjà plusieurs années et qui montrent bien l'insuffisance des procédés manométriques pour constater l'action du pneumogastrique sur les muscles de Reissessen. Le procédé employé par M. François-Franck et dont M. Chauveau s'était servi dans les expériences qu'il rapporte, est bien préférable : on apprécie simplement la durée d'ampliation du thorax d'après la courbe fournie par un tracé pneumographique. Par exemple, sur un chien dont on a coupé la moelle et sur lequel on établit la respiration artificielle, on constate que la section des deux pneumogastriques ne modifie pas le tracé; mais, si on excite le bout inférieur d'un de ces nerfs, on voit la ligne d'inspiration diminuer beaucoup d'amplitude. Ce qui s'explique aisément en raison de la diminution du volume total du poumon résultant de la contraction des fibres de Reissessen; mais cette modification ne persiste pas longtemps.

REVUE DES JOURNAUX

Contribution à l'étude du sulfonal, par M. Scheney. — Un malade atteint d'angine de poitrine prit 2 grammes de sulfonal. Non seulement il n'obtint pas de sommeil, mais il y eut une notable aggravation de son état. L'auteur recommande de s'abstenir de ce médicament dans l'angine de poitrine, et dans l'artério-sclérose en général. (*Therap. Monatshefte*, n° 7, 1888.)

Du traitement des kéloïdes par la résorcine, par M. Andeer. — Il s'agit d'une femme qui portait sur le dos du pied une vaste cicatrice, irrégulière, en demi-relief, et très douloureuse au point qu'elle ne pouvait se chausser, ni se livrer à ses occupations habituelles. Après avoir épuisé un grand nombre de traitements, elle fit usage d'une pommade à la résorcine, contenant 1 pour 100 de médicament. Les douleurs disparurent au bout de quelques jours et le pied recouvra ses fonctions. Le professeur Nussbaum (de Munich) recommande également l'emploi de la résorcine dans le traitement des kéloïdes. (*Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften*, 20 octobre 1888.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité des maladies des pays chauds, région prétropicale, par MM. Kelsch et Kiener. 1 vol. de 900 pages avec 6 planches en chromolithographie et 36 figures dans le texte. Paris, 1889, J.-B. Baillière et fils.

Les auteurs de ce très intéressant ouvrage, dont la compétence en pareille matière est depuis longtemps établie par les études anatomiques et cliniques auxquelles ils ont pu se livrer pendant leur séjour prolongé en Algérie, ont cru devoir se limiter à la description des trois maladies communes à tous les pays chauds : la dysenterie, l'hépatite et la malaria. Ils considèrent, d'ailleurs, que les influences climatériques et hygiéniques sont impuissantes, par elles-mêmes, à produire ces affections qu'il convient d'envisager comme des « maladies ubiquitaires qui acquièrent seulement dans les pays chauds une fréquence et une intensité particulières ». Elles sont toujours identiques à elles-mêmes, quelle que soit la diversité de leur allure, et présentent constamment un caractère manifeste de spécificité.

On peut regretter, d'ailleurs, que l'étude bactériologique relative aux micro-organismes pathogènes n'ait pas trouvé

place dans l'œuvre de MM. Kelsch et Kiener; il eût été intéressant, à plus d'un titre, de connaître les résultats de recherches faites dans les conditions particulièrement favorables où ils se trouvaient placés; et, même négatifs, ces résultats auraient apporté une importante contribution à des questions encore litigieuses. Les considérations d'hygiène et de prophylaxie y eussent à coup sûr gagné en précision.

Nous ne saurions avoir la prétention d'analyser ici ce volumineux ouvrage si rempli de faits, si riche en documents anatomiques et cliniques, dont quelques-uns, du reste, ont été déjà l'objet de publications antérieures de la part des auteurs; nous ne ferons que signaler les points qui nous ont semblé particulièrement intéressants.

D'une façon générale, la dysenterie et la malaria sont envisagées comme « maladies populaires », entités morbides, modifiées dans leurs allures suivant la latitude, et reconnaissant deux ordres de facteurs étiologiques constants: un germe pathogène dont l'existence est indéniable si elle n'est pas objectivement démontrée, et un ensemble de causes secondes dont le mode d'action et l'importance méritent d'attirer l'attention des observateurs. Ainsi, le développement et la propagation de la maladie relèvent de la contagion ou de l'infection; la permanence et la gravité des endémies, la prolongation et la léthalité des épidémies dépendent, les unes des influences thermiques, les autres de la famine.

A l'étude de la dysenterie se rattache celle des abcès du foie: et cela d'autant plus directement que, pour les auteurs, il ne s'agit pas d'abcès métastiques ou d'embolies septiques dans le réseau porte, mais qu'ils considèrent la dysenterie comme la cause spécifique de l'abcès du foie: c'est en un mot une véritable dysenterie hépatique, pouvant dans quelques cas, rares il est vrai, précéder la dysenterie intestinale. Cette manière de voir est appuyée sur l'anatomie pathologique qui montre la plus grande similitude entre le processus au niveau du foie et au niveau de la muqueuse intestinale: les différences de détail trouvent une explication suffisante dans la différence de structure des tissus. Dans le foie, comme dans l'intestin, « un processus de nécrose s'allie à l'élément inflammatoire, et la gangrène secondaire trouve dans l'abcès ouvert et dans l'ulcère intestinal un terrain également bien préparé ». Cet abcès, du reste, offre comme caractère différentiel, ainsi que le montre l'analyse histologique, de n'avoir pour point de départ ni les vaisseaux, ni les conduits biliaires, mais d'intéresser à la fois, dès le début, les acini et les espaces conjonctifs.

Dans un intéressant chapitre, consacré à la pyrétologie des pays chauds, les auteurs passent successivement en revue les fièvres infectieuses mal caractérisées que l'on a voulu ranger, à tort, sous le nom de fièvres climatériques. Ce sont « les pâles représentants de l'une ou l'autre des trois grandes pyrexies » qui règnent en toute région sous les tropiques; aussi peut-on reconnaître, par une étude attentive, que le facteur climatérique n'a, dans leur étiologie, qu'une valeur tout à fait secondaire, et voit-on leur nature s'accuser nettement si on les étudie dans leurs rapports avec l'endémie régnante « dont elles copient la physionomie, à laquelle elles se rattachent par des formes de transition, et dont elles suivent en général l'évolution épidémique ».

Enfin, à côté de ces fièvres, vient se ranger la typhomalarienne, l'un des types des fièvres proportionnées de Torti, et qui est constituée par l'association, l'enchevêtrement du processus typhoïdique et du processus palustre. Nous sommes peu habitués, en France, à l'étude de ces intéressants hybrides dont MM. Kelsch et Kiener mettent très nettement en relief les allures spéciales: association des symptômes particuliers à chacun des éléments composants, et effacement ou aggravation réciproque de leurs manifestations propres, anatomiques et cliniques. Ce sont des pages à lire et à méditer; une brève analyse ne saurait rendre compte des nombreux aperçus de pathologie générale qu'elles renferment.

L'ouvrage de MM. Kelsch et Kiener se termine par une importante monographie de la malaria; c'est un sujet qui leur est familier et auquel ils ont déjà consacré plusieurs publications de détail, qui sont trop connues pour que nous ayons à les rappeler. Ils adoptent la classification de l'intoxication palustre en: 1° intoxication aiguë, comprenant les formes solitaires et comitées; les premières représentées par les fièvres simples, les fièvres bilieuse et gastrique, et les fièvres solitaires graves, typhoïde et adynamique; les secondes représentées par les comitées cérébrales, les comitées algides, et la fièvre bilieuse hémoglobinurique; 2° intoxication chronique, qui comprend les hypérémies phlegmasiques, la cachexie hydroémique et gangrène, et la cachexie paludéenne chronique.

Cette dernière forme du paludisme chronique mérite surtout de nous arrêter, par suite des considérations importantes dont elle a été l'occasion pour les auteurs relativement à la formation et à l'évolution du pigment au cours de l'intoxication palustre. On constate, en effet, deux variétés de pigment, l'un spécifique et encore inconnu dans sa composition chimique, le pigment noir ou mélanémique; l'autre banal, résultant de toute destruction globulaire quelle qu'en soit la cause, et renfermant du fer plus ou moins intimement combiné, le pigment ocre. Ce dernier prédomine et s'accumule dans les éléments cellulaires à mesure que l'intoxication, plus ancienne, marche vers la cachexie, à laquelle les auteurs donnent le nom de *siderosis* pour rappeler la surcharge ferrugineuse des organes. Le pigment mélanémique est, au contraire, propre à la malaria dans ses formes aiguës; c'est un dérivé de l'hémoglobine, caractéristique de la destruction globulaire due à l'intoxication palustre. Il ne siège pas, d'ailleurs, dans les éléments cellulaires, mais seulement dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques, charrié par de grandes cellules mélanifères ou, en moindre proportion, par des leucocytes formant thrombus dans les réseaux capillaires. Peut-être ce pigment spécifique est-il le résultat de l'action particulière sur les globules sanguins d'un parasite propre à la malaria: des recherches ultérieures pourront seules élucider ce point délicat.

Si l'on ajoute à cette œuvre, déjà considérable, les chapitres qui traitent des lésions inflammatoires viscérales, pneumonie, hépatites et néphrites palustres, ainsi qu'une judicieuse étude d'étiologie et de thérapeutique générale, on comprendra quelle abondance de documents, quelle somme de travail, de recherches et d'études persévérantes représente ce livre, dont nous regrettons de n'avoir pu donner qu'une idée bien faible et bien incomplète.

André Petit.

VARIÉTÉS

Nécrologie: M. Chevreul.

L'Académie des Sciences, le Muséum d'histoire naturelle, les représentants de la Société d'agriculture, de la manufacture des Gobelins, etc., etc.; les chimistes les plus éminents qui ont si souvent affirmé que les travaux de M. Chevreul leur servaient de modèle; les industriels qui comptent par centaines de millions les bénéfices dus à ses découvertes, tous les hommes de science et d'étude qui ont entouré de leur vénération le doyen des étudiants français, sauront rendre à sa mémoire un légitime hommage d'ad-

miration et de respect. L'Académie de médecine voudra aussi prendre sa part du deuil de la science française. M. Chevreul lui appartenait depuis 1823. Il avait été élu membre libre, au scrutin de liste, en même temps que Thénard, Arago, Brongniart, de Blanville, etc.; et s'il n'assistait plus à ses séances depuis de longues années, il n'avait pu se désintéresser complètement des études afférentes à la médecine.

Sans doute les *recherches chimiques sur les corps gras d'origine animale*, sur les *teintures*, sur la *loi du contraste simultané des couleurs*, etc., etc., n'ont guère d'importance qu'au point de vue scientifique et industriel. Mais les études philosophiques de l'illustre savant, ses *Lettres à M. Villemain sur la méthode en général;* ses articles du *Dictionnaire des sciences naturelles ;* son *Histoire des connaissances chimiques* nous touchent d'assez près. Le *Journal des Savants* a publié d'ailleurs des travaux qui intéressent plus particulièrement le médecin. Il nous suffira de citer les *Considérations sur l'histoire de la partie de la médecine qui concerne la prescription des remèdes*, pour rappeler que M. Chevreul ne dédaignait pas de traiter quelques-unes des questions qui nous préoccupent le plus. Il méritait donc bien l'*Hommage à Chevreul*, qu'à l'occasion de son centenaire lui adressaient quelques-uns des nôtres, et c'est à juste titre que l'Académie de médecine s'honorait de le compter parmi ses membres les plus illustres.

— Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur Bricon, directeur du musée de Bicêtre, qui fut, pendant plusieurs années, le secrétaire de la rédaction du *Progrès médical* et l'un des collaborateurs les plus actifs et les plus zélés de M. le docteur Bourneville; de MM les docteurs G. André (de Marseille); Rébufat (de Toulon); Chaffard (d'Auriol); Gaillard (de Bessèges), et de M. Nativelle, le pharmacien distingué qui découvrit la digitaline cristallisée.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE. — La vingt-neuvième assemblée générale aura lieu les 12 et 13 mai prochain dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique (avenue Victoria).

Ordre du jour de la séance du 12 mai 1889; la séance est ouverte à deux heures:

1° Allocution du président; 2° exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier; 3° rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. Boutin, membre du Conseil général; 4° compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale, pendant l'année 1888, par M. A. Riant, secrétaire général; 5° première partie du rapport de M. Passant sur les pensions viagères à accorder en 1889.

A sept heures précises, le banquet (hôtel Continental).

Ordre du jour de la séance du lundi 13 mai 1889; la séance sera ouverte à deux heures :

Première partie. — 1° Vote du procès-verbal de la dernière assemblée générale; 2° approbation des comptes du trésorier par l'assemblée générale ; 3° deuxième partie du rapport de M. Passant sur les pensions viagères à accorder en 1889. Discussion et vote des propositions ; 4° élection de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1890; 5° élection d'un membre du Conseil de l'Association, en remplacement de M. Leroy de Méricourt, démissionnaire; 6° renouvellement partiel du Conseil général. Membres du Conseil à renouveler : MM. Lannelongue, Passant, Hérard, de Ranse, Bancel, Dufay, arrivés au terme de leur exercice (les membres du Conseil sont rééligibles).

Deuxième partie. — 1° Rapport de M. Durand-Fardel sur le vœu de la Société de l'Orne (réglementation des vœux); 2° rapport de M. Bocquoy sur le vœu des Sociétés du Rhône et de la Marne (mise au concours de toutes les places de médecin d'hôpital, etc.); 3° rapport de M. Motet sur le vœu de la Société de Laon, Vervins, Château-Thierry (assistance dans les campagnes) et le vœu de la Société de Châtillon-sur-Seine (direction générale de la santé publique); 4° propositions et vœux soumis, par les Sociétés locales, à la prise en considération de l'assemblée générale, pour être l'objet de rapports en 1890.

BUREAU CENTRAL. — La première épreuve du concours est terminée. Les trente-deux candidats, dont les noms suivent, sont déclarés admissibles à la seconde épreuve (épreuve clinique) :

MM. Dreyfous, Charrin, Thibierge, Larmoyez, Hirtz, Petit, Robert, Variot, Mathieu, Galliard, Siredey, Richardière, Marfan, Roger, Delpeuch, Gauchas, Babinski, Leroux, Duplaix, Capitan, Giraudeau, Lebreton, Launois, Bourcy, Havage, Oettinger, Gallois, Dufloch, Achard, Durand-Fardel, Le Gendre et Weber.

CONCOURS D'AGRÉGATION (*chirurgie et accouchements*).— Sont déclarés admissibles, par ordre alphabétique :

Chirurgie. — Paris: MM. Barette, Broca, Nélaton, Picqué, Ricard et Tuffier. — Bordeaux: MM. Courtin, Genevez-Montaz et Villar. — Lille : MM. Coppens, Février et Phocas. — Lyon: MM. Gangolphe, Pollosson et Rochet. — Montpellier: M. Estor.

Accouchements. — Paris: MM. Auvard, Bar, Bonnaire. — Bordeaux : MM. Chambrelent, Rivière. — Lille: MM. Bureau, Burgard.

Ce concours sera suspendu du 14 au 28 avril à l'occasion des vacances de Pâques.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN. — M. le docteur Leudet est nommé suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — M. Audrain, suppléant, est chargé d'un cours de pharmacie.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON. — Par arrêté ministériel, en date du 3 avril 1889, un concours s'ouvrira le 5 novembre 1889 à la Faculté de médecine de Nancy pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à cette École.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — *Prix de médecine et de chirurgie d'armée pour* 1888. — M. le ministre de la guerre a décidé, à la date du 5 avril 1889, sur la proposition du Comité technique de santé: 1° que le prix annuel de médecine d'armée sera décerné, à la suite du concours de 1888, à M. Coustan, médecin-major de 1re classe au 122e régiment d'infanterie, pour son mémoire intitulé : *De la fatigue dans ses rapports avec l'étiologie des maladies des armées en paix et en campagne ;* 2° que le prix annuel de chirurgie sera décerné à M. Forgue, médecin aide-major de 1re classe au 2e régiment du génie, pour son mémoire ayant pour titre : *Essai critique et clinique des lésions traumatiques du crâne.*

Ces deux prix de médecine et de chirurgie consistent chacun en une médaille d'or de la valeur de 500 francs.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Sont nommés :

Au grade de médecin auxiliaire de deuxième classe : MM. les docteurs Lefebvre et Gibrat.

INFIRMERIE DE SAINT-LAZARE. — Le concours pour la nomination aux places de chirurgiens de Saint-Lazare vient de se terminer par la nomination de MM. Jullien et Verchère comme chirurgiens titulaires, et Ozenne comme chirurgien suppléant.

MORTALITÉ A PARIS (13e semaine, du 24 au 30 mars 1889. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 14. — Variole, 4. — Rougeole, 40. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 52. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 181. — Autres tuberculoses, 23. — Tumeurs : cancéreuses, 35; autres, 8. — Méningite, 42. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 41. — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 11. — Maladies organiques du cœur, 62. — Bronchite aiguë, 34. — Bronchite chronique, 43. — Broncho-pneumonie, 24. — Pneumonie, 74. — Gastro-entérite: sein, 15; biberon, 40. — Autres diarrhées, 5. — Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 26. — Sénilité, 33. — Suicides, 18. — Autres morts violentes, 11. — Autres causes de mort, 186. — Causes inconnues, 15. — Total : 1054.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

18832. — MOTTEROZ. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

SUPPLÉMENT THÉRAPEUTIQUE

DE LA

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

THÉRAPEUTIQUE

Perles du docteur Clertan.

Approbation de l'Académie de médecine de Paris.

Primitivement appliquée à l'éther, la découverte du docteur Clertan a permis d'emprisonner ce corps si volatil et de le porter dans l'estomac à dose fixe et sans aucune perte. Le même procédé a été appliqué à la plupart des substances, liquides ou solides, dont la volatilité, la saveur ou l'odeur rendaient l'administration difficile.

MM. les Médecins pourront ainsi prescrire, sans aucun désagrément pour le malade, l'*Iodoforme*, la *Créosote*, la *Valériane*, le *Castoreum*, l'*Assa-fœtida*, *tous les Sels de Quinine*, *Sulfate*, *Bisulfate*, *Chlorhydrate*, *Bromhydrate*, *Valérianate*, *Salicylate*, *Lactate*, etc., l'*Essence de Térébenthine*, la *Mixture de Durande*, les *Gouttes* ou *Liqueur d'Hoffmann*, l'*Essence de Santal*, et les substances nouvellement introduites dans la Thérapeutique, telles que le *Terpinol*, le *Gaïacol*, etc., etc., auxquelles ce mode de préparation pourra s'appliquer avec avantage.

Ces substances et les perles de nom correspondant peuvent être partagées en séries suivant leurs propriétés et leurs applications :

1re SÉRIE. — MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE.

a. Perles de Créosote de Clertan. — 5 centigrammes par perle. Dose moyenne, 4 par jour.

b. Perles de Gaïacol de Clertan. — 5 centigrammes par perle. Dose moyenne, 4 par jour.

c. Perles d'Iodoforme de Clertan. — 5 centigrammes par perle. Dose moyenne, 4 par jour.

d. Perles de Terpinol de Clertan. — 30 centigrammes par perle. Dose moyenne, 4 par jour.

2e SÉRIE. — LITHIASE BILIAIRE.

a. Perles de Durande de Clertan (Éther, 2 p.; Ess. de tér., 3 p.; ensemble, 20 centigrammes). Dose, 6 à 10 par jour.

b. Perles de Chloroforme de Clertan. — 45 centigrammes par perle. Dose, 4 par jour. (Vomissements, hoquets, mal de mer.)

3e SÉRIE. — MÉDICATION ANTISPASMODIQUE.

a. Perles d'Éther de Clertan. — 20 centigrammes par perle. Dose, 4 à 10 par jour. (Migraines, céphalées rebelles, accès d'asthme, crampes d'estomac, tendances à la syncope.)

b. Perles d'Hoffmann de Clertan (Éther, 1 p.; alcool, 2 p.; ensemble 20 centigrammes). Dose, 4 à 10 par jour. (Mêmes indications que pour les perles d'Éther, et plus particulièrement nausées, digestions douloureuses, indigestions, vomissements.)

c. Perles de Valériane de Clertan. — 20 centigrammes de teinture éthérée. Dose, 4 à 10 par jour. (Vertiges, étourdissements, palpitations nerveuses.)

d. Perles d'Assa-fœtida de Clertan. — 20 centigrammes de teinture éthérée. Dose, 4 à 10 par jour. (Spasmes, suffocation, boule hystérique, œsophagisme, chlorose.)

e. Perles de Castoreum de Clertan.— 20 centigrammes de teinture éthérée. Dose, 4 à 10 par jour. (Dysménorrhée, coliques de la menstruation, gonflements du ventre.)

f. Perles d'Apiol de Clertan. — 5 centigrammes. (Mêmes indications.)

g. Perles d'Essence de Térébenthine de Clertan. — 20 centigrammes. Dose, 4 à 10 par jour. (Migraines, névralgies faciales, sciatique, lumbago.)

4e SÉRIE. — MÉDICATION QUINIQUE OU FÉBRIFUGE.

a. Perles de Bromhydrate de quinine de Clerton, à 10 centigrammes de *sel chimiquement pur*.

b. Perles de Chlorhydrate de quinine de Clertan, à 10 centigrammes de *sel chimiquement pur*.

c. Perles de Sulfate de quinine de Clertan, à 10 centigrammes de *sel chimiquement pur*.

d. Perles de Bisulfate de quinine de Clertan, à 10 centigrammes de *sel chimiquement pur*.

e. Perles de Valérianate de quinine de Clertan, à 10 centigrammes de *sel chimiquement pur*.

f. Perles de Salicylate de quinine de Clertan, à 10 centigrammes de *sel chimiquement pur*.

g. Perles de Lactate de quinine de Clertan, à 10 centigrammes de *sel chimiquement pur*.

5e SÉRIE. — MÉDICATION HYPNOTIQUE.

a. Perles d'hypnone de Clertan, à 10 centigrammes. Dose, 2 à 4 par jour.

6e SÉRIE. — MÉDICATION BALSAMIQUE.

a. Perles de Santal de Clertan, à 30 centigrammes. Dose, 2 à 12 par jour.

D'une manière générale, les Perles du docteur Clertan contiennent cinq gouttes de médicament liquide ou 10 centigrammes de médicament solide.

Les Perles du docteur Clertan sont très promptement dissoutes dans l'estomac : peu d'instants après l'ingestion d'une perle d'éther, par exemple, l'ascension de vapeurs témoigne de la rupture de l'enveloppe.

Par leur volume, leur aspect brillant, les préparations du docteur Clertan représentent bien exactement des sortes de perles : la transparence et la minceur de la couche gélatineuse permet de voir le médicament en nature et de s'assurer ainsi de son état de conservation.

En prescrivant, sous le nom du docteur Clertan et avec la garantie de son cachet, les divers médicaments énumérés ci-dessus, MM. les Médecins sont assurés d'avoir des préparations pures et rigoureusement dosées.

Tous les produits inclus sont ou fabriqués de toutes pièces ou analysés à notre laboratoire.

La Maison L. Frere, 19, *rue Jacob*, *Paris*, propriétaire de la marque et des procédés du docteur Clertan, a mérité les plus hautes récompenses, *Médailles d'or uniques*, décernées aux produits pharmaceutiques aux Expositions *universelles* de Paris (1878) et de l'étranger, Amsterdam (1883), Sydney (1888).

Les préparations du docteur Clertan sont recommandées en plusieurs endroits du *Traité de thérapeutique* de Trousseau et Pidoux, notamment p. 289 et p. 614, t. II, 7e édit.

THÉRAPEUTIQUE

Cas très grave d'épilepsie. Guérison par la médication bromurée.

Par M. le docteur C. Jamot.

Il y a une vingtaine d'années, je donnais mes soins à un jeune épileptique, dont l'observation me parut intéressante. Une heureuse fortune vient de me remettre en présence de ce client, qui est aujourd'hui âgé de trente-cinq ans, marié et père de deux garçons.

Nous avons pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de compléter notre première observation; elle donne la mesure de ce qu'on peut attendre de la médication bromurée, lorsqu'on s'adresse à une bonne préparation et qu'on la donne avec persistance.

Obs. André V... n'avait jamais eu de convulsions dans son enfance, et jouissait d'une santé habituelle excellente, lorsque, vers l'âge de onze ans, il reçut un violent coup de bâton sur la tête. Une plaie linéaire de 4 centimètres de longueur avait donné lieu à une perte de sang peu abondante, et la cicatrisation était complète dans les quarante-huit heures. L'enfant ne s'était cependant, pas rétabli. Il était pâle, triste, distrait, étonné, ahuri. Dix-sept jours après le traumatisme crânien, à huit heures du soir, au moment où il montait sur son lit, il poussa un cri, tomba et se débattit dans une crise d'épilepsie. On le recoucha, et, sans qu'il ait repris tout à fait connaissance, il eut deux autres attaques dans la nuit et laissa aller sous lui.

Deux mois s'écoulèrent, et l'on ne songeait déjà plus aux accidents convulsifs qui avaient été attribués à une *fausse digestion*, quand survint une nouvelle crise, avec morsure de la langue, incontinence d'urine, stupeur consécutive et perte temporaire de la mémoire. Le traitement de Trousseau par la belladone fut institué, mais on le cessa six semaines après, car ving-trois attaques d'épilepsie apparurent dans cet intervalle! A partir de ce moment, et dans l'espace d'un an, on recourut tour à tour au valérianate d'ammoniaque, aux préparations de zinc, aux bains de rivière, au *galium album*, à la teinture de digitale et à des globules homœopathiques de *nux vomica;* mais l'état de la névrose s'aggrava constamment, à ce point que la mère de l'enfant avait pu compter, dans le cours d'un mois, 85 éblouissements vertigineux, 11 petits accès et 17 grandes attaques! La raison résistait encore à toutes ces secousses; mais la mémoire, la gaieté et l'activité se perdaient chaque jour davantage.

Le bromure de potassium ferrugineux fut administré en vain, et le bromure de potassium, prescrit seul, à la dose de 1, 2 et 3 grammes, donné en solution, provoqua des crampes d'estomac, de l'inappétence, de la diarrhée et de l'amaigrissement. On en cessa l'usage au bout de trois mois.

Le 27 octobre 1870, André V..., qui n'avait pas quitté son lit depuis sept mois, afin d'éviter toute chute capable de déterminer une blessure à la tête ou ailleurs, et qui ne suivait plus de traitement, eut un si grand nombre de crises convulsives dans un espace de huit à neuf heures, que je pratiquai une saignée du bras, et que j'annonçai à la famille des phénomènes asphyxiques susceptibles d'amener la mort d'un instant à l'autre. Il n'en fut rien heureusement. Les attaques se suspendirent et cédèrent la place à un état de résolution complète et de sommeil profond. A son réveil, le malade était hébété, égaré et stupide; sa bouche était sanglante et sa langue était littéralement dentelée aux deux bords latéraux et à la pointe.

Prié d'intervenir de nouveau, je prescrivis le surlendemain une cuillerée à soupe de sirop de Henry Mure au bromure de potassium chimiquement pur et aux écorces d'oranges amères, et, bien que ce médicament m'eût déjà réussi contre l'hystérie et la chorée, j'avoue que je n'espérais pas beaucoup cette fois dans son efficacité. Que pouvais-je bien conseiller?

A ma très grande satisfaction, André V... se ranima promptement, reprit de l'appétit, de la force et de l'embonpoint. Je donnai, au bout de vingt-deux jours, deux cuillerées par jour de la préparation bromurée, et je vis cesser les grandes attaques, mais persister les éblouissements et le petit mal épileptique.

En mai 1871, le malade n'avait plus d'éblouissements depuis deux mois, c'est-à-dire depuis le jour où le sirop de bromure avait été porté à la dose de trois cuillerées à bouche dans les vingt-quatre heures — ce qui représentait 6 grammes de potassium — et j'insistai cependant pour que le traitement fût continué quand même.

Le 5 octobre, sans que l'on me demandât avis, le médicament fut supprimé.

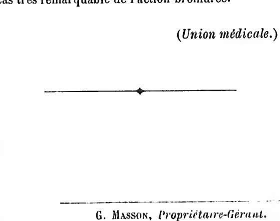
Le 3 novembre, en revenant avec son père d'une partie de chasse, André V... eut une attaque d'épilepsie de moyenne intensité. Je fus rappelé. J'administrai de nouveau la préparation bromurée qui avait si bien réussi, et, depuis treize mois, il n'est plus rien survenu. La santé physique est parfaite; l'état de la raison ne laisse rien à désirer, et la mémoire est moins infidèle que par le passé.

André V... a maintenant un peu plus de dix-neuf ans.

Là se terminait notre première observation. Depuis cette époque, André V... n'a pas eu à nouveau de grandes attaques; il a eu simplement de légers troubles, éblouissements, dans les premiers mois de son mariage. Mais, se souvenant de mes recommandations, il a, de lui-même, repris le sirop au bromure à la dose de deux cuillerées à bouche, par jour, pendant trois mois. Les éblouissements ont disparu.

Je disais en terminant ma première communication: « Maintenant, le malade est-il guéri? Tout le monde le croit et le dit. Je fais cependant des réserves; j'attends, mais ma sécurité est grande. » Aujourd'hui, je ne pense pas manquer de prudence en considérant cette observation comme un cas très remarquable de l'action bromurée.

(*Union médicale.*)



G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

18832. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

BULLETIN

Paris, 17 avril 1889.

Académie de médecine : **Les poêles mobiles. — Vaccination animale et vaccination jennérienne.**

La condamnation si formelle que l'Académie vient de prononcer contre les poêles mobiles à faible tirage était prévue à la suite de la remarquable et intéressante discussion qui a occupé quatre séances. L'annonce seule de cette discussion avait permis de connaître un certain nombre de cas d'asphyxie dus à l'usage de ces appareils; l'énumération faite par M. Lancereaux montre que ces cas se multiplient et il y a lieu de croire qu'une enquête prolongée montrerait combien les accidents produits par un tel mode de chauffage sont relativement fréquents. Et comment ne pas le croire, lorsqu'on prend connaissance des analyses faites avec grand soin par M. de Saint-Martin et commentées par M. Dujardin-Beaumetz? « Le danger des poêles mobiles dépend moins de la quantité d'oxyde de carbone produite que des conditions où se fait cette production. Comme le faisait très judicieusement remarquer M. Brouardel, dans bien des foyers de cheminée on produit une quantité presque égale d'oxyde de carbone, car bien souvent ces foyers fonctionnent à petite marche, mais grâce à la disposition de la cheminée, cet oxyde de carbone est comburé et entraîné rapidement au dehors. Il n'en est pas de même avec les poêles mobiles; la fermeture supérieure n'est jamais hermétique et des fissures dans la tôle se produisent bien vite. De plus, cet appareil — et c'est là un des points les plus intéressants des expériences de M. de Saint-Martin — produit toujours de l'acide carbonique, même lorsqu'il marche dans les conditions les plus normales. L'insuffisance d'échauffement de la cheminée où on le place détermine enfin des retours de gaz dans la pièce habitée; en tout état de cause, et ainsi que l'a rappelé M. Brouardel avec une insistance bien justifiée, la diffusibilité continue de l'oxyde de carbone fait que ce sont le plus souvent les voisins qui ont à en supporter les conséquences, sans pouvoir en être prévenus assez à temps.

Les excellents conseils que l'Académie a cru devoir adresser au public pour obvier le plus possible aux dangers des poêles mobiles, conseils que l'on trouve plus loin (p. 261), sont tels qu'ils équivalent dans la pratique à la suppression de l'usage de ces appareils dans la majeure partie des cas; ils exigent, en effet, une telle surveillance et une telle attention qu'ils sont déjà difficiles à employer dans les logements luxueux où l'air et les domestiques ne manquent pas; à plus forte raison, ils sont inapplicables dans les petits ménages et les habitations des classes peu aisées où les conditions de construction en compliquent encore la mise en pratique. Et cependant on n'a pu jusqu'ici vanter, dans ce mode de chauffage, que son économie; c'est le véritable chauffage du pauvre, a-t-on dit; comme si l'hygiène pouvait admettre qu'il faille laisser empoisonner les malheureux au nom de l'économie! D'ailleurs il est bien d'autres procédés de chauffage, qui n'ont pas ces inconvénients et qui ne sont guère plus coûteux, qui restent à la portée des petites bourses.

Que vont faire les pouvoirs publics en présence du vœu que l'Académie a décidé de leur transmettre? Ils sont invités à agir, à faire étudier les règles qui devront être formulées pour remédier aux dangers signalés. Nous avons montré il y a huit jours qu'eux aussi ils ne peuvent que donner des conseils, à moins d'obtenir du parlement une législation spéciale; car nos lois actuelles de police sanitaire n'accordent aucune sanction vraiment efficace à une réglementation quelconque, si tant est que celle-ci puisse avoir d'autre effet que d'augmenter d'une unité le nombre déjà considérable des ordonnances de police. A défaut de ces mesures, les particuliers comprendront-ils que la loi doit être surtout utile pour vaincre les résistances aveugles et dangereuses pour autrui et que le meilleur moyen de sauvegarder sa santé consiste à se soumettre aux conseils désintéressés des hommes de science et à suivre les avis autorisés des corps compétents?

— Les questions relatives à la pratique des vaccinations et des revaccinations sont plus que jamais discutées. Les médecins militaires ont reçu des instructions spéciales leur prescrivant de faire usage du vaccin animal, de préférence au vaccin d'enfant ou d'adulte, leur indiquant toutes les précautions à prendre pour obtenir, grâce à la vaccination, les résultats les plus favorables, leur enjoignant de revacciner, le jour de leur départ, les hommes appelés à servir

momentanément comme réservistes ou territoriaux. Dans plusieurs chefs-lieux de corps d'armée des Instituts vaccinaux ont été créés sur le modèle de celui qui fonctionne au Val-de-Grâce. A l'École d'application de médecine militaire un enseignement pratique initiera bientôt non seulement les stagiaires, mais même tous les médecins de l'armée à la pratique des vaccinations, de la récolte et de la conservation du vaccin. On ne saurait trop louer les efforts tentés dans dans ce but et les résultats obtenus, grâce à l'initiative des chefs médicaux de l'armée et au dévouement éclairé de M. le professeur agrégé Vaillard. Déjà il y a deux ans pleine et entière justice leur a été rendue (*Gaz. hebd.*, 1887, p. 369).

A l'Académie de médecine la vaccination animale a pris aussi droit de cité. Sous l'habile et intelligente direction de M. le docteur Hervieux, et grâce à l'initiative et à l'activité du secrétaire perpétuel de l'Académie, un service de vaccination par la génisse a été institué. Sans doute, le récent rapport de M. Hervieux le dit expressément (1), ce service n'est point encore organisé dans des conditions assez indépendantes pour se suffire à lui-même. Tel qu'il fonctionne cependant, il constitue déjà, comme on l'a prouvé récemment (*Gazette hebdomadaire*, 1888, p. 418), un sérieux et réel progrès. Dans la pratique de la ville et dans la plupart des hôpitaux parisiens on se sert presque exclusivement aujourd'hui de vaccin animal, abondamment fourni par un spécialiste aussi expérimenté que consciencieux. Il en est de même dans trois grandes villes de province (Lyon, Bordeaux, Montpellier) où des Instituts de vaccine ont été installés avec autant de compétence que de soins. La France n'aurait donc presque rien à envier à l'Allemagne, où l'étude de la vaccination est devenue obligatoire pour les étudiants en médecine si, parmi les médecins praticiens, il n'en était encore un trop grand nombre qui ne croient point aux avantages que présente le vaccin de génisse lorsque la vaccination est bien faite et qui ignorent les inconvénients, voire même les dangers, d'une vaccination mal faite, quel que soit d'ailleurs le vaccin employé. Aussi n'hésitons-nous pas à nous associer au vœu exprimé récemment par M. le docteur Richard (2) qui, dans un excellent article, vient de demander qu'un enseignement officiel, analogue à celui qui se donne au Val-de-Grâce, permette à tous les étudiants et à tous les praticiens de se familiariser avec la technique de la vaccination.

En attendant ce nouveau progrès, nous voudrions signaler ici deux publications qui, aboutissant cependant à des conclusions un peu différentes, méritent d'être lues. Nous voulons parler du livre dans lequel M. le professeur Fournier résume ses leçons sur la syphilis vaccinale et dont nous apprécions plus loin (p. 264) la partie clinique, et du rapport officiel de M. le docteur Hervieux déjà communiqué à l'Académie (*Gaz. hebd.*, 1888, p. 682). Voyons d'abord quelles sont les conclusions communes à ces deux ouvrages. M. Hervieux rappelle que c'est l'Académie de médecine qui, par l'organe du regretté Depaul, a proclamé l'excellence de la vaccination animale et de ses effets locaux, en même temps que la sécurité qu'elle donne au point de vue de la syphilis. Il insiste sur la nécessité d'accroître et de rendre plus utile chaque jour l'Institut de vaccination animale qu'il a créé. Il montre la facilité de se procurer ainsi de grandes quantités de vaccin, d'obtenir à peu de frais, en peu de temps et sans grandes peines, le plus grand nombre possible de résultats utiles. Il insiste sur l'activité de la pulpe vaccinale qui réussit fréquemment là où échouent les vaccinations faites de bras à bras. De son côté, M. Fournier démontre que le vaccin animal compte moins d'échecs que le vaccin jennérien et que l'immunité conférée est à peu près aussi certaine dans les deux cas. Mais il insiste de plus et surtout sur la nécessité de rendre la vaccine exempte de tous dangers et prouve que les garanties déduites de l'examen préalable des vaccinifères sont à peu près illusoires. Un enfant en état de syphilis latente peut transmettre la maladie dont il est atteint et celle-ci reste le plus souvent ignorée du médecin vaccinateur. Seule donc la vaccination animale permet d'éviter d'une manière tout à fait certaine la propagation de la syphilis. On lira avec grand intérêt dans le livre de M. Fournier et nous indiquons plus loin (p. 264) sur quelles considérations cliniques s'appuient ces conclusions.

D'un autre côté, sans nier le danger de la transmission de la syphilis, M. Hervieux montre qu'elle est relativement assez rare, puisque depuis la découverte de la vaccine on n'en a signalé qu'un assez petit nombre de cas. Ceux-ci suffiraient cependant pour motiver la conclusion de M. Fournier, et autoriser la substitution définitive du vaccin animal au vaccin jennérien, si M. Hervieux ne rappelait que le vaccin de génisse peut lui aussi causer des accidents et que d'ailleurs il se conserve infiniment moins bien que le vaccin humain. « Le vaccin humain n'eût-il d'autre supériorité sur le vaccin animal que celle de se conserver beaucoup plus longtemps et de ne jamais exposer comme ce dernier, quand il s'altère, au danger de la septicémie, qu'il nous faudrait maintenir à la vaccination jennérienne une place honorable dans le service de la vaccine à l'Académie », telle est la conclusion du savant directeur de la vaccine. Et cette conclusion s'appuie sur un petit nombre d'observations de nature à démontrer que le vaccin animal peut être mélangé d'éléments septiques qui, sous l'influence de la putréfaction, pourraient donner lieu à des accidents redoutables. Quelle doit être, en présence de ces affirmations contradictoires en apparence, la conduite du praticien? Que faut-il lui conseiller? Au point de vue du choix du vaccin, il nous semble que, partout où il existe un Institut vaccinal, dans toutes les villes par conséquent où l'on peut se procurer du vaccin de génisse recueilli avec les précautions nécessaires *et fraîchement mis en tubes*, le doute n'est pas possible. Il faudra toujours préférer le vaccin animal au vaccin jennérien et pratiquer la vaccination soit de génisse à bras, soit à l'aide de pulpe vaccinale *fraîche*. Alors même que l'on n'aura pas sous la main du vaccin de génisse, il faudra préférer la vaccination animale à la vaccination jennérienne toutes les fois qu'il sera possible de se faire adresser rapidement et par des spécialistes consciencieux et expérimentés des tubes renfermant de la pulpe vaccinale récemment préparée. Le vaccin d'enfant ne pourra être substitué au vaccin de génisse que dans les cas où le médecin vaccinateur connaît bien et depuis longtemps la famille du sujet sur lequel il recueillera le vaccin. Encore devra-t-il avoir soin de prendre toutes les précautions antiseptiques nécessaires pour éviter, s'il pratique plusieurs vaccinations successives,

(1) Rapport général présenté à M. le ministre du commerce et de l'industrie par l'Académie de médecine sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en France et dans les colonies françaises pendant l'année 1887. Paris, Imprimerie nationale, 1888.

(2) L'enseignement de la technique de la vaccination (*Revue d'hygiène*, 1889, p. 240).

que sa lancette ne puisse être souillée. Mais, lorsqu'il s'agit d'envoyer du vaccin à de grandes distances, lorsque l'on ne peut obtenir du vaccin animal, *frais et bien préparé*, il convient de préférer le vaccin d'enfant bien recueilli ou envoyé sous le contrôle de l'Académie, à du vaccin de génisse adultéré par des éléments septiques. Cela revient à dire qu'il faut se méfier de la pulpe vaccinale trop longtemps conservée dans les tubes, où elle s'altère alors même qu'ils sont scellés à la lampe, et qu'en matière de vaccination comme toutes les fois qu'il s'agit de pratiquer une opération, fût-elle des plus minimes, les précautions les plus minutieuses doivent être prises au point de vue de l'antisepsie. Le vaccin jennérien a fait ses preuves lorsqu'il est recueilli sur un enfant sain et inoculé avec prudence. Le vaccin animal, qui jamais ne transmet la syphilis, lui est préférable. Encore faut-il que l'on ne se serve que de pulpe vaccinale fraîche et bien préparée. La chose est facile à Paris, praticable en France, aléatoire et peut-être de nature à décourager les vaccinateurs lorsqu'il s'agit de nos colonies lointaines.

Aussi cherche-t-on à perfectionner les procédés de prépation du vaccin animal de manière à rendre sa conservation plus facile et à permettre de le substituer presque partout au vaccin jennérien. On y arrivera sans doute. Il importait cependant de prémunir les médecins contre le danger que l'on peut courir en se servant de vaccin animal ou mal recueilli ou trop ancien ou putréfié par la chaleur.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Le trépan dans les fractures du crâne.

La question du trépan, si vieille et toujours si controversée, reprend, à cette heure, un regain d'actualité : les communications de Championnière à la Société de chirurgie, les travaux de Horsley et les recherches de Bergmann, sans jeter sur le sujet un jour bien nouveau, ont du moins précisé quelques points, et maintenant nous savons mieux que jadis quand et pourquoi nous devons intervenir dans les traumatismes du crâne. Nous désirons résumer aussi brièvement que possible les notions courantes à propos de deux observations personnelles et en nous appuyant sur un mémoire encore inédit de notre ami et collaborateur, le docteur Forgues, de Montpellier.

I

De l'aveu de tous, l'abstention est de rigueur lorsque la fracture du crâne est *simple*, sans plaie extérieure, sans déplacement excessif des fragments osseux, sans hémorrhagies profondes et sans troubles fonctionnels du cerveau. La vieille doctrine du trépan préventif est ruinée sans retour et l'on tient pour juste la boutade classique de Stromeyer : « Pour proposer alors la trépanation, il faut avoir soi-même le crâne fêlé. » Dans ces cas simples, et quoi qu'on en ait dit au commencement du siècle, la guérison survient sans encombre. Brun, le premier, réunit sept faits de fracture de la base où la cicatrisation des os fut démontrée par l'autopsie ultérieure et Bergmann a pu en ajouter vingt analogues. Les observations purement cliniques foisonnent : en 1872, Schwartz en réunissait quarante-neuf, mais il n'est pas un de nous qui ne grossisse ce relevé; Forgues, à une même séance du conseil de réforme, présentait deux blessés qui de leurs fractures de la base ne conservaient qu'une paralysie faciale, et en 1887, à l'Hôtel-Dieu, nos élèves ont vu trois individus qui, après une chute sur la tête et l'écoulement d'une grande abondance de liquide céphalo-rachidien, ont, au bout de quelques semaines, quitté l'hôpital en parfaite santé.

Le traitement est alors des plus simples : le blessé, couché la tête élevée, est maintenu dans les conditions du repos cérébral le plus complet : ni heurt, ni mouvements, ni bruit, ni visites; Bergmann insiste sur ce point avec juste raison, et l'on sait que lors des interminables transports des évacués de Plewna et de Kara-Zom, on ne put retirer des wagons un seul blessé de tête qui ne fût en proie à la méningite survenue du quatrième au sixième jour du fatigant voyage. Quelques boissons chaudes, quelques gorgées de thé au rhum jusqu'à disparition des phénomènes syncopaux, des lotions vinaigrées sur les tempes, même quelques injections d'éther, puis, lorsque la face se colore, que le pouls se relève et que la réaction menace de devenir trop intense, de la glace sur la tête, des sangsues derrière les oreilles, des sinapismes sur les jambes et des purgatifs constituent toute la thérapeutique indiquée en pareil cas. Lorsqu'il se fait par le conduit auditif un écoulement séreux ou sanguin, les lotions au sublimé, les insufflations d'iodoforme et d'acide borique s'opposent à la stagnation des liquides, à leur infection par les germes qui pourrait gagner la cavité crânienne et provoquer la méningite.

Lorsque la fracture s'accompagne d'un *enfoncement osseux* même assez net pour être reconnu sous les téguments non déchirés, l'abstention est encore recommandée par les chirurgiens les plus sages. Mettre à l'air un foyer traumatique, faire d'une fracture fermée une fracture ouverte, n'est pas chose indifférente même sous le régime de l'antisepsie, et Kœnig déclare : « Que les procédés du chirurgien le plus habile sont loin d'offrir la même garantie que la peau intacte; une faute commise par l'opérateur suffit pour entraîner une infection de la plaie qui peut être fatale au blessé. » D'ailleurs ces enfoncements sont très souvent inoffensifs : Textor, dans son mémoire sur l'inutilité du trépan dans les dépressions de la voûte, rapporte douze cas dont sept furent suivis d'autopsie; les brisures de la table externe et de la table interne y déprimaient la dure-mère sans provoquer le moindre trouble des fonctions cérébrales. Bergmann apporte à cette opinion le poids de son autorité; Volkmann, Oré, Corley, Abernetny, Langenbuck, pour ne parler que des auteurs les plus récents, ont cité des cas où des enfoncements considérables ont été silencieusement supportés par l'encéphale.

Lorsque la fracture, avec ou sans enfoncement, est fermée, l'abstention nous paraît indiquée encore, même si des *accidents cérébraux* éclatent; mais il faut alors qu'il s'agisse de symptômes diffus, le coma, l'insensibilité générale, la stupeur, ou bien le délire, l'agitation, les douleurs vagues; ne nous prouvent-ils pas que « l'injure traumatique » a frappé l'encéphale tout entier? Que vaudrait un trou au crâne contre ce choc cérébral qui s'explique par une paralysie réflexe, des apoplexies capillaires, la compression d'une nappe sanguine sous-arachnoïdienne ? Que pourrait le trépan contre une contusion étendue ? D'autant que dans ces cas, l'autopsie montre souvent la mort causée par des lésions autres que celles de l'encéphale, des hémorrhagies du rachis, la rupture du cœur ou de la rate ? Que pourrait-il encore contre une inflammation généralisée, une méningo-encé-

phalite diffuse ? L'irrigation faite par le trou que laisserait l'extraction d'une ou de plusieurs rondelles osseuses, serait vraiment illusoire : il faut donc s'abstenir et attendre.

Enfin, il est un dernier cas où l'on s'abstient encore, bien qu'ici la fracture soit ouverte et qu'on n'ait plus, pour ne pas intervenir, la crainte d'infecter le foyer traumatique : c'est lorsque le fracas osseux est dû à un projectile, balle de revolver ou de fusil de guerre, éclat d'obus dont les fragments ont labouré la substance cérébrale. Il serait vraiment insensé d'agrandir l'orifice à l'aide du trépan ou de pratiquer des contre-ouvertures pour chercher à l'aveugle, dans la masse pulpeuse de l'encéphale, les corps étrangers dont on ignore le trajet et la situation ! On peut, on doit régulariser la plaie, enlever les fragments osseux, les esquilles chevauchantes, les débris à fleur de crâne et surtout désinfecter le foyer par des lavages antiseptiques. Mais vouloir tenter plus ne serait-ce pas risquer de créer des fausses routes, d'ouvrir des vaisseaux et de provoquer quelque inflammation redoutable? Les lésions sont trop profondes et leur siège trop ignoré pour que le trépan permette de les atteindre.

II

Donc, en dehors de ces traumatismes par projectiles, nous avons vu que, jusqu'ici, l'abstention était commandée par la crainte de transformer une fracture fermée en une fracture ouverte; malgré la sécurité que nous donne l'antisepsie et les barrières qu'elle oppose à l'infection, on est plus tranquille, la protection est plus efficace lorsque le foyer est recouvert par les téguments intacts. Et voilà pourquoi on néglige les irrégularités de la voûte, les esquilles, les enfoncements, lorsqu'ils ne se traduisent par aucun trouble fonctionnel. Le coma ou le délire, l'excitation ou la stupeur, l'inflammation n'ordonne pas non plus l'intervention par le trépan, car ces symptômes diffus dérivent d'une lésion diffuse ou du moins trop étendue pour que l'ablation de quelques rondelles d'os permette d'y remédier.

Lorsque la fracture est ouverte, le chirurgien est tenu à moins de discrétion et son intervention est souvent nécessaire : sous les téguments déchirés, sous les esquilles privées de leur périoste, au milieu des caillots sanguins, peuvent pénétrer les germes extérieurs; le cuir chevelu est une des régions les moins propres de l'économie, et les plaies qui l'atteignent ont la plus grande chance d'être contaminées; aussi faut-il les nettoyer, régulariser leur surface, déterger les anfractuosités, enlever les caillots, les esquilles dépériostées, désinfecter les moindres recoins et mettre le foyer traumatique dans les meilleures conditions d'asepsie, pour s'opposer aux inflammations propagées, à la méningo-encéphalite, la plus grave des complications qui puissent survenir. Une fois qu'elle s'est déclarée, on n'arrête plus sa marche et la mort en est la conséquence presque inévitable.

Aussi, dans ces cas de fractures ouvertes, ne fera-t-on pas les choses à demi, et ces enfoncements qu'on eût négligés s'ils eussent été recouverts d'un tégument intact seront redressés avec la pince, la spatule, l'élévatoire ou repoussés et réduits suivant la circonstance; on ne craindra même pas de recourir au trépan pour les fragments qui refoulent la dure-mère et la substance cérébrale. Ne peuvent-ils pas cacher des caillots sanguins, des « espaces morts » où s'accumulent les sérosités et qui deviennent des milieux de culture pour les germes infectieux? Qu'on ne s'y méprenne pas en effet, on veut moins combattre la compression qu'assurer une désinfection minutieuse. En somme, il n'est pas question du trépan classique et correct, mais bien d'une opération qui nettoie une plaie anfractueuse; un foyer de fracture est sous l'œil et sous la main, on en profite pour le régulariser et rien de plus.

Il faudrait aller plus loin peut-être, et ne pas admettre, sans nouveau contrôle, l'assertion si catégorique de Bergmann sur l'innocuité des compressions du cerveau par les défoncements crâniens. Certains faits semblent démontrer l'heureux résultat du relèvement d'esquilles chez des blessés privés de connaissance : le malade de Cooper jusqu'alors comateux regarde, se redresse et parle dès qu'on a retiré un fragment osseux qui déprimait la dure-mère; il en est de même chez les blessés de Langenbeck, Schweickhardt, Zaggi et Bluhm. Un enfant de quatre ans traité par Socin est atteint de fracture du frontal avec dépression très marquée; on extrait les esquilles, on évacue le sang et bientôt l'opéré inanimé, soporeux, à pouls intermittent, à respiration superficielle, à pupille dilatée, voit disparaître tous ces symptômes, et guérit. Notre malade à nous reste huit jours sans connaissance, nous enlevons vingt-quatre centimètres carrés de voûte crânienne brisée dans une chute et l'intelligence renaît. Ces observations sont donc encourageantes et, dans les fractures ouvertes, les symptômes diffus n'empêcheront pas d'intervenir; en assurant l'asepsie de la plaie on pourra voir, par surcroît, certains symptômes inquiétants s'atténuer et disparaître.

Ces régularisations précoces qui assurent l'asepsie du foyer traumatique ont eu des résultats non douteux. On sait, d'après les statistiques de Bluhm, qu'avant l'ère nouvelle, la mortalité générale, dans les fractures compliquées du crâne, était de 46 à 52 pour 100 ; un sur deux des blessés était emporté par la méningo-encéphalite ou par l'infection purulente. Il n'en est plus de même à cette heure, et si on nous dit que, à la clinique de Heidelberg, on a eu, de 1877 à 1884, quatorze guérisons seulement et neuf morts sur vingt-trois fractures, nous voyons que, en réunissant les relevés de Loser, de Wagner, de Busch, de Czerny, d'Estlander, de Drew, de Gortz et de Schneider, nous arrivons à un total de cent soixante-trois interventions primitives avec relèvement, extraction d'esquilles ou trépanation dans les fractures compliquées de la voûte ; or nous ne constations que huit décès, soit une proportion de moins de 5 pour 100. Aussi la cause nous semble entendue et nul n'hésitera maintenant à régulariser le foyer de la fracture pour en assurer l'asepsie.

Parfois sous les lambeaux du cuir chevelu déchiré un jet artériel s'échappe du foyer de la fracture; la méningée moyenne est rompue et l'hémorrhagie, si elle n'est tarie par le chirurgien, menace les jours du malade. Il faut écarter les tissus, enlever les caillots, chercher d'où vient le sang, au besoin agrandir la plaie avec la gouge et le trépan, et lier l'artère, ce qui est souvent fort difficile : le fil dérape, les parois se rompent ; aussi les pinces à demeure, les cautérisations au fer rouge, les tampons antiseptiques au fond de la plaie sont-ils parfois nécessaires; ces moyens mêmes ne suffisent pas toujours et l'on cite des cas où l'on a dû recourir, pour étancher le sang, à la ligature de la carotide externe ou de la carotide primitive.

Le même accident, la rupture de la méningée moyenne, peut se faire sous les téguments intacts; le sang s'accumule sous le crâne et provoque des phénomènes redouta-

bles de compression. Le diagnostic de cette complication des fractures de la voûte est possible et, lorsque chez un blessé frappé à la région temporale, survient après une ou plusieurs heures ou même un jour entier une paralysie localisée à un bras ou à une jambe, une hémiplégie, puis des signes de compression avec coma, stertor, dilatation pupillaire du côté opposé à la paralysie, ces symptômes apparus un certain temps après le traumatisme révèlent, à un observateur attentif, l'existence de la déchirure de la méningée. Mais que de causes d'erreur peuvent dérouter le diagnostic! Le caillot énorme et très étalé ne peut-il occasionner des troubles fonctionnels diffus?

Il y aurait intérêt cependant à reconnaître cette rupture, car on peut intervenir avec succès quoi que semblent en penser Tillaux et notre ami Gérard-Marchand, dont les conclusions pessimistes ne sont pas ratifiées par les faits. Certainement le caillot est souvent trop étalé sous la voûte crânienne pour être enlevé par les trous du trépan; on ne sait pas toujours où le sang se collecte, en avant, en arrière, à la base; puis la ligature de l'artère, à supposer qu'on ait ouvert le foyer au bon endroit, n'est pas une facile entreprise. Il faut la tenter cependant, et, à l'exemple de Kronlein, on placera la première couronne sur une ligne horizontale partant du rebord supérieur de l'orbite, à 3 ou 4 centimètres en arrière de l'apophyse orbitaire du frontal; si l'on ne trouve rien, on met une seconde couronne au point de rencontre de la même ligne horizontale avec une ligne verticale élevée immédiatement en arrière de l'apophyse mastoïde. On ne saurait hésiter si l'on en croit les chiffres relevés par Wiesmann: sur 257 ruptures de la méningée, 147 ont été traitées par l'expectation avec 16 guérisons et 131 morts, soit une léthalité de 90 pour 100, tandis que sur les 110 trépanés 74 ont guéri et 36 sont morts, ce qui abaisse la léthalité à 33 pour 100.

III

L'intervention peut être commandée encore par certains troubles fonctionnels immédiats ou tardifs et dont l'étude, qui date des vingt dernières années, avait soulevé des espérances dont la plupart n'ont pas été réalisées. On a reconnu, sur l'écorce cérébrale, l'existence de « centres moteurs » dont l'excitation provoque les mouvements de groupes musculaires particuliers, et déjà l'analyse expérimentale a pu déterminer, autour de la scissure Rolandique, dans les circonvolutions ascendantes, au niveau du lobule paracentral et dans les circonvolutions frontales, les régions qui commandent aux membres inférieurs et supérieurs, à la face, à la langue. On connaît les cartes dressées par Charcot, Ferrier, Hitzig, qui, il est vrai, ont le tort de ne pas être absolument concordantes.

Ne pouvait-on pas tirer parti de ces données, pour guider le trépan à la suite de certains traumatismes du crâne? S'il survient une hémiplégie, ne savait-on pas déjà que les fragments de la boîte osseuse ou le caillot sanguin comprime les zones motrices du côté opposé à l'hémiplégie? Mieux encore, si la paralysie est limitée au bras, à la jambe, à un groupe musculaire du membre supérieur ou du membre inférieur, s'il existe une contracture isolée, des convulsions localisées à une région, de l'aphasie, ne peut-on pas en conclure que le territoire psycho-moteur correspondant est atteint et n'est-il pas possible d'imaginer une opération qui ouvre le crâne en ce point pour libérer le cerveau du caillot sanguin ou du fragment osseux qui le comprime? La topographie comparée du crâne et de l'encéphale fut bien vite établie, et Broca, Ferré et Championnière nous apprirent en quel lieu il faut trépaner pour atteindre les centres psycho-moteurs.

Malheureusement le problème est plus complexe et il faut compter avec de nombreuses causes d'erreur: d'abord les localisations des centres ne sont pas aussi rigoureusement déterminées qu'il serait nécessaire, et les auteurs les plus compétents ne leur donnent pas, sur les circonvolutions, une place identique. Puis les recherches cliniques de Bourdon, de Mallebay et de Decaisne nous prouvent qu'un même symptôme, la monoplégie brachiale par exemple, s'accompagne de lésions cérébrales qui, loin d'avoir toujours un siège identique sur l'écorce, sont disséminées sur une grande étendue. Ne faut-il pas d'ailleurs tenir compte de la commotion cérébrale concomitante qui obscurcit le tableau clinique des premières heures avec ses conditions si variables d'inhibition, de réflexe, d'épuisement, de suppléance? N'y a-t-il pas parfois l'altération surajoutée des noyaux ganglionnaires cérébraux, des foyers par contre-coups, des traumatismes à distance? Au lieu donc de « frapper presque à coup sûr au centre de la zone corticale atteinte », on serait parfois forcé de trépaner toute la portion du crâne correspondante à la région motrice, surface qui d'après les plus modestes ne mesure pas moins de 24 centimètres carrés.

On a bien souvent trépané d'après les indications fournies par les doctrines des localisations cérébrales, mais les observations sont clairsemées où le succès a couronné l'entreprise. Aussi, dans les fractures du crâne, ne tient-on qu'un compte secondaire des renseignements douteux qu'elles nous donne, et lorsqu'il existe des troubles fonctionnels localisés— paralysie ou contracture, — on s'inquiète d'abord du foyer traumatique, de ses déformations, et c'est là qu'on porte le trépan. Tant mieux s'il y a concordance et si la partie déprimée correspond au centre psycho-moteur que l'on présume atteint. On peut même tricher un peu, et si possible, incliner la couronne vers ce centre, s'il paraît voisin; mais il n'en est pas moins vrai que l'on intervient sur l'enfoncement, la plaie, la cicatrice et nous agissons à peu près comme au temps où nous ignorions les localisations cérébrales. Si donc, dans une fracture fermée, — nous avons dit la pratique courante dans les fractures ouvertes — il existe des symptômes immédiats localisés, persistant et s'aggravant d'une manière progressive, on est autorisé à prendre le trépan et à l'appliquer sur le foyer même de la fracture.

Nous pouvons fournir, à l'appui, une observation bien curieuse; le 27 décembre, un cocher de trente et un ans tombe à travers des châssis vitrés d'un toit sur une enclume; on nous l'amène sans connaissance et nous constatons, derrière l'oreille droite, une plaie insignifiante qui recouvre une vaste fracture esquilleuse. Le coma dure quatre jours; au cinquième, commence le délire; au neuvième, apparaissent des contractures généralisées avec prédominance du côté gauche; la crise ne dure que quelques instants, mais elle se renouvelle deux fois le lendemain, quatre fois le surlendemain et, le jour suivant, les attaques épileptiformes se succèdent sans interruption. Nous intervenons le douzième jour de la fracture et, après avoir circonscrit un grand lambeau en volet qui sectionne les tissus jusqu'à l'os, nous

enlevons quatre esquilles assez étendues pour mesurer, lorsqu'on les remet dans leurs rapports réciproques, un fragment long de 9 centimètres, et large de 6, qui recouvre un énorme caillot que nous détachons; à ce moment jaillit un énorme flot de sang noir qui inonde le champ opératoire : le sinus latéral est ouvert; nous n'avons que le temps de l'oblitérer avant la syncope mortelle, d'abord avec le doigt, puis avec un tampon de tarlatane imprégné d'une pommade antiseptique; nous lavons la plaie, nous suturons la peau, en laissant un orifice par où passe l'extrémité de notre tampon hémostatique.

Dès ce moment la situation s'améliore; le malade a bien une crise la nuit suivante et, pris de contracture, veut se jeter hors du lit; mais, dès le lendemain, il reprend la connaissance qu'il avait perdue depuis la chute, car il ignore ses attaques épileptiformes et son opération; au quatrième jour, il réclame sa pipe et se lève; au huitième, nous enlevons le tampon et l'hémostase est parfaite; au neuvième, les fils de suture sont supprimés et la cicatrice, absolument correcte, est soulevée par les battements encéphaliques. L'irrégularité du foyer, la compression évidente qu'exerçaient les fragments, la légère prédominance des contractures à gauche, du côté opposé à la fracture, surtout l'aggravation des symptômes, la multiplicité toujours croissante des crises, nous ont poussé à intervenir et le succès a été remarquable.

Enfin il est des cas où les accidents sont tardifs; des esquilles osseuses provoquent des congestions passagères, des poussées de méningo-encéphalite; il se forme des abcès, rarement entre l'os et la dure-mère; plus souvent sous la dure-mère et le pus peut même se collecter en plein tissu cérébral. Dans ces deux derniers cas, si on a eu recours au trépan, on reconnaîtra, après l'ablation de la rondelle osseuse, l'existence de la collection profonde, à la coloration terne de la dure-mère, à son immobilité, à l'absence de pulsation cérébrale. Le bistouri doit être plongé jusqu'au fond du foyer, mais ce sujet a été trop souvent traité depuis Dupuytren pour y revenir ici. L'épilepsie traumatique est un des accidents les plus souvent observés. Championnière a publié plusieurs cas de guérisons par l'application du trépan sur l'ancien foyer de fracture et nous pouvons y ajouter une observation personnelle que Féré d'ailleurs a déjà publiée.

Il s'agit d'un sculpteur de trente-six ans, blessé à la tête par un éclat d'obus; il guérit en quelques semaines d'une fracture grave, mais au bout de six mois il eut un premier accès convulsif; puis les crises deviennent plus fréquentes et il en a bientôt deux par mois. On ne peut toucher la cicatrice crânienne, explorer la petite fistule qui conduit jusqu'aux esquilles, effleurer même les cheveux sans provoquer une crise immédiate. Sur la demande de Féré nous pratiquons la trépanation; une incision de 25 centimètres libère un grand lambeau et met à nu le foyer de la fracture. Une première couronne de trépan appliquée près de la bosse frontale gauche, en un point qui paraissait rugueux, n'enlève qu'une rondelle saine; mais une rondelle nouvelle, placée à 3 centimètres en arrière, est le siège d'une saillie évidente, d'une hyperostose que nous poursuivons par deux nouvelles couronnes de trépan. Dans cette opération nous ouvrons inopinément le sinus longitudinal supérieur dont nous tarissons l'hémorrhagie par une compression prolongée; les lambeaux sont rabattus, suturés, comprimés par un bandage que nous enlevons le huitième jour. La guérison était complète et, depuis, l'épilepsie n'a pas reparu.

Cet exposé fort long, quoique fort incomplet, peut se résumer en quelques courtes propositions : les fractures du crâne sont ouvertes ou fermées; lorsqu'elles sont ouvertes, les soins d'une antisepsie rigoureuse, sauvegarde contre l'invasion d'une méningo-encéphalite, exigent une régularisation de la plaie et l'on en profite pour relever les fragments défoncés, enlever les esquilles dépériostées, extraire les corps étrangers accessibles et lier les vaisseaux rompus. Lorsque la fracture est fermée, on s'abstient à moins qu'un accident ne force à intervenir; on n'agira que si une branche déchirée de la méningée menace de tuer le malade par hémorrhagie, ou bien encore lorsque apparaissent des troubles fonctionnels localisés, immédiats ou tardifs, paralysie croissante, convulsions répétées, signes de poussées hypérémiques, d'abcès du cerveau, épilepsie traumatique : le trépan, appliqué au niveau de l'ancien foyer, a souvent alors donné de merveilleux résultats.

Paul Reclus.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Traitement antiseptique de la diphthérie par la quinoline.

En raison de sa puissance antiputride, M. Domat a recommandé cet agent contre la diphthérie buccale et pharyngée. On peut en faire usage comme désinfectant local, en gargarisme ou en badigeonnage.

1° En *gargarisme*, on emploiera une solution alcoolique de quinoline — l'alcool facilitant la dissolution de ce corps — et on formulera :

Quinoline	0,60 centigrammes.
Alcool à 90 degrés	30 grammes.
Eau distillée et bouillie	300 —
Essence de menthe	1 goutte.

2° En *badigeonnage*, on applique avec un pinceau assez rude, sur les surfaces pseudo-membraneuses, le topique suivant :

Quinoline	1 gramme.
Alcool à 90 degrés } Eau distillée } ãa	25 grammes.

Des topiques antiseptiques au naphtol.

On peut formuler ce corps en lotions, collutoires, injections et frictions antiseptiques et désinfectantes. On le véhicule, à cet effet, dans l'alcool ou dans le camphre.

1° En *solutions*. — La *solution faible* a pour formule :

Naphtol β	1 gramme.
Alcool à 60 degrés	1000 grammes.

On l'emploie en lotions sur les régions chargées de poils que l'on veut rendre aseptiques.

La *solution forte* a pour composition :

Naphtol β	10 à 15 grammes.
Alcool à 60 degrés	1000 —

Elle sert à désinfecter les surfaces cutanées dénudées.

2° En *injections*. — La solution doit être préparée à chaud et, de plus, soumise à une douce température. Avant

de l'injecter dans les cavités séreuses ou dans les abcès, il est donc prudent de faire chauffer préalablement la seringue. Voici l'une des formules proposées :

Naphtol β..................	10 grammes.
Alcool à 90 degrés.........	80 —
Eau........................	120 —

3° En *collutoire*. — Pour la toilette de la bouche, on mélange quelques gouttes de la solution suivante dans une verrée d'eau :

Eau de Botot...............	60 grammes.
Naphtol β..................	0gr,60

4° En *frictions*. — Dans ce but, on fait usage du naphtol camphré. Ce dernier s'obtient en triturant jusqu'à liquéfaction le mélange suivant :

Camphre pulvérisé............	2 parties.
Naphtol β pulvérisé..........	1 partie.

Ch. Éloy.

REVUE DES COURS ET DES CLINIQUES

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — PROFESSEUR : M. CHARCOT.

Abasie trépidante. — M. Charcot montre un type assez rare d'abasie. Presque toujours l'abasie ou impossibilité de marcher va avec l'astasie ou impossibilité de se tenir debout. Chez le malade qui fait le sujet de la leçon, l'astasie fait défaut, la station debout est possible; ce n'est que dans la marche que les troubles du mouvement caractérisés par de la trépidation se produisent.

Assis, cet homme, qui n'est ni paraplégique, ni ataxique, peut faire avec ses membres inférieurs tous les mouvements qu'il veut; debout, il n'oscille ni d'un côté ni de l'autre, il peut marcher à quatre pattes, sauter sur un pied seul ou les pieds joints, la marche normale seule est impossible. Dans la dernière leçon on a porté sur ce cas le pronostic le plus favorable et l'événement a démontré qu'on avait eu raison, car aujourd'hui le malade, quand il s'observe, ne *peut* plus trépider comme il le faisait autrefois. La trépidation ne reparaît que quand on le pousse ou quand il se hâte trop. Le professeur rappelle que ces troubles singuliers de la marche peuvent et doivent être rapprochés des troubles psychiques, c'est le centre cortical de la marche qui est *détraqué*, et la preuve c'est que de même que pour certaines paralysies psychiques le malade guérit en observant et en imitant un homme qui marche devant lui, ravivant ainsi l'image motrice du mouvement nécessaire pour assurer la progression.

La manière dont cet homme a été atteint de son abasie est assez curieuse : une affection des membres inférieurs nécessita l'emprisonnement des deux jambes dans des entraves; cette immobilité, péniblement supportée, devint pour le sujet le point de départ d'une auto-suggestion. Une fois délivré de ses liens, il croyait toujours sentir ses jambes emprisonnées dans l'appareil; dans la rue, pressé d'éviter quelqu'un qui allait le heurter, il fut pris de sa trépidation dans le mouvement qu'il fit pour ne pas recevoir le choc.

Ce malade a été intoxiqué par le sulfure de carbone. Aux moyens suggestifs ou persuasifs habituels, on a joint les toniques ainsi que le fer, l'hydrothérapie, etc.

La misère agent provocateur de l'hystérie. — M. Charcot montre à sa leçon deux malheureux sur lesquels la fatalité paraît s'être acharnée; tous deux sont hystériques, hémianesthésiques, l'un est hémiparétique. Le premier de ces hommes, fils de gens plus ou moins anonymes, a couché dans les fours à plâtre jusqu'à vingt ans, s'est engagé dans la marine, s'est fait condamner à mort pour avoir jeté un officier à l'eau dans un moment d'oubli... Gracié, puis envoyé dans les disciplinaires, il s'échoue en Nouvelle-Calédonie, revient en France, dirige une ménagerie, un établissement de décapité parlant, enfin, exerçait il y a peu de temps la profession de sauvage, avalait des lapins crus, etc.

L'autre malheureux, fils d'un ramasseur de champignons, affreusement ivrogne, est porteur de deux pieds bots, bégaie affreusement et roucoule des chansons sentimentales dans les cours; il ne mange pas tous les jours, mais couche à peu près régulièrement dehors. Ces deux faits viennent à l'appui de cette idée qui ne tardera pas à être une vérité reconnue de tous, c'est que l'hystérie mâle est très fréquent; c'est que, si un médecin s'attachait à étudier les dépôts de mendicité, les prisons et les bagnes, il se trouverait en présence d'une foule d'hystériques mâles. C'est là la vraie hystérie, et bientôt on dira que les hommes hystériques sont plus nombreux que ne le sont les femmes atteintes de la même affection.

Paralysie alcoolique des membres inférieurs. — La paralysie présente les caractères suivants : Pieds tombants. Paraplégie absolue, rétractions tendineuses, troubles trophiques caractérisés par de la peau lisse et des changements de coloration du tégument, de l'atrophie musculaire; des dégénérations électriques des muscles; l'absence de réflexes tendineux; de la dysesthésie, une hyperesthésie vive de la peau, des masses musculaires et même des tendons, le tout précédé d'une période où ont dominé les douleurs à type fulgurant, ainsi qu'un délire spécial dans lequel le malade voyait des bêtes, des reptiles, etc.

Quand on saura que le malade avait des habitudes alcooliques invétérées, on éliminera tout d'abord la paralysie infantile et enfin dans le groupe des paralysies toxiques on écartera le béribéri, l'arsenic et le saturnisme qui atteint surtout les membres supérieurs et on portera le diagnostic de paralysie alcoolique.

Les rétractions fibreuses s'étant produites, il faudra, comme cela se passe pour certaines contractures hystériques, recourir à l'intervention chirurgicale.

Le pronostic de ces paraplégies est relativement favorable, il faut savoir cependant que parfois la vie est en jeu, et qu'au lieu de se limiter à la périphérie, la maladie peut attaquer le bulbe (Broadbent) et tuer en peu de temps par le cœur et la respiration.

M. Charcot a vu lui-même un cas semblable chez une jeune Américaine. (Leçon du 12 mars 1889.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Sur un système spécial d'injection hypodermique de certains médicaments irritants ou caustiques, par M. le docteur J.-L. Gimbert (de Cannes).

(Fin. — Voy. le numéro 15.)

Douleur causée par la pénétration des liquides. — L'injection, poussée sans méthode, est douloureuse avec le liquide le plus anodin.

L'eau distillée, l'huile, la vaseline liquide pénétrant brusquement dans le tissu cellulaire sous-dermique, tiraillent et déchirent les fibres cellulaires ou nerveuses.

Cet inconvénient peut être évité. Il suffit pour cela d'injecter avec une extrême lenteur et de faire sous la peau une diffusion plutôt qu'une collection. Notre appareil répond à

cette indication. A différentes reprises nous avons fait passer ainsi sous la peau d'un lapin 30, 40 et 50 grammes d'eau sans provoquer de contorsions. Chez l'homme, nous n'avons pas dépassé la dose de 15 grammes, n'ayant aucun besoin d'injecter davantage; mais on pourrait injecter au besoin le triple ou le quadruple si l'on en juge par l'innocuité des épanchements séreux. En revanche, nous avons injècté jusqu'à 40 grammes d'huile sans douleur, de sorte que si pour faire pénétrer un médicament, il faut employer une quantité notable de vésicule, il est inutile d'être arrêté par la crainte de la douleur que pourrait provoquer une injection copieuse.

Douleur causée par les médicaments. — Les médicaments irritants injectés purs provoquent de vives douleurs; mais, s'ils sont en solution faible, la peau les tolère très bien. Cette douleur, étant donné que l'on supprime celle que provoque une distension rapide des tissus, est en rapport direct avec le degré de leur concentration. 2 grammes d'une solution créosotée à 50 pour 100 provoquent des douleurs quand même. 15 grammes d'huile créosotée au quinzième, contenant la même quantité de créosote, ne réveilleront aucune plainte. 15 grammes d'eau contenant 1 gramme de bisulfate de quinine ont pu passer ainsi chez une jeune fille atteinte d'accès de fièvres rebelles. Or il serait difficile de faire passer cette dose de sel avec le contenu d'une ou de deux seringues de Pravaz. Nous avons obtenu le même résultat avec l'iodoforme, l'eucalyptol, et de notre expérience nous pouvons conclure que sur un sujet banal l'injection d'une solution caustique étendue ne sera pas douloureuse, si comme précédemment elle est faite avec une *extrême lenteur* et si la solution est *à un titre s'adaptant* à la sensibilité et à la fragilité du tissu endermique.

Voici les titres de quelques solutions particulièrement utilisées par nous :

Créosote vraie	1	gramme.
Huile d'olive aseptisée	14	—
Iodol ou iodoforme	1	gramme.
Huile d'olive	29	—
Acide phénique cristallisé	1	gramme.
Huile d'olive ou eau faiblement alcoolisée	49	—
Chlorhydrate neutre de quinine	1	gramme.
Eau distillée et bouillie	9	—
Antipyrine	1	gramme.
Eau distillée	10	—

Ces titres sont le résultat de notre expérience; on peut les affaiblir, mais on ne doit qu'exceptionnellement les forcer.

Réactions nerveuses. — Les réactions nerveuses dépendent avant tout du sujet. A ce titre, il est difficile de faire des injections lentes chez les enfants et chez les névropathes; mais elles dépendent aussi de quelques particularités de la peau. Si on opère sur la région pectorale externe, on produit très souvent un engourdissement douloureux du bras correspondant. Les injections dans l'aisselle, sur la limite externe du dos, produisent des effets semblables, ainsi que les piqûres du bras faites dans le voisinage des gros nerfs. Dans l'aine, on réveille souvent des douleurs dans le cordon; dans la jambe, il survient des phénomènes de ce genre quand on opère en avant ou en arrière de la cuisse. Tous ces phénomènes sont *passagers;* ils ne sont nullement une contre-indication à l'emploi de la méthode.

Absorption. — L'absorption doit être le résultat immédiat de l'injection. Elle dépend de la nature et de la quantité du liquide, de la région et de la puissance absorbante du tissu, autrement dit du sujet.

Les liquides que nous avons fait absorber sont simples ou composés. Les premiers représentent la classe des véhicules, les seconds les solutions médicamenteuses.

L'eau distillée et bouillie est absorbée à très haute dose et très vite. 50 grammes injectés sous la peau d'un lapin adulte disparaissent en trois heures, en moyenne. Chez l'homme, 15 grammes contenant 1 gramme de chlorhydrate de quinine ont disparu en vingt-quatre heures, si on en juge par l'examen direct de la peau. L'eau pure est le meilleur des véhicules, elle ne laisse pas de trace de son passage; malheureusement elle ne dissout que quelques médicaments : le chlorhydrate de quinine, l'antipyrine, l'alcool, etc.

L'*huile de vaseline*, introduite par Meunier dans la thérapeutique hypodermique est rapidement absorbée, mais ne connaissant pas les limites de son innocuité nous n'avons pas osé faire absorber plus de 5 grammes, et cela ne répondait pas au but que nous poursuivions.

L'huile d'olive, dissolvant la créosote, l'acide phénique, l'eucalyptol, le myrtol, l'iodol, l'iodoforme est après l'eau pure le meilleur des véhicules jusqu'à nouvel ordre. Elle doit être absolument pure; nul n'ignore qu'elle contient des substances animales d'origine parasitaire que l'extraction industrielle ne cherche pas à détruire (1). Il faut donc la purifier avec soin. Nous employons autant que possible des huiles vierges et neutres, et pour prévenir toute altération nous les faisons laver plusieurs fois avec de l'alcool à 90 degrés. Après cette opération qui dure plusieurs jours, on fait bouillir l'huile décantée au bain-marie, l'alcool s'évapore et on a un liquide très pur. L'huile ainsi préparée ne provoque aucune irritation et s'absorbe parfaitement, même à des doses très élevées : 55 grammes par exemple.

Cette dose fut injectée à une malade, atteinte de tuberculose bilatérale, par son mari; elle fut absorbée en six jours et fut bienfaisante, à notre grande surprise. Nous ne conseillerions pas à nos malades de faire de pareilles expériences; nous trouvons en général qu'il suffit de faire absorber 15 à 16 grammes suivant les indications.

Que devient le liquide en présence du tissu sous-dermique? Il s'émulsionne. Bouchard a montré à son cours de 1888, un lapin, qui, treize mois auparavant, avait reçu en sept injections sous-cutanées le tiers de son poids d'huile d'olive, soit 610 grammes. Au moment de la démonstration on n'en retrouve plus que 110 grammes; 500 grammes avaient été absorbés par l'animal. Le liquide recueilli était laiteux, chyliforme d'aspect; il était émulsionné. Nous ignorons à quoi il faut attribuer ce phénomène, mais il est. Des cobayes auxquels nous avons fait des injections de 1 gramme d'huile simple ou d'huile créosotée au trentième, ont parfaitement absorbé ce liquide; mais contrairement au lapin précédent, ils ont succombé à des embolies graisseuses du poumon et du péritoine. Ces animaux absorbent donc l'huile avec des tolérances variables. Dans deux abcès que nous avons ouverts au huitième jour, nous avons retrouvé des traces d'huile émulsionnée chez l'homme (2).

L'absorption étant un fait acquis, bien des causes peuvent la retarder ou l'activer. On peut presque préciser le moment de l'absorption par le développement du goût et de l'odeur de certains balsamiques dans la gorge et dans le nez après l'injection. La créosote, l'eucalyptol servent, à cet égard, de pierre de touche pour des doses déterminées.

En général, l'infiltration est plus vite absorbée que la collection. Dans le premier cas, le liquide est, à un moment donné, en contact avec un plus grand nombre de capillaires. Lorsque le tissu cellulaire est très lâche, comme dans l'aine, l'aisselle, le ventre de la femme mère, l'absorption est ralentie; dans ce cas, 15 grammes d'huile créosotée au 1/15e passent inaperçus pour la gorge ou la

(1) Les olives contiennent un grand nombre de vers qui dévorent la pulpe et détruisent souvent les récoltes en entier.

(2) Nous reviendrons plus tard sur ces faits curieux.

pituitaire; tandis qu'une égale quantité, pénétrant par le dos ou la poitrine, donne le goût de la créosote dans la gorge une à trois minutes après le début de l'injection.

Chez les animaux, 2 à 3 grammes d'huile disparaissent en quatre jours au maximum (1). Chez l'homme, 15 grammes disparaissent, en moyenne, en vingt ou quarante heures, suivant le lieu d'élection; 50 grammes sont absorbés après six ou huit jours.

Une *lenteur* exagérée de l'absorption est un inconvénient, une lenteur raisonnable a une grande utilité. L'injection est un réservoir dans lequel les vaisseaux vont pomper les médicaments; si l'absorption était trop rapide, les effets seraient trop violents ou trop fugaces. Dans l'état ordinaire, une injection de 15 grammes d'huile créosotée déversera de la créosote sur les bronches pendant deux ou trois jours environ, et cette dose ainsi graduellement distribuée se joindra à celle qui passant dans les artères reviendra par les capillaires au poumon pour y exercer une nouvelle action topique. Si l'on en croit le témoignage des malades, l'action durerait trois jours. Ces considérations nous amènent à faire un usage discret des injections, soit qu'on redoute l'accumulation des doses, soit que leur fréquence soit inutile. Mais il peut arriver que l'absorption soit trop rapide, c'est qu'alors on a injecté une petite veine. Ce fait, quelque rare qu'il soit, peut se rencontrer avec toutes les injections. Nous l'avons vu se produire il y a quinze ans pour la morphine. Dans ce cas, il y eut des vertiges et des nausées avant l'introduction de trois gouttes de solution.

Nous croyons l'avoir constaté pour la créosote. Dès les premières gouttes d'injection dans la fesse, un malade fut pris de dessèchement instantané de la gorge, du goût de la créosote et de quintes de toux sèche durant quelques secondes seulement; nous arrêtâmes l'opération. Avec notre système, de pareils troubles sont insignifiants; mais, si l'injection était rapide, ils pourraient être plus sérieux; il suffit d'être prévenu pour les éviter.

Enfin l'absorption peut être trop lente. La grande quantité de véhicule, le choix d'une région peu vivante, la vieillesse, rendent l'absorption lente. Les *médicaments* en dissolution peuvent modifier l'absorption de l'huile ou de tout autre véhicule. A un titre faible, ces solutions activent la circulation cellulaire, l'osmose suit le mouvement; à un titre très fort, elles produisent une action caustique sur les tissus périphériques, qui coagule le sang des capillaires et rend l'absorption sinon tout à fait impossible, dans tous les cas très lente.

5 grammes d'une solution huileuse de créosote au cinquième produisent une induration des tissus qui est un obstacle à l'endosmose. Une solution au même titre de bisulfate de quinine, injectée même à dose moindre, produit le même phénomène; 2 grammes d'une solution huileuse, à parties égales, de créosote, déterminent une eschare sous-cutanée qui emprisonne pour longtemps l'injection. Nous avons produit le phénomène à volonté chez le lapin.

Ce fait a une très grande importance. Pour faire un dosage thérapeutique sérieux, il faut une absorption de moyenne durée et complète. Avec une solution non caustique on aura un effet de toute la dose; avec une solution irritante et caustique on n'aura qu'une absorption très minime et indéfinie, alors même qu'on injecterait de très grandes doses de médicament.

Phénomènes accidentels. — Les liquides peuvent produire une irritation, une inflammation suppurative, une induration, une eschare, une ecchymose, une lymphangite. L'irritation dépend de l'asepsie insuffisante des liquides, de leur nature et du degré de concentration des solutions médicamenteuses. Elle dure peu et ne provoque aucune réaction générale. L'inflammation est rare; elle a son origine dans l'*introduction de microbes ou de corps étrangers sous la peau*. Elle peut se produire avec tous les médicaments: la morphine, la quinine, l'éther, le chloroforme, la créosote.

Au début de nos études, nous avons eu sous nos yeux deux abcès. Le premier se produisit après la vingtième injection de 5 grammes d'huile créosotée au cinquième. Nous injections ce jour-là une huile nouvelle. Après enquête, nous reconnûmes que cette huile était fermentée. Le deuxième abcès survint à la suite d'une injection de granulations d'oxyde de cuivre. A cette date, nos tubes injecteurs étaient en cuivre nickelé, l'huile, parfois acide, les oxydait; nous avions cependant la précaution d'amorcer largement notre robinet sur une assiette blanche. Néanmoins, du cuivre pénétra cette fois sous la peau, et nous le retrouvâmes après l'ouverture de l'abcès. Dès ce jour, nous avons employé des tubes en argent fin et nous n'avons plus eu à déplorer de pareils accrocs.

La *lymphangite* se manifeste quelquefois chez des sujets très affaiblis. Mais ceux-ci n'ont plus besoin d'injections, et du reste des cataplasmes de fécule de pomme de terre les calment. Elle peut se produire lorsqu'on se sert d'un appareil laissé au repos depuis longtemps et que l'on utilise à nouveau sans l'avoir préalablement lavé. Il est possible que quelques poussières de caoutchouc les provoquent. Il faut donc changer souvent ces tubes et les tenir très proprement.

L'*induration* présente deux types : le type simple et le type escharotique. On peut les déterminer à volonté sur les animaux avec des solutions diverses de créosote, de quinine, d'essence de cannelle à la moitié, au cinquième. 25 centigrammes de bisulfate de quinine, injectés dans 3 grammes d'eau, dans la cuisse d'un enfant qui asphyxiait, produisirent une induration douloureuse qui dura six mois. L'enfant heureusement fut sauvé d'une mort certaine. Les solutions au cinquième de créosote, d'eucalyptol, forment également des indurations, mais elles cessent rapidement d'être douloureuses, bien que la résorption en soit lente. L'induration escharotique dépend de la concentration des solutions; elle est résorbable, mais bien lentement. Dans tous les cas sa formation est très douloureuse; les animaux se débattent et se plaignent.

L'*ecchymose* sous-cutanée est un phénomène sans valeur. Il suffit de se rappeler l'innocuité des hémorrhagies sous-cutanées aseptiques pour être rassuré d'avance sur l'importance très minime de cet accident.

L'*urticaire* a son origine dans la piqûre. Les malades éprouvent des démangeaisons, et il se fait un érythème fugace autour du relief de l'injection. C'est un phénomène sans valeur.

Conclusions. — Grâce à un outillage spécial, à une application nouvelle des propriétés endosmotiques du tissu sous-dermique et à une méthode opératoire déterminée, nous avons créé un nouveau système d'injection hypodermique des substances irritantes ou caustiques signalées plus haut.

Ces injections n'ont guère d'analogie avec celles que l'on a pratiquées jusqu'à ce jour. Dans celles-ci la proportion de véhicule injectée est insignifiante; l'action irritante, caustique ou destructive sur le tissu cellulaire est la règle si l'on emploie une dose thérapeutique; l'absorption est difficile, lente, incomplète; la douleur très vive.

Avec notre système, la douleur est insignifiante ou nulle, la quantité de véhicule injectée relativement considérable, la dose thérapeutique du médicament à la discrétion du médecin, l'absorption intégrale et rapide, l'absence de lésion des tissus la règle. Par conséquent, nous avons créé un progrès sur le passé, élargi le domaine déjà intéressant de la thérapeutique sous-cutanée.

Pour ce qui concerne les substances étudiées, nous espé-

(1) Bouchard, *Cours de pathologie générale*, 1888.

rons donc avoir résolu le problème que nous nous étions proposé, à savoir : *Faire tolérer et absorber par la peau les médicaments irritants ou caustiques.*

Après avoir établi cette base de la méthode, il faudrait étudier les effets physiologiques des médicaments absorbés, en déduire les conséquences thérapeutiques pour la tuberculose. la septicémie, la fièvre intermittente, les troubles nutritifs et circulatoires; il faudrait préciser les indications et les contre-indications du système ou de la médication par ce système, etc.; mais ce serait dépasser les limites d'une simple note. Nous donnerons bientôt de plus amples développements sur ces différentes questions.

Un nouveau syndrome cardiaque : L'embryocardie ou rythme fœtal des bruits du cœur. Communication faite à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 12 avril 1889, par M. Henri Huchard, médecin de l'hôpital Bichat.

Il y a plusieurs mois, mourait dans mon service de l'hôpital Bichat une malade atteinte d'une fièvre typhoïde très grave. Quatre jours auparavant, elle avait présenté ce syndrome important caractérisé par le rythme fœtal des bruits du cœur, auquel j'ai donné le nom d'*embryocardie*. Le pouls était fréquent, à 140, la température abaissée à 38°,5; il y avait des congestions viscérales multiples, des phénomènes de collapsus, et j'avais pu annoncer la mort à brève échéance en m'appuyant surtout sur la constatation de ce rythme particulier des bruits du cœur. Mais en raison des accidents graves de collapsus qui l'accompagnaient, la sévérité du pronostic s'imposait pour ainsi dire d'elle-même. Il n'en est pas de même d'autres observations, où le syndrome de l'embryocardie existant pour ainsi dire à l'état isolé, a pu me servir d'élément sérieux de pronostic, comme je l'ai démontré il y a un an dans mes leçons sur « la tension artérielle dans les maladies » (*Semaine médicale*, 9 mai et 27 juin 1888).

Je citerai à ce sujet l'observation d'une jeune fille de quatorze ans, atteinte d'une fièvre typhoïde au huitième jour. La maladie ne paraissait pas grave tout d'abord, la diarrhée était modérée et non fétide, la langue humide, l'état cérébral satisfaisant, mais la température atteignait déjà le chiffre de 40°,5. Nonobstant cette élévation thermique, le pronostic paraissait rassurant, quand j'appelai l'attention de deux de mes confrères sur l'accélération du pouls battant 120 à 140 fois par minute, — ce qui, dans la dothiénentérie, est plus souvent un signe de gravité que l'intensité même de la fièvre, — et je partis très préoccupé parce que j'avais déjà constaté une tendance des bruits du cœur à prendre le caractère fœtal. Quatre jours après, il y eut une syncope, et le lendemain, quand je vins revoir la petite malade, les accidents lipothymiques ne s'étaient pas reproduits, le calme était revenu, et l'on était loin de s'attendre à un dénouement fatal. Mais le pouls était plus fréquent (à 144); les bruits du cœur faibles et égaux en intensité, identiques par leur timbre, étaient séparés l'un de l'autre par des silences d'une égale durée; bref, ils avaient pris nettement le caractère fœtal. M'appuyant alors sur la valeur pronostique de ce dernier signe, j'annonçai la mort presque certaine et prochaine de l'enfant. Deux jours après, elle succombait au milieu de symptômes asphyxiques les plus prononcés, comme cela survient le plus souvent dans ces cas.

Le rythme fœtal des bruits du cœur a été indiqué par Stokes dans quatre observations de son étude si remarquable sur « l'état du cœur dans le typhus ». Voici le seul passage où le célèbre clinicien irlandais lui fait allusion : « L'extinction de l'un ou de l'autre bruit cardiaque n'a pas lieu ; seulement ils sont tous deux moins forts et deviennent presque complètement identiques. Nous avons donné à cet état le nom de *caractère fœtal*, tiré de la ressemblance étroite qu'il y a entre ce phénomène et les bruits du cœur du fœtus pendant la gestation. Cette similitude est presque absolue, lorsque le pouls a une rapidité de 125 à 140 pulsations par minute. » Comme on le voit, Stokes ne se doutait pas de la valeur diagnostique et pronostique de ce syndrome, il ignorait sa pathogénie, il n'avait pas vu ses rapports si étroits avec l'abaissement extrême de la tension artérielle, et il traitait ses malades par l'administration du vin à haute dose, sans connaître ni préciser les indications thérapeutiques de cet état morbide.

On n'en parlait plus, et ce fut seulement en 1871, que dans nos recherches sur la myocardite varioleuse, M. Desnos et moi avons parfois constaté ce rythme fœtal sur nos malades. Dans ses leçons cliniques sur « les manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde » (*Progrès médical*, 1875), M. Hayem, qui a confirmé la plupart de nos recherches sur les symptômes de la myocardite aiguë, cite deux observations où ce rythme fœtal est simplement mentionné. Enfin, en 1885, M. Demange rapporte un fait sur lequel je reviendrai plus tard, où le phénomène de l'embryocardie est signalé sans aucun commentaire. Postérieurement à mes leçons de 1888 sur la tension artérielle, d'autres faits ont été cités par les docteurs Chevallier, Guillot, Latil, et réunis dans la thèse d'un de mes internes, M. Gillet (1).

Tel est l'historique de la question. Il démontre que, jusqu'à mes recherches sur ce sujet, aucun auteur n'a songé à tirer parti de ce syndrome pour la séméiotique et la thérapeutique cardiaques.

D'abord, que doit-on entendre par le mot *embryocardie* (2)?

Trois éléments importants le constituent :

1° L'accélération des battements du cœur, ou tachycardie ;

2° L'égalisation, ou la tendance à l'égalisation en durée des deux silences;

3° La similitude de timbre et d'intensité des deux bruits.

A ce dernier point de vue, je dois rappeler qu'à l'état normal, le premier bruit est sourd et un peu prolongé, tandis que le second bruit est sec et légèrement retentissant. Lorsque ce retentissement est exagéré, il devient le *retentissement diastolique de l'aorte*, signe d'une hypertension artérielle. Au contraire, l'affaiblissement du second bruit veut dire : abaissement de la tension artérielle. L'affaiblissement du premier bruit, que Stokes a bien décrit dans le typhus, signifie : faiblesse de la contractilité cardiaque.

Je ne m'étendrai pas sur le diagnostic de l'embryocardie, tout en insistant sur la différence capitale qui la sépare de la tachycardie simple. En effet, dans celle-ci, en supposant même que l'accélération cardiaque soit extrême et qu'elle atteigne le chiffre de 200 battements, comme Rommelaere (de Liège) en a cité quelques exemples, on peut toujours distinguer le grand silence du petit silence, et les deux bruits ne sont pas identiques. En un mot, la tachycardie extrême (160 à 200 pulsations) peut exister sans embryocardie, et celle-ci peut se montrer avec une tachycardie modérée (120 à 140 pulsations). Donc, les deux phénomènes ne sont pas dépendants l'un de l'autre, on commettrait une grave erreur de diagnostic en les confondant, et le syndrome de l'embryocardie ne peut exister sans la réunion des trois éléments symptomatiques que j'ai énumérés.

(1) *De l'embryocardie ou rythme fœtal des bruits du cœur*, par M. Gillet (Thèse inaugurale. Paris, 1888).

(2) Le mot « embryocardie » me paraît préférable à celui de *cyématocardie* (de κύημα, fœtus, et καρδία, cœur) que j'avais d'abord adopté.

Ce syndrome répond à deux états anatomiques :

1° A un état de dégénérescence plus ou moins avancée du myocarde ;

2° A un affaiblissement *extrême* de la tension artérielle.

Or, ces deux conditions se trouvent réalisées, surtout dans la dothiénentérie où l'on observe une dégénérescence du myocarde consécutive à l'artérite typhoïdique où j'ai constaté, avec d'autres auteurs, un abaissement considérable de la pression artérielle. C'est là ce qui explique la fréquence relative de l'embryocardie dans le cours de fièvres typhoïdes graves.

Mais on peut encore l'observer dans d'autres maladies, dans les scarlatines, les pneumonies infectieuses, la diphthérie, dans toutes les cachexies, et à la période ultime de l'asystolie dans les maladies du cœur. M. Schwartz, chirurgien des hôpitaux, m'a signalé un cas d'embryocardie qu'il a observé chez une malade atteinte de kyste de l'ovaire et tombée dans la cachexie la plus prononcée. Il obtint la guérison de cet état très grave par l'emploi d'une médication que j'ai préconisée dans ces cas, et que j'exposerai plus loin.

Le mode de production de l'embryocardie, c'est-à-dire sa pathogénie, doit recevoir, d'après moi, l'explication suivante :

Si l'on admet pour le cœur un nerf frénateur (frein *nerveux*), on doit aussi admettre qu'il existe pour cet organe, à la périphérie du système circulatoire, un autre frein (frein *vasculaire*) représenté par la contractilité artérielle. Celle-ci vient-elle à diminuer, ou même à presque disparaître par le fait de la maladie? Le cœur alors, suivant une loi de Marey bien connue, bat d'autant plus vite que les résistances périphériques sont moindres; livré à lui-même, il bat à la dérive, ses contractions s'affaiblissent, se rapprochent et se précipitent, et les symptômes d'asphyxie ou de cyanose se produisent avec d'autant plus de facilité que le moteur central a une fibre plus molle et plus altérée.

La valeur pronostique de ce syndrome est grave; souvent l'embryocardie précède de quelques jours ou de quelques heures les accidents de collapsus sur la nature desquels on a tant discuté et que j'attribue en grande partie à l'affaiblissement extrême de la tension artérielle; souvent aussi les malades succombent au milieu d'accidents asphyxiques; enfin presque toujours l'embryocardie est le phénomène avant-coureur de la mort et parfois de la mort subite.

Je me rappelle à ce sujet avoir observé il y a sept ans, à l'hôpital Tenon, une malade qui, dans la convalescence d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité, conservait toujours un pouls rapide (120 à 140) et dont les bruits du cœur présentaient le caractère fœtal. J'étais inquiet sans doute, mais je me plaisais à espérer la guérison, car la malade était en pleine convalescence et elle n'avait plus de fièvre depuis une douzaine de jours. Par la suite, elle eut cependant une syncope qui devint pour moi un avertissement d'une certaine gravité, et elle finit par succomber lentement à des phénomènes asphyxiques au vingtième jour de sa convalescence.

Puisque l'embryocardie est liée à la dégénérescence du muscle cardiaque et à l'affaiblissement de la tension artérielle, les indications thérapeutiques s'imposent.

1° Il faut relever la force contractile du cœur;

2° Il faut relever la force contractile des vaisseaux, c'est-à-dire augmenter la tension artérielle.

Pour relever la force contractile du cœur, on pense naturellement à la digitale. Or, dans ces conditions, elle est non seulement inutile, mais elle peut être nuisible et produire parfois les plus déplorables effets. Comme dans tous les cas où elle s'adresse à un myocarde profondément altéré, on doit donner la préférence aux injections sous-cutanées de caféine, à la dose de 4 à 10 par jour, chaque injection représentant 20 à 25 centigrammes de caféine. Je répète depuis six ans, que celle-ci agit à un triple titre : comme tonique du cœur, comme tonique général de l'organisme et comme diurétique. — On peut encore joindre à ces injections, celles d'éther.

Pour relever la force contractile des vaisseaux, il faut s'adresser aux médicaments vaso-constricteurs. Or, c'est l'ergot de seigle, déjà indiqué par Duboué (de Pau) d'une façon peut-être trop systématique, qui remplit le mieux cette seconde indication. Mais contrairement à sa pratique, je préfère la voie sous-cutanée, parce que l'absorption du médicament est plus rapide et plus sûre. On doit pratiquer ainsi quatre à cinq injections d'ergotine ou d'ergotinine par jour.

M. Demange (de Nancy) a rapporté l'observation d'une malade atteinte d'une fièvre typhoïde extrêmement grave avec accidents de collapsus, embryocardie, etc., et qui dut une guérison presque inespérée à l'emploi de plusieurs injections d'ergotine (*Revue de médecine*, 1885).

Mais, le plus souvent, l'ergot de seigle ne suffit pas, parce que ce médicament ne remplit qu'une indication thérapeutique, celle de combattre les symptômes de parésie vasculaire, et parce qu'il laisse subsister le danger de la parésie cardiaque. Pour le combattre et l'écarter, il faut joindre à l'ergotine l'usage de la caféine dont j'ai recommandé depuis six ans l'emploi en injections hypodermiques dans tous les états adynamiques; et depuis six ans, les résultats remarquables, parfois extraordinaires que j'ai obtenus à l'aide de cette médication, — et dont quelques-uns sont consignés dans la thèse de M. Gillet, — n'ont fait que me confirmer tous les jours dans mon opinion première.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

Influence qu'exerce sur la maladie charbonneuse l'inoculation du bacille pyocyanique, par M. *Ch. Bouchard*. — On a déjà fait quelques essais de traitement de la maladie charbonneuse par l'inoculation d'autres maladies infectieuses. M. Emmerich a traité avec succès le charbon en inoculant après la bactéridie charbonneuse le streptocoque de l'érysipèle; M. Pawlowsky a également réussi en inoculant le pneumocoque.

J'ai recherché quelle influence pouvait avoir l'inoculation du bacille pyocyanique sur le développement et l'évolution du charbon et si on la pratiquait quelques heures après l'inoculation de la bactéridie charbonneuse. Ces expériences ont été faites chez le lapin et chez le cobaye.

J'ai fait, chez le lapin, 26 inoculations de la bactéridie charbonneuse, puis du bacille pyocyanique.

Dans 17 inoculations la bactéridie a été puisée dans une culture; 5 animaux sont morts charbonneux, 2 sont morts sans charbon, 10 ont guéri. Dans les diverses expériences de cette série, 11 lapins témoins inoculés avec les mêmes cultures ont donné 11 morts par charbon.

Dans 9 inoculations la bactéridie a été puisée dans le sang d'un animal mort du charbon; 1 animal est mort charbonneux, 6 sont morts non charbonneux, 2 ont guéri. Dans les diverses expériences de cette série, 9 lapins témoins inoculés avec les mêmes sangs ont donné 9 morts par charbon.

En somme, sur 26 inoculations pratiquées sur le lapin, soit avec les cultures, soit avec le sang charbonneux, il y a eu 5 morts par charbon, 8 morts sans charbon et 12 guérisons, tandis que 20 témoins ont donné 20 morts par charbon.

J'ai fait, chez le cobaye, 6 inoculations de la bactéridie charbonneuse, puis du bacille pyocyanique.

Dans 3 inoculations, la bactéridie a été puisée dans une cul-

ture; 1 animal est mort charbonneux, 2 sont morts sans charbon, il n'y a pas eu de guérison, 1 cobaye témoin inoculé avec la même culture est mort charbonneux.

Dans 3 inoculations, la bactéridie a été puisée dans le sang d'un animal mort du charbon; 2 animaux sont morts charbonneux, 1 est mort sans charbon, il n'y a pas eu de guérison, 1 cobaye témoin inoculé avec le même sang est mort charbonneux.

En somme, sur 6 inoculations pratiquées sur le cobaye, il y a eu 3 morts par charbon et 3 morts sans charbon, tandis que 2 témoins ont donné 2 morts par charbon.

Pour tous les animaux, lapins et cobayes, déclarés morts sans charbon, il a été constaté que la rate n'était pas volumineuse, que le microscope ne faisait pas découvrir de bactéridies dans le sang, que ce sang ensemencé ne donnait pas la culture caractéristique et que, inoculé à des animaux sains, il ne produisait pas le charbon.

Je dois dire que les animaux guéris n'avaient pas conquis l'immunité et que, inoculés plus tard avec le sang charbonneux sans adjonction de bacille pyocyanique, ils sont tous morts charbonneux.

MM. Guignard et Charrin ont cherché à déterminer les conditions qui font que l'inoculation du bacille pyocyanique s'oppose partiellement au moins au développement de la maladie que provoque la bactéridie charbonneuse.

Action du bacille pyocyanique sur la bactéridie charbonneuse, par MM. *Charrin* et *L. Guignard*. — Les expériences de M. Bouchard relatées ci-dessus ont montré que l'inoculation du bacille pyocyanique pouvait influencer le développement de la maladie charbonneuse.

Les auteurs de cette note ont cherché à pénétrer le mécanisme de cette influence, en étudiant d'abord *in vitro* l'action du microbe du pus bleu sur celui du charbon. Dans ce but, ce microbe a été semé dans des cultures charbonneuses en pleine activité virulente. Les réactions caractéristiques de la pyocyanine n'ont pas tardé à apparaître, et, en observant ces cultures mixtes, les auteurs ont suivi les modifications que peut y subir la bactéridie charbonneuse. Ces cultures ont été inoculées au cobaye. Pour tuer cet animal, il faut des doses considérables de virus pyocyanique (1cc et davantage), tandis que les doses minimes de charbon (1 à 3 gouttes de culture) sont suffisantes pour amener la mort. Dès lors, en injectant sous la peau tout au plus 0cc,5, on ne peut agir que par la bactéridie charbonneuse.

Pendant les six premiers jours de ces cultures mixtes, la virulence du germe charbonneux ne paraît pas modifiée d'une façon constante. A partir du huitième jour, cette virulence diminue. Les animaux inoculés succombent au charbon, mais la survie augmente. Alors qu'une culture charbonneuse de même âge et indemne de tout microbe du pus bleu tue en trois ou quatre jours, la culture mixte ne cause la mort qu'au bout de sept à huit jours. A l'autopsie, on rencontre habituellement dans la rate de longs filaments, minces, granuleux, que l'on a considérés comme les signes d'un charbon atténué. Au vingtième jour et au delà, le cobaye se montre réfractaire, quoique les résultats ne soient pas absolument constants. Il est aisé de constater qu'à cette date, si on sème la bactéridie ainsi atténuée dans du bouillon pur, cette bactéridie reprend sa virulence.

Parallèlement à ces changements de virulence, MM. Charrin et Guignard ont suivi les modifications morphologiques et ils ont constaté les changements d'aspect de la bactéridie charbonneuse survenus sous l'influence de l'inoculation du bacille pyocyanique.

Dans une seconde série d'expériences, ils ont semé du charbon à l'état de filaments dans des produits solubles stérilisés et filtrés du bacille pyocyanique. On observe dans ces nouvelles conditions des modifications de morphologie et de virulence absolument comparables aux précédentes. Si l'on reprend, au sein de ces milieux artificiels, les germes charbonneux qui y vivent si péniblement, pour les porter sur des milieux favorables, on assiste encore à leur régénération rapide.

Dans une troisième série d'expériences, MM. Charrin et L. Guignard ont pu, grâce à l'obligeance de M. Loye, s'assurer que les produits solubles du bacille pyocyanique n'agissaient pas sur l'hémoglobine du lapin. De plus, les globules du sang ne présentent pas d'altération apparente, au moins après six jours, quand on les conserve dans ces mêmes produits solubles, à l'abri de l'air.

Pour tous ces motifs, ils ont été amenés à conclure que, dans le mécanisme de l'atténuation du microbe du charbon par le microbe du pus bleu, les produits fabriqués par ce dernier pouvaient jouer un rôle. Il est permis de supposer que ces substances chimiques, dans le cas particulier, sont plus nocives pour la cellule végétale que pour certaines cellules animales. L'inverse se produit quand, par exemple, on régénère le charbon symptomatique par l'acide lactique.

Toutefois, ce serait exagérer que de croire l'action des produits solubles suffisante à elle seule pour tout expliquer. Ces produits atténuent, ils ne tuent pas, ou du moins difficilement. Il est possible que le phagocytisme profite de cette atténuation pour remporter une victoire devenue plus facile. Il est probable aussi que d'autres conditions de ce mécanisme nous échappent.

Peut-on pénétrer plus intimement le procédé qu'emploie le bacille pyocyanique pour altérer la bactéridie charbonneuse? Répondre d'une façon complète serait chose difficile. Ce que l'on peut dire, c'est que le microbe du pus bleu, pour agir, paraît surtout user de deux ordres de moyens principaux. Il atténue la bactéridie charbonneuse en sécrétant des substances nuisibles pour elle, mais il l'atténue également en épuisant les milieux nutritifs. La démonstration de cet épuisement résulte de ce fait qu'il suffit d'ajouter du bouillon pur pour rendre au germe charbonneux un certain degré de vitalité.

De l'identité de l'érysipèle et de la lymphangite aiguë, par MM. *Verneuil* et *Clado*. — « L'érysipèle et la lymphangite, disent les auteurs, sont deux affections voisines qu'on observe le mieux et le plus souvent à la surface du corps, mais sur la nature et les relations desquelles on a beaucoup discuté sans être parvenu aujourd'hui même à se mettre complètement d'accord.

Les uns, en effet, n'en font qu'une seule et même maladie ou tout au plus deux formes de la même maladie; les autres, au contraire, les séparent nettement, accordant toutefois qu'elles peuvent coexister et se confondre.

Les *unicistes*, parmi lesquels nous voulons être rangés, invoquent :

1° La communauté de siège anatomique : la lymphangite occupant les troncs lympatiques, et l'érysipèle, les réseaux du même système; l'une et l'autre envahissant également les ganglions;

2° La similitude du processus pathologique : les deux affections présentant là où elles sont visibles les phénomènes cardinaux de l'inflammation franche : rougeur, chaleur, douleur, tuméfaction, avec tendance à la suppuration;

3° Le même point de départ dans une solution de continuité des surfaces tégumentaires;

4° Le même début symptomatique : frissons, vomissements, élévation brusque de la température, etc., avec les troubles généraux traduisant une intoxication soudaine;

5° L'impossibilité pour le clinicien de dire dans un bon nombre de cas s'il s'agit d'une lymphangite, d'un érysipèle, ou d'une association des deux; le mal ayant commencé tantôt par l'une, tantôt par l'autre.

A ces arguments si nombreux et si probants nous voulons ajouter une preuve nouvelle, tout à fait décisive, tirée de l'étude expérimentale et microbienne, et qui nous dispensera d'exposer et de détruire les arguments des *dualistes*. »

Tout le monde sait aujourd'hui que l'érysipèle est une maladie infectieuse, contagieuse, inoculable, ayant pour agent unique un microbe spécial, découvert d'abord en France par Nepveu, puis en Allemagne par Hueter, très facile à reconnaître, à isoler, à cultiver, à transmettre aux animaux. Les cliniciens unicistes considèrent également la lymphangite comme contagieuse, infectieuse, transmissible, et par conséquent microbienne; mais ils n'en ont pas fourni la preuve péremptoire, n'ayant pas isolé son microbe et ne l'ayant pas inoculé aux animaux; ils ont encore moins prouvé son identité avec le microbe érysipélateux. C'est à ces diverses démonstrations qu'est destinée la note présentée à l'Académie. Après avoir rappelé la technique qui permet d'isoler et de cultiver, puis d'inoculer le microbe de l'érysipèle, les auteurs ont recherché si la lymphangite pure, c'est-à-dire exempte d'érysipèle, ne pourrait fournir des microbes semblables. La question eût été difficile à résoudre si l'on s'était adressé à la lymphangite réticulaire. Il existe heureusement, aux membres supérieurs et inférieurs, une variété de lymphangite tout à fait distincte et n'ayant avec l'érysipèle aucune ressemblance clinique. Siégeant exclusivement dans les gros vaisseaux rectilignes, elle se présente sous forme de cordons

cylindriques, rampant sous la peau et se rendant de la plaie dermique aux ganglions inguinaux ou axillaires. Appréciables au toucher par leur consistance ferme et la douleur à la pression, ils sont souvent aussi reconnaissables à la vue, en raison de la rougeur linéaire, étroite, bien limitée, que la peau offre sur leur trajet.

Comme l'érysipèle, cette lymphangite se termine de deux manières : tantôt par résolution, tantôt par suppuration.

C'est en étudiant le liquide des collections purulentes formées par ces lymphangites que MM. Verneuil et Clado sont arrivés à isoler et à cultiver un microbe identique à celui de l'érysipèle. Dans le mémoire communiqué à l'Académie des sciences ils publient les observations des malades qui leur ont fourni le pus nécessaire aux inoculations et ils en déduisent les conclusions suivantes :

1° L'érysipèle et la lymphangite aiguë ne sont que deux formes d'une seule et même maladie contagieuse, infectieuse, parasitaire.

2° Leur agent est un microbe spécial, facile à reconnaître, à isoler, à cultiver et à inoculer aux animaux.

3° Ce microbe, découvert et décrit dans l'érysipèle seulement, se retrouve dans la lymphangite aiguë avec ses caractères et ses propriétés au complet.

4° Il établit donc définitivement l'identité absolue de cause et de nature de deux affections considérées comme distinctes par un grand nombre d'auteurs.

Nominations. — Dans cette même séance du 8 avril, l'Académie a nommé les commissions de prix, chargées de juger les concours de l'année 1889. Ont été élus :

Prix Mège. — MM. Bouchard, Charcot, Brown-Séquard, Marey et Verneuil.

Prix Montyon (physiologie expérimentale). — MM. Brown-Séquard, Marey, Chauveau, Bouchard et Charcot.

Prix L. La Caze (physiologie). — MM. Chauveau, Ranvier et Sappey seront adjoints aux membres de la section de médecine et chirurgie pour constituer la Commission.

Prix Martin-Damourette. — MM. Bouchard, Brown-Séquard, Charcot, Verneuil et Chauveau.

Prix Pourat (recherches expérimentales sur la contraction musculaire). — MM. Marey, Brown-Séquard, Bouchard, Ranvier et Charcot.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 16 AVRIL 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MAURICE PERRIN.

M. *Haller* (de Nancy) se porte candidat au titre de correspondant national dans la quatrième division (*Physique et chimie médicales, pharmacie*).

MM. les docteurs *Rivet*, médecin-major de 1re classe, et *Strœbel*, médecin-major de 2e classe, envoient un Rapport manuscrit sur les *vaccinations* et les *revaccinations* qu'ils ont opérées en 1888-1889 au 137e régiment d'infanterie à Fontenay-le-Comte (Vendée).

M. le docteur *Saussol* adresse un mémoire sur la *variole* à Montpellier en 1887-1889.

M. *Féréol* offre, au nom de M. *Charcot*, les sept volumes de ses *Œuvres* et présente, de la part de M. le docteur *Lacassagne* (de Lyon), ses divers travaux à l'appui de sa candidature au titre de correspondant national dans la division de médecine

M. *Laboulbène* dépose la thèse inaugurale de M. le docteur *Picard* sur *Sydenham, sa vie et ses œuvres.*

M. *Armand Gautier* présente la dernière partie de la *Chimie organique* de MM. *Wilm* et *Hanriot*.

M. *Joannès Chatin* dépose une note de M. le docteur *Barthélemy* (de Nantes) sur le *traitement des morsures de vipères par le hoang-nan.*

M. *Léon Colin* présente un ouvrage de M. le docteur *Friot* (de Nancy) sur *les vidanges et les eaux ménagères au point de vue de l'assainissement des habitations rivées.*

Abcès du sein. — M. *Budin* rapporte onze observations d'abcès du sein, qui lui permettent d'affirmer que la galactophorite-mastite, admise hypothétiquement par beaucoup de chirurgiens et rendue extrêmement probable par les découvertes récentes de la microbiologie, est bien une réalité clinique. Pour la trouver, il faut penser à son existence et savoir comment on doit procéder pour faire sortir les pus par les canaux galactophores. Les faits qu'il a observés lui permettent, au point de vue pratique, de faire les recommandations suivantes : l'enfant ne doit pas téter le sein atteint de galactophorite. Pendant l'allaitement, il faut éviter de mettre les mamelons de la mère en contact avec du pus venant de l'enfant, lorsqu'il y a ophthalmie purulente, suppuration du côté de la bouche, etc. L'évacuation complète du pus par des pressions répétées peut suffire pour amener la guérison de la galactophorite et de la mastite, puisque sur neuf cas M. Budin a observé huit fois cette guérison sans récidive ni complication.

Poêles mobiles. — La discussion sur les poêles mobiles donne lieu tout d'abord à un échange d'observations entre MM. *Dujardin-Beaumetz* et *Brouardel*. Ils sont d'accord l'un et l'autre pour reconnaître que ce mode de chauffage ne renouvelle pas l'air de la pièce et, n'échauffant pas le coffre de la cheminée, détermine, plus que tout autre, le retour du gaz de la combustion dans la chambre sans la moindre modification dans le tirage. M. Dujardin-Beaumetz communique de nouvelles analyses pratiquées par M. le docteur de Saint-Martin et desquelles il résulte que par lui-même le poêle mobile, même bien dirigé, est une cause de dégagement d'acide carbonique; en outre, sa disposition est telle que la fermeture supérieure n'est jamais hermétique et que surtout la moindre fissure dans la tôle permet le passage de l'oxyde de carbone dans la pièce. M. Brouardel montre de nouveau combien cet appareil, si délicat, présente de danger non seulement pour les personnes demeurant dans la pièce où il se trouve placé, mais encore et surtout pour les voisins.

Après avoir communiqué de nouvelles observations d'asphyxie par un poêle mobile, constatées par M. *Verneuil*, et avoir énuméré plusieurs autres cas semblables, M. *Lancereaux* résume la discussion et propose à l'adoption de l'Académie des résolutions qui sont, après une courte discussion sur des points de détail, adoptées dans la forme suivante, sans opposition :

1° Il y a lieu de proscrire formellement l'emploi des appareils et poêles économiques à faible tirage, dans les chambres à coucher et dans les pièces adjacentes; il faut éviter de faire usage des poêles mobiles.

2° Le tirage d'un poêle à combustion lente doit être convenablement garanti par des tuyaux ou cheminées d'une section et d'une hauteur suffisantes, complètement étanches, ne présentant aucune fissure ou communication avec les appartements contigus et débouchant au-dessus des fenêtres voisines. Ces cheminées ou tuyaux seront munis d'appareils visibles, indiquant que le tirage s'effectue dans le sens normal.

3° Il est nécessaire de se tenir en garde, principalement dans le cas où le poêle en question est en petite marche, contre les perturbations atmosphériques qui pourraient venir paralyser le tirage et même déterminer un refoulement des gaz à l'intérieur de la pièce.

4° Tout poêle à combustion lente qui présente des bouches de chaleur devra être rejeté, car celles-ci suppriment l'utilité de la chambre de sûreté, constituée par le cylindre creux intérieur, compris entre les deux enveloppes de tôle ou de fonte, permettant au gaz oxyde de carbone de s'échapper dans l'appartement.

5° Les orifices de chargement d'un poêle à combustion lente doivent être clos d'une façon hermétique et il est nécessaire de ventiler largement le local, chaque fois qu'il vient d'être procédé à un chargement de combustible.

6° L'emploi de cet appareil de chauffage est dangereux dans les pièces où des personnes se tiennent d'une façon permanente et dont la ventilation n'est pas largement assurée par des orifices constamment et directement ouverts à l'air libre ; il doit être proscrit dans les crèches, les écoles, les lycées, etc., dans tous les établissements publics.

En dernier lieu, l'Académie croit de son devoir de signaler à l'attention des pouvoirs publics les dangers des poêles à combustion lente et des poêles mobiles en particulier, tant pour ceux qui en font usage que pour leurs voisins. Elle émet le vœu que l'administration supérieure veuille bien faire étudier les règles à prescrire pour y remédier.

Aïnhum. — M. le docteur *Legroux* présente un enfant de dix ans, atteint de lésions congénitales d'aïnhum siégeant à la cuisse droite, et au quatrième orteil gauche (sillons d'étranglement); à la main droite, amputation de l'index et du médium, dont il ne reste plus que la première phalange en syndactylie. Au pied gauche, amputation des phalangines du premier et du deuxième orteil, ce dernier croisant le gros orteil et le recouvrant en partie. La syndactylie est incomplète à la base où existe un canal capable de recevoir un mince stylet.

Électrolyse. — Lecture est faite par M. le docteur *Fort* d'un mémoire sur le traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'électrolyse linéaire, à l'aide d'un nouvel appareil. — (Renvoi à l'examen de MM. *A. Guérin* et *Cusco*.)

Constipation. — M. le docteur *Boisseau du Rocher* communique les résultats du traitement de la constipation d'après la méthode suivante : administration de citrate effervescent, galvanisation de l'intestin pendant la digestion intestinale et électrisation statique.

— L'ordre du jour de la séance du 23 avril est fixé ainsi qu'il suit: 1° discussion sur le tétanos (inscrits: MM. *Leblanc* et *Nocard*); 2° lectures : par M. le docteur *Chauvel*, sur quatre abcès de foie traités par incision directe; par M. le docteur *Suarez*, sur la suture de la cornée dans l'opération de la cataracte; par M. le docteur *Darier*, sur la psorospermose cutanée.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 12 AVRIL 1889. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

Du tremblement hystérique: M. Rendu. — De la syringo-myélie: M. Déjerine. — A propos de la tétanie dans la dilatation gastrique: M. Dreyfus-Brisac. — Douleurs dentaires d'origine centrale guéries par les miroirs rotatifs: M. Luys. — De l'embryocardie: M. H. Huchard. — Deux cas d'onomatomanie: M. Séglas.

M. *Rendu* serait tenté de faire quelques réserves au sujet du malade présenté dans la dernière séance par M. Luys comme atteint de paralysie agitante, presque entièrement guérie par l'action des miroirs rotatifs. Il existe, en effet, un certain nombre de cas dans lesquels un tremblement rangé tantôt dans la sclérose en plaques, tantôt dans la paralysie agitante, paraît devoir être rapporté à l'hystérie. Westphall a rapporté des faits analogues, il y a sept ou huit ans : tremblement pendant plusieurs années, s'exagérant pendant les mouvements, parole lente, scandée, troubles oculaires variés, et, en fin de compte, résultats nécroscopiques absolument négatifs. Westphall a admis l'existence, en pareil cas, d'une névrose, d'une sorte de pseudo-sclérose, copiant les allures de la sclérose en plaques. Un cas analogue, chez un syphilitique, a été publié dans *The Brain* il y a quelques années; enfin, M. Rendu en a observé deux autres exemples. Le premier a trait à un homme atteint d'un tremblement bizarre, puis d'une hémiplégie, à la suite d'un ictus, avec exagération des réflexes tendineux et troubles de la vue. L'hystérie mâle était alors peu connue et ne fut pas diagnostiquée, mais la guérison par le bromure de potassium et les douches prouve bien qu'elle était en cause. Actuellement, M. Rendu a dans son service un autre malade présentant un tremblement analogue à celui de la sclérose en plaques, il s'agit d'un hystérique manifeste, ayant été atteint, alors qu'il était aux compagnies de discipline, d'attaques apoplectiforme, de vertiges, d'hémianesthésie de la face et de tremblement. Dans d'autres cas, le tremblement des hystériques peut simuler non plus la sclérose en plaques, mais la paralysie agitante, comme chez un malade que Lasègue crut affecté d'une tumeur cérébrale et qui est un hystérique, ainsi que M. Rendu a pu s'en assurer depuis, ayant eu occasion de l'examiner à diverses reprises. Les douches ont amené la guérison. Il faut donc tenir compte des faits de cet ordre, de ce tremblement hystérique non encore décrit, surtout lorsqu'il s'agit de la guérison si surprenante de la paralysie agitante.

M. *Luys* est d'avis qu'on abuse un peu du diagnostic d'hystérie mâle. Quant à son malade, la réunion de tous les signes de la paralysie agitante accompagnant le tremblement ne pouvait laisser de doute sur l'exactitude du diagnostic.

— M. *Déjerine* répond aux objections qui lui ont été adressées dans la dernière séance par M. Joffroy à propos de la syringo-myélie. Il fait remarquer que les cas rapportés par M. Joffroy n'offrant pas la dissociation spéciale des divers modes de sensibilité, ne correspondent pas à la syringo-myélie telle qu'elle a été établie dans ces dernières années. Il s'agit de myélites cavitaires, d'atrophies musculaires plus ou moins anomales dans leurs allures, mais où *la sensibilité n'était pas altérée*. Ces faits ne sauraient rentrer dans le cadre de la syringo-myélie ; et celle-ci, caractérisée surtout par les perturbations sensitives, relève non d'une myélite chronique, mais bien d'un gliome central de la moelle.

M. *Joffroy* ne conteste pas l'importance des troubles spéciaux de la sensibilité, mais ils ne sont pas pathognomoniques; on peut, en effet, trouver les lésions anatomiques de la syringomyélie chez des sujets qui ont présenté une abolition complète de la sensibilité ou même qui n'ont eu aucun trouble sensitif.

— M. *Dreyfus-Brisac*, dans une lettre adressée au Président, rappelle qu'il a publié, en 1885, dans la *Gazette hebdomadaire*, une observation analogue à celle de M. de Beurmann relative à la tétanie au cours de la dilatation gastrique. Les fourmillements, crampes, secousses musculaires, ébauche de la crise de tétanie, sont très fréquents en pareil cas; mais leur pronostic est moins grave que ne le pense M. de Beurmann. Ils doivent attirer l'attention sur une ectasie gastrique restée méconnue.

— M. *Luys* rapporte l'observation d'un homme âgé de trente-cinq ans, qui présenta, à la suite d'une fièvre typhoïde grave, des douleurs violentes de névralgie dentaire, d'origine centrale, rebelles à tous les traitements, et accompagnées de troubles de la parole, d'inégalité pupillaire, de tremblement et d'affaiblissement musculaire faisant songer à un début de paralysie générale. Tous ces accidents ont disparu assez rapidement par l'emploi des miroirs rotatifs. Il n'a été tenté aucune suggestion. Ce malade paraît aujourd'hui complètement guéri.

— M. *Huchard* donne lecture d'un mémoire sur l'*embryocardie*. (Voy. p. 258.)

M. *E. Labbé* fait remarquer que le néologisme *embryocardie* peut paraître impropre pour désigner un rythme cardiaque analogue à celui du cœur fœtal; en effet, lorsqu'on perçoit les bruits du cœur dans la grossesse, il ne s'agit plus d'un embryon, mais d'un fœtus. Quant à la caféine, aux doses élevées préconisées par M. Huchard, ne pourrait-elle avoir des inconvénients chez les typhoïdiques, par exemple, en admettant qu'elle soit absorbée en totalité? D'autre part la lenteur d'action du médicament peut laisser en pareil cas quelques doutes sur son efficacité.

M. *Hallopeau* se demande si l'indication de l'ergot de seigle, médicament cardiaque, est bien manifeste, la diminution de pression artérielle paraissant corrélative de l'affaiblissement du cœur. Enfin les injections de caféine à haute dose ne menacent-elles pas les téguments d'accidents locaux plus ou moins sérieux?

M. *H. Huchard* répond que la caféine, pour agir, doit être employée aux doses élevées qu'il a indiquées et qui sont sans danger. Quant aux accidents locaux déterminés par les injections, ils sont ordinairement minimes et ne sauraient être mis en balance avec les heureux effets du médicament dans les cas graves. Enfin, l'ergot est un agent de la médication vasculaire, qui n'agit que secondairement sur le cœur; or, dans bien des cas de fièvre typhoïde, la parésie vasculaire est primitive et antérieure à l'affaiblissement cardiaque. Ce sont, d'ailleurs, deux phénomènes relativement indépendants.

— M. *Séglas* lit un mémoire sur *deux cas d'onomatomanie*. (*Sera publié.*)

— La séance est levée à cinq heures et quart.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 10 AVRIL 1889. — PRÉSIDENCE DE M. LE DENTU.

Rétrodéviations utérines : MM. Bouilly, Terrier. — Kystes hydatiques du foie : MM Quénu, Richelot, Tillaux, Monod, Delene, Bouilly, Reclus, Segond. — Descente artificielle des testicules : M. Tuffier (Rapporteur : M. Championnière).— Suture de la vessie : M. Pozzi.

M. *Bouilly* pense, comme M. Trélat, que toute *déviation utérine*, même mobile et indolente, est une menace; qu'il faut donc pratiquer le redressement aussi précoce que possible. Pour les déviations simples, l'opération d'Alexander est quelquefois indiquée; mais surtout on a trop médit des pessaires, bons lorsqu'ils sont bien choisis et appliqués avec soin. M. *Pozzi* est du même avis et a vu les douleurs gastriques cesser par le port d'un pessaire. M. *Terrier*, cependant, n'a vu que peu de cas où le pessaire fût indiqué. Pour l'influence du redressement sur les douleurs, il reste dans le doute, car la pathogénie de ces douleurs est encore inconnue.

— M. *Quénu* relate un succès de l'incision large, après résection partielle de la huitième et de la neuvième côte, pour un *kyste suppuré de la rate* ouvert dans les bronches.

M. *Richelot* communique trois résultats heureux de l'incision large pour les *kystes du foie* et considère que c'est la méthode de choix, quoique l'injection de liqueur de van Swieten donne des succès pour les kystes non suppurés et uniloculaires. Mais le diagnostic exact de la variété et de la simplicité est bien aléatoire. Aussi M. Richelot pense-t-il, comme en 1885, que l'incision franche reste la méthode de choix. Dans un des cas de M. Richelot, la poche ne contenait que des vésicules filles : aussi M. *Tillaux* regrette-t-il qu'on n'y ait pas recherché le frémissement hydatique. Dans un autre de ces faits, il y avait de la sonorité au-devant de la tumeur. Pawlik a donc tort, fait remarquer M. *Pozzi*, de considérer ce symptôme comme pathognomonique des tumeurs rénales.

M. *Delens* pense qu'on doit être réservé avant de porter un succès à l'actif de la ponction simple. Il relate un cas où la récidive eut lieu au bout de six ans. M. *Bouilly* a opéré ce malade quelque temps après et, par l'incision, l'a débarrassé d'une poche énorme, contenant un grand nombre de vésicules.

M. *Monod* cite trois opérations. Après l'une d'elles, une seconde poche s'est accrue et a fait périr le malade; une autre s'est terminée par une fistule au fond de laquelle, au bout de cinq mois, M. Monod vient d'extraire une petite masse calcaire. Le troisième opéré a guéri sans encombre.

M. *Marchand* a observé l'an dernier un homme chez qui, il y a quarante ans, Roux et Blandin avaient diagnostiqué un kyste du foie. En 1888, une poche a pointé vers l'épigastre et a été incisée. Issue de 2 litres de liquide colloïde; guérison en huit mois.

M. *Reclus* a opéré deux kystes suppurés. Dans l'un, préalablement traité comme pleurésie purulente, il a trouvé un tube de caoutchouc égaré. L'autre était intra-hépatique et la suture de la poche à la paroi a été très difficile. En pareil cas, la méthode de Volkmann semble être le procédé de choix.

M. *Segond* insiste sur la rareté du frémissement hydatique; sur la valeur diagnostique habituelle de la sonorité pré-rénale. Après l'incision large, il a observé deux fistules sur neuf cas. C'est cependant le meilleur traitement, et pour les kystes suppurés l'ouverture en un temps s'impose.

— M. *Lucas Championnière* qui, en 1887, a communiqué à la Société un fait de *descente artificielle des testicules*, suturés au fond des bourses, sur un enfant de sept ans, fait un rapport sur un travail de M. Tuffier relatif à cette opération. M. Tuffier fait descendre le testicule par des tractions et une sorte de massage du cordon, et il le fixe par quelques fils de catgut traversant l'albuginée. Il est vrai que ces manœuvres simples ne réussissent à provoquer la descente que si le testicule n'est retenu par aucune adhérence notable. Or, dans ces circonstances, la descente spontanée tardive n'est pas rare : il ne faut donc pas opérer les très jeunes enfants. On interviendra s'il existe une hernie, dont on fera suivre la cure radicale de cette descente artificielle.

— M. *Pozzi* fait connaître un cas de *taille hypogastrique* pour calcul, avec *suture complète de la vessie*. Le sujet était un vieillard de quatre-vingts ans et il a guéri. M. Pozzi a simplement établi un drainage pré-vésical et a fait faire le cathétérisme répété toutes les trois heures.

— M. *Th. Anger* présente un malade atteint d'*adénolymphocèle de l'aisselle*.

A. Broca.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE.

Du traitement des hémoptysies, par M. Seiz. — L'auteur remet en relief le traitement d'Hippocrate par la ligature des membres. Les veines superficielles étant comprimées pendant que les artères, plus profondes, conservent leur calibre, il en résulte dans les membres liés un afflux de sang considérable. De là une diminution de la quantité du sang dans la circulation générale, qui a pour résultat d'abaisser la pression dans le ventricule gauche, et de favoriser la formation de caillots dans les vaisseaux déchirés. A l'auscultation, on constate une diminution de l'intensité du deuxième ton pulmonaire, correspondant à un abaissement de la pression dans la petite circulation. Au bout d'une demi-heure on peut lever la ligature, sans risquer que les caillots formés soient entraînés. L'auteur donne à l'appui de son étude des tracés sphygmographiques et conseille de se servir de sangles en tissu de soie, à mailles lâches. (*Deutsches Archiv. für klin. Med.*, t. LXII, p. 6.)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur la syphilis vaccinale, par M. le professeur Alfred Fournier, recueillies par le docteur P. Portalier. — Paris, E. Lecrosnier et Babé, 1889.

Nous avons signalé déjà (p. 250) la conclusion principale de ce livre. La substitution du vaccin animal au vaccin jennérien est, suivant M. Fournier, le seul procédé infaillible de rendre inoffensives la vaccination et la revaccination. Au point de vue de la syphilis vaccinale cette conclusion est inattaquable et nous n'avons plus à citer les arguments développés en faveur de la vaccination animale. Ce que nous voudrions surtout faire ressortir, ce sont les considérations cliniques développées par le savant professeur pour faire voir comment on peut reconnaître la syphilis vaccinale et la distinguer des autres lésions qui viennent parfois compliquer la vaccination. M. Fournier indique, en effet, avec la précision et la clarté qui caractérisent son enseignement, l'évolution et les symptômes initiaux de la syphilis vaccinale. Il montre que si parfois l'inoculation du vaccin pris sur un sujet syphilitique reste inoffensive, le plus souvent cependant elle transmet la syphilis. Il insiste sur les cas dans lesquels la vaccine et la syphilis évoluent simultanément et prouve, par des exemples cliniques, que la syphilis vaccinale se comporte comme la syphilis vulgaire, c'est-à-dire qu'elle débute par un chancre, reconnaissable malgré l'évolution antérieure ou concomitante des lésions vaccinales, s'accompagnant d'induration, sèche, élastique, parcheminée; quelquefois d'ulcération suppurative, d'une durée souvent assez longue; d'adénopathie caractéristique (bubon, satellite fidèle du chancre syphilitique); d'accidents secondaires évoluant dans les périodes classiques de l'infection syphilitique.

Il faut lire le chapitre consacré à l'étude du diagnostic pour voir avec quelle sûreté clinique le professeur Fournier apprend à distinguer la syphilis vaccinale de la vaccine ulcéreuse, des éruptions secondaires de la vaccine et aussi de la syphilis qui se serait gagnée à la suite de l'inoculation vaccinale. Il n'est point nécessaire d'insister pour démontrer l'importance à tous les points de vue de ce diagnostic.

Ce que dit l'auteur des contagions syphilitiques pouvant provenir de la pratique même de la vaccination, c'est-à-dire de la transmission de la syphilis quand l'instrument non suffisamment nettoyé est porté d'un individu syphilitique à un sujet sain, prouve une fois de plus la nécessité d'un enseignement technique de la vaccination.

Des notes et pièces justificatives nombreuses donnent à ce livre une importance toute spéciale. On ne manquera pas surtout de retenir la première des observations citées, celle que l'on doit à M. Millard et qui prouve d'une manière si tristement convaincante les dangers que présente parfois la vaccination jennérienne. Un enseignement comme celui que nous donnent les leçons de M. le professeur Fournier est des plus profitables, et le livre qui les contient devra être consulté par tous ceux qui voudront, dans un cas de diagnostic difficile, retrouver une série de préceptes autorisés et indiscutables ou, dans les discussions qu'ils pourront avoir avec les fonctionnaires administratifs, démontrer l'utilité de l'institution de services de vaccine animale.

L. L.

VARIÉTÉS

Association des médecins de la Seine. — L'Association des médecins de la Seine, fondée par Orfila en 1833 pour venir en aide aux membres malheureux de la profession médicale, a tenu dimanche dernier sa cinquante-sixième assemblée annuelle, sous la présidence de M. Brouardel. Dans un excellent rapport, souvent applaudi, M. Henri Barth, secrétaire général adjoint, a donné lecture du compte rendu du dernier exercice. Les recettes de l'année ont atteint le chiffre de 59432 francs, dont 18407 fournis par les cotisations, 8435 par les dons et legs, et le reste par le revenu des fonds placés. Avec ces ressources, l'Association a secouru cinq sociétaires, cinquante-six veuves ou familles de sociétaires; enfin, vingt autres personnes appartenant au corps médical de Paris et du département. Les secours distribués se sont élevés à près de 43000 francs, dépassant de 25 pour 100 la moyenne des cinq dernières années. Une somme de 12196 francs a été portée au fonds de réserve. L'avoir total de l'Association dépasse actuellement un million; les sociétaires sont au nombre de plus de huit cents. A la fin de la séance ont eu lieu les élections du bureau; ont été élus: président, M. Brouardel; vice-présidents, MM. Blanche et Guyon; secrétaire général, M. Barth; secrétaire général honoraire, M. Orfila.

Ajoutons que M. Orfila, que l'état de sa santé oblige trop souvent à quitter Paris, a résisté aux instances de ses collègues et décliné définitivement les fonctions qu'il avait remplies si longtemps et avec un dévouement dont l'Association des médecins de la Seine gardera toujours un reconnaissant souvenir. En donnant sa démission, M. Orfila avait rendu un juste hommage aux services déjà rendus par M. Barth, qui le suppléait avec tant de distinction et de zèle. L'assemblée des membres de l'Association ne pouvait placer en meilleures mains l'administration d'une Société si bienfaisante et si utile.

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 26 avril 1889). — *Ordre du jour:* M. Huchard: Sur un cas d'emphysème sous-cutané dans le cours d'une pneumonie chez un enfant. — M. A. Gombault: Un cas de maladie de Morvan: Examen anatomique. — M. Ballet: Sur quelques troubles réflexes d'origine gastro-intestinale.

Mortalité a Paris (14e semaine, du 31 mars au 6 avril 1889. — Population: 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 7. — Variole, 3. — Rougeole, 52. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 14. — Diphthérie, croup, 38. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 203. — Autres tuberculoses, 21. — Tumeurs: cancéreuses, 48; autres, 7. — Méningite, 36. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 46. — Paralysie, 11. — Ramollissement cérébral, 9. — Maladies organiques du cœur, 53. — Bronchite aiguë, 39. — Bronchite chronique, 40. — Broncho-pneumonie, 17. — Pneumonie, 65. — Gastro-entérite: sein, 10; biberon, 39. — Autres diarrhées, 3. — Fièvre et péritonite puerpérales, 6. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 15. — Sénilité, 25. — Suicides, 9. — Autres morts violentes, 4. — Autres causes de mort, 182. — Causes inconnues, 15. — Total: 1021.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traité complet d'ophthalmologie, par MM. les docteurs L. de Wecker et E. Landolt. Anatomie microscopique, par MM. les professeurs A. Iwanoff, G. Schwalbe et W. Waldeyer. Cet ouvrage remplace la 3e édition du *Traité de Wecker* (prix Châteauvillard), t. IV, 3e fascicule (complétant l'ouvrage); *Maladies de l'orbite et des voies lacrymales*, par M. L. de Wecker. 1 vol in-8° avec 41 figures intercalées dans le texte (gratis pour les souscripteurs). Prix du tome IV. 1 vol. in-8° avec 240 figures dans le texte. 20 fr.
Prix de l'ouvrage complet, 4 forts volumes in-8° raisin avec 886 figures intercalées dans le texte et 2 planches. Paris, E. Lecrosnier et Babé. 80 fr.

Maladies des poumons et du système vasculaire, t. V des œuvres complètes, par M. J.-Charcot. 1 beau vol. in-8° de 640 pages et 2 planches en chromo-lithographie. Paris, bureaux du *Progrès médical*. 15 fr.

Nouveau traitement de l'épilepsie, sa guérison possible, par M. le docteur Émile Goubert. 1 vol. in-8°. Paris, E. Lecrosnier et Babé. 0 fr. 75

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie, compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1887, par M. Bourneville, médecin de Bicêtre; par MM. Sollier, Pilliet, Raoult, internes du service, et Bricon, conservateur du Musée. 1 beau vol. in-8° de LX-264 pages avec 27 figures dans le texte. Paris bureaux du *Progrès médical*. 5 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

18891. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 24 avril 1889.

Académie de médecine : **Le tétanos.**

Pendant que la discussion sur le tétanos se continue devant l'Académie de médecine, à l'étranger, et particulièrement en Italie, de nouvelles expériences viennent confirmer les conclusions qui peuvent aujourd'hui être déduites des considérations développées par MM. Verneuil, Leblanc et Nocard. C'est ainsi que M. Tizzoni (de Bologne) a retrouvé, isolé et cultivé les microbes du tétanos, aussi bien celui de Nicolaier et Rosenbach que d'autres analogues. Mais, et c'est là le point essentiel de ses observations, *le* ou *les* microbes ainsi isolés ne se rencontrent jamais ni dans le sang, ni dans le système nerveux, ni dans la rate. On ne les recueille que dans le liquide qui provient directement de la blessure du tétanique; c'est là qu'il paraît se localiser, se multiplier et sécréter les ptomaïnes qui infectent l'organisme. Toutefois l'inoculation de ces microbes est toujours féconde; toujours elle donne naissance au tétanos. Ces faits rapprochés de ceux qu'ont cités MM. Verneuil et Nocard prouvent donc l'existence de microbes tétanigènes et par conséquent la nature infectieuse du tétanos. M. Sampiari va même jusqu'à soutenir que le tétanos spontané et le tétanos chirurgical ont chacun leur microbe pathogène.

M. Leblanc qui, dans le discours si autorisé qu'il vient de prononcer devant l'Académie, s'est placé au point de vue pratique, reconnaît lui aussi la nature infectieuse *limitée* du tétanos et même son origine tellurique, puisqu'il admet l'influence de l'inoculation de tissus altérés ou de la terre appartenant à des régions infectées. Mais M. Leblanc affirme énergiquement l'influence des prédispositions individuelles et des conditions climatériques ou hygiéniques dans lesquelles se sont trouvés les animaux atteints. La prédisposition, dit M. Leblanc, joue le rôle principal dans la genèse du tétanos. Et, dans sa réponse à M. Verneuil, le savant académicien discute les observations apportées à l'appui de la doctrine de la contagion et explique les faits par la seule influence des conditions hygiéniques ou climatériques. Là où M. Verneuil incrimine un contact direct ou indirect avec le cheval, M. Leblanc ne relève que des écuries ou étables sales et mal closes, un temps froid et humide, la pluie, le vent ou la neige fondue pouvant avoir une influence néfaste sur des animaux blessés, opérés ou simplement fatigués. En un mot le froid et l'humidité, les émotions violentes et même la fatigue seraient, d'après M. Leblanc, les seules causes habituelles du tétanos.

De son côté, M. Nocard hésite aussi à se rallier à la doctrine de l'origine équine du tétanos. Il fait remarquer que l'inoculation d'un produit quelconque, prélevé sur un cheval sain, n'a jamais donné le tétanos et que, par conséquent, il n'est nullement prouvé que le contact avec les chevaux non tétaniques puisse transmettre la maladie. L'action tétanigène de la terre cultivée, tel est le seul fait solidement établi. Pourquoi ne point s'y tenir? Pourquoi surtout vouloir que cette action soit due au fumier du cheval plutôt qu'à celui du bœuf ou du mouton?

De ces deux argumentations, qui s'appuient tout à la fois sur une longue expérience clinique en médecine vétérinaire et sur une connaissance approfondie de toutes les recherches microbiennes et de toutes les expériences faites ou à faire en vue de rechercher l'origine du tétanos, il convient donc de retenir que si l'origine équine n'est pas démontrée, l'origine infectieuse est admise. Bien plus, il reste acquis à la science que le microbe qui produit le tétanos se rencontre dans la terre cultivée et, inoculé à une plaie, se localise et se reproduit dans le voisinage de celle-ci, n'infectant l'organisme que par l'intermédiaire des ptomaïnes qu'il sécrète. L'influence indéniable des prédispositions individuelles et des conditions hygiéniques et climatériques, si bien mise en relief par M. Leblanc, semble démontrer que le microbe tétanigène n'a pas, comme tant d'autres, la facilité de pénétration et de germination qui transmet si rapidement et si fatalement certaines maladies contagieuses. C'est un microbe somnolent et sédentaire qui a besoin, pour se développer et sécréter son virus, de conditions toutes spéciales et qui, heureusement pour nous, paraissent se rencontrer de plus en plus rarement chez l'homme. N'est-ce point aux progrès de l'antisepsie qu'on le doit?

THÉRAPEUTIQUE

Les médications de la coqueluche au commencement de l'année 1889.

On éprouve toujours, il faut l'avouer, une légitime hésitation pour formuler un traitement de la coqueluche. La maladie est vulgaire; son histoire, comme M. Cadet de Gassicourt l'a si bien dit, « a suscité de nombreux travaux »; sa thérapeutique possède en principe, sinon en fait, de multiples ressources; et cependant, ici comme ailleurs, le proverbe paraît bien vrai : l'excès de richesse est un embarras.

En effet, les médicaments nouveaux ne manquent pas; des spécifiques ont été récemment préconisés.

On les recommande un jour; on les abandonne le lendemain; leurs insuccès compensent leurs succès, de sorte qu'après avoir épuisé leur liste toujours inachevée, le praticien prudent hésite, cela se comprend; tous nous hésitons plus ou moins. Dans notre incertitude du succès, ne nous demandons-nous pas ce que l'on doit faire et ce que l'on doit ne pas faire pour combattre la coqueluche.

Interviendra-t-on activement? Faut-il plutôt s'abstenir? En un mot, quelle valeur attriber aux ressources thérapeutiques les plus récentes et les moins infidèles contre une affection dont les manifestations sont si connues et la ténacité si désolante?

I

On a dit, et quelques-uns disent encore: « Attendez, abstenez-vous, abandonnez la coqueluche à elle-même; c'est une maladie qu'on ne peut guérir ». Puis, en manière d'excuse, on invoque, ou plutôt on interprète le témoignage de Joseph Franck, condamnant les médications intempestives, mais non pas, cependant comme on l'a dit à tort, toute intervention thérapeutique.

Inutile de s'arrêter à cette conduite. L'inaction systématique est la méthode du désespoir. Le thérapeutiste qui se condamne à l'observer, ne remplit pas tout son devoir en présence d'une affection qui — les statistiques si précises de M. Bertillon le prouvent — tue hebdomadairement dix à douze enfants à Paris, dont la mortalité annuelle, d'après les évaluations récentes de M. Uffelmann, dépasse 10 000 décès en Angleterre et 12 000 en Allemagne et dont la morbidité s'élèverait, durant le même espace de temps, à 240 000 cas dans ce dernier pays.

Intervenir: tel est donc l'avis de la majorité des observateurs contemporains. N'est-ce pas aussi l'avis des malades ou plutôt de leur entourage? D'ailleurs, nous ne sommes pas absolument désarmés contre cette maladie. J'en appelle donc à nouveau à l'autorité de M. Cadet de Gassicourt pour remarquer qu'en l'absence d'un traitement propre à suspendre le cours de l'affection, il existe cependant une série de moyens permettant de soulager le malade, de prévenir les complications et de mettre obstacle à la propagation de la coqueluche. C'est déjà beaucoup, ce semble.

Dans ces deux dernières années, l'abstention n'a pas trouvé d'avocats. On semble donc s'entendre sur ce point: il faut intervenir. Comment, à l'heure actuelle, essaye-t-on de le faire?

Les formules d'une médication rationnelle de la coqueluche ne font pas défaut. L'espace manque pour les rappeler toutes. Je m'arrête aux suivantes:

Les classiques nous apprennent — c'est bien entendu, depuis Trousseau — que la coqueluche est un catarrhe spécifique avec névrose. L'éminent clinicien disait: catarrhe pulmonaire; d'autres ont dit: catarrhe laryngien; d'autres, plus récemment, ont mis en cause la pituitaire.

Localisation de la maladie dans les bronches, le larynx ou les fosses nasales? Soit. Théorie bronchique, laryngée ou nasale? Qu'importe : le traitement rationnel de la coqueluche doit répondre à deux indications: d'une part, être *anticatarrhale* et *antispasmodique;* c'est l'indication symptomatique; d'autre part, être *antiparasitaire* et *antiseptique;* c'est l'indication pathogénique, puisque — chacun l'admet plus ou moins — les accidents ont pour origine un agent microbique.

Les derniers essais des thérapeutistes ont eu pour objectif de remplir l'une ou bien l'autre de ces indications. Ce sont de louables efforts; mais ce sont, à coup sûr, des efforts incomplets, puisque — il y aurait naïveté de s'attarder à le démontrer — la meilleure médication de la coqueluche serait celle qui satisferait à toutes deux. Entrons plus avant dans l'examen critique de ces médications.

II

Dans un mémoire très intéressant, publié, le 24 mars 1888, par la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, M. d'Heilly a insisté une fois de plus sur l'obligation du praticien de ne pas omettre au profit des médications systématiques l'indication classique de lutter contre l'élément catarrhal.

Ce catarrhe trachéo-bronchique initial avec son expectoration précoce, sa toux éclatante et violente, et malgré l'absence des reprises qui, plus tard, la caractériseront, n'a pas encore cessé de motiver l'emploi des vomitifs. Ceux-ci, ajoute M. d'Heilly, sont de notion vulgaire. Leur réputation, ajouterons-nous aussi, n'est plus à faire; l'administration de l'ipécacuanha conserve donc tous ses avantages. Bref, il faut l'administrer dès le début, et plus tard encore, dans le cours de la maladie, selon le précepte formulé par M. Cadet de Gassicourt, y revenir à des intervalles irréguliers, « chaque fois que l'apparition des symptômes de catarrhe en fera reconnaître l'utilité ».

Assurément cette pratique n'est pas nouvelle, et aujourd'hui encore, comme au temps où Pierre Franck écrivait, on n'a pas cessé de compter avec les médecins d'autrefois, Huxham, Armstrong, Fothergill, Girtanner, Lettsom, Undervood, sur le vomissement pour provoquer une secousse qui débarrasse le poumon.

Cette action *mécanique* du vomitif est temporaire et intermittente. Pour obtenir un effet plus durable, on doit, comme toujours, s'adresser aux *modifications de la sécrétion bronchique et aux expectorants.*

A cet effet, M. Netter (de Nancy) avait, dans ces derniers temps, conseillé l'oxymel scillitique. Quotidiennement il administrait, dans l'espace d'une heure, quatre ou cinq cuillerées à café de cette préparation aux coquelucheux âgés d'un à deux ans; six à sept cuillerées à ceux de trois ans, et huit à dix cuillerées aux adultes. Le lendemain, répétition des mêmes doses à la même heure. Il obtenait ainsi, annonçait-il, la diminution du nombre des quintes et l'abréviation de la durée de la maladie.

Ces résultats étaient encourageants et, pour les contrôler, M. d'Heilly a scrupuleusement observé la méthode dans tous ses détails. « Chez un malade, écrit-il, coquelucheux

ancien d'ailleurs, les quintes devinrent plus rares, mais ce fut un succès sans lendemain. »

Que de fois, d'ailleurs, n'en a-t-on pas obtenu de semblables, au déclin de la maladie et avec les agents médicamenteux les plus divers?

L'emploi de la grindelia robusta a-t-il été plus heureux? La résine de ce végétal de la famille des composées possède la réputation de calmer les accès d'asthme et d'agir sur la muqueuse dans les bronchites. C'était motif pour l'essayer dans la coqueluche. M. Bilhaut l'a donc prescrit dans dix cas de coqueluche, et dix fois, paraît-il, il eut à s'en louer. Heureuse fortune thérapeutique, un peu caduque cependant, si l'on en juge par les débats de la Société de thérapeutique du mois de mars 1887, le témoignage de M. Moutard-Martin et les essais de M. Cadet de Gassicourt, qui, en toute franchise, considère ce médicament comme doué d'une faible action.

Cette appréciation est judicieuse. On le voit, il n'y a pas dans la thérapeutique anticatarrhale de la coqueluche de récentes conquêtes à enregistrer, et les vomitifs classiques administrés conservent toujours le rang qu'ils ont acquis depuis longtemps.

III

C'est d'un autre côté que la majorité des observateurs orientent leurs travaux. Ils recherchent, en effet, des médicaments antispasmodiques dans la famille des nervins et des anesthésiques. Ici, du moins, leurs efforts ne semblent ni aussi téméraires, ni aussi infructueux.

Néanmoins la belladone n'a pas perdu la réputation et les vertus que Hufeland, Raisin, Miquel, de Neuerhauss, Perroton, et, après eux, Trousseau et Steiner lui attribuaient volontiers. Certes on discute moins qu'autrefois sur son mode d'administration et sa posologie. La méthode des doses massives a perdu du terrain. Au lieu de prescrire l'extrait de belladone le matin à jeun et en une seule fois par prise quotidienne de 5 milligrammes aux enfants âgés de moins de quatre ans ou de 1 centigramme à ceux de quatre ans et au-dessus, ou bien le sulfate neutre d'atropine à raison d'un quart de milligramme par jour, on redoute plus l'intolérance, c'est-à-dire l'empoisonnement.

On préfère, avec MM. Cadet de Gassicourt, d'Heilly, Descroizilles et la plupart des médecins d'enfants, les doses croissantes et fractionnées, consistant à faire ingérer, matin et soir, une demi-cuillerée à café de sirop de belladone aux enfants de quatre ans; une cuillerée à café à ceux de six à sept ans, ou bien, mais plus exceptionnellement, le sulfate neutre d'atropine en solution et à raison de 1/4 à 1 milligramme par jour, en divisant cette dose — cela est bien entendu — en deux ou trois prises espacées.

Nonobstant ses effets et ces recommandations, la belladone n'est pas un sédatif suffisamment puissant au gré de tous les observateurs. Ils ont donc pensé au haschich, associé les propriétés hypnotiques de celui-ci aux vertus sédatives de celle-là, et préparé une solution contenant 2 grammes d'extrait de cannabis indica, 1 gramme d'extrait de belladone, véhiculés dans 10 grammes d'alcool et 10 grammes de glycérine.

Le Norwégien Wetlesen, qui a donné une formule de cette préparation, la fait ingérer à raison de 5 gouttes par jour aux coquelucheux d'un an; de 6 gouttes à ceux de deux ans; de 8 à 10 gouttes à ceux de deux à cinq ans; de 10 à 12 gouttes à ceux de cinq à huit ans, et de 12 à 15 gouttes entre huit et douze ans. De plus, il en justifie l'efficacité en produisant une statistique de 80 guérisons sur 100 cas soumis à cette médication. Au Congrès des naturalistes allemands, M. Vogel conseillait de mettre ce remède à l'essai. En effet, un essai sérieux et sévère ne serait pas inutile pour déterminer la part de succès revenant à la belladone dans une médication où l'on ne s'explique guère l'action thérapeutique du haschich, après en avoir étudié les propriétés physiologiques (1) et surtout hypnotiques.

Un autre hypnotique, dont l'emploi contre la coqueluche date de plus loin, le chloral, conserve ses partisans, témoin M. Solles, qui, à la page 86 du *Journal de médecine de Bordeaux* de l'année 1887, en signalait, lui aussi, les heureux effets chez un enfant de vingt-trois mois, à la dose de 25 centigrammes en sirop, et chez un autre de trois ans, à la dose de 40 centigrammes en lavement. Il est vrai que le chloral était associé à l'acide phénique, de sorte que cette médication était, en principe du moins, à la fois sédative du réflexe trachéo-bronchique et antiseptique.

Le chloral, le chloroforme, les bromures, la morphine, la narcéine, les opiacés, conservent leur réputation classique, et, en 1889, continuent toujours à vivre sur elle.

Voici la cocaïne et l'antipyrine. On les a recommandées, la première surtout en Angleterre et la seconde en Allemagne: ce sont des médicaments à l'ordre du jour.

Quelle est la valeur du chlorhydrate de cocaïne contre la coqueluche? Il diminue les quintes de toux et les vomissements. MM. d'Heilly, Labric et Barbillon, en France, Forster et d'autres, en Angleterre, ont été satisfaits de son emploi, tout en recommandant d'en faire usage par des méthodes différentes.

Ici, en effet, on préfère les applications directes d'un topique cocaïné sur la paroi pharyngée, ou mieux, selon la recommandation judicieuse de M. Gouguenheim, sur l'orifice du larynx avec un pinceau rude, par une sorte de brossage.

Là-bas, de l'autre côté de la Manche, on adopte plus volontiers les inhalations de spray cocaïné, exclusivement employées ou alternées avec celles du spray antiseptique, phéniqué, salicylé, résorciné.

Ce dernier a M. Forster pour défenseur (*The med. Chronicle*, septembre 1887). Toutes les deux ou trois heures il en alterne l'usage avec celui du spray cocaïné. Celui-ci, solution aqueuse de cocaïne à 2 ou 3 pour 100, est un spray anesthésique; le second, solution résorcinée, titrée à un deux-millième, est un spray parasiticide. M. Forster a enregistré vingt succès sur vingt cas: quel triomphe thérapeutique? Auquel de ces deux médicaments faut-il attribuer ces glorieux succès? M. Forster a omis de le dire: c'est regrettable. Il est vrai qu'il omet aussi de noter les dangers du spray cocaïné. M. Vogel et les thérapeutistes allemands les redoutent: c'est une crainte salutaire.

La cocaïnisation des coquelucheux par la voie stomacale offrirait-elle quelques avantages? M. Wintraub le croit, prescrit des potions à la cocaïne et enregistre — cela va sans dire — des succès. Notons-les pour mémoire et renonçons à les expliquer.

L'antipyrine est, en ce moment, en grande faveur à titre de sédatif. Les témoignages de nombreux observateurs lui sont favorables, à preuve ceux de M. Genser (à la Société des médecins de Vienne, le 7 avril 1888), d'un distingué confrère d'Orléans, M. Geffrier (à la page 492 de la *Revue générale*

(1) Ch. Éloy, art. Haschich (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*).

de clinique et de thérapeutique de 1888), de M. Guaita (*Riforma medica*, 1887), de M. Sonnenberg (*Therap. Monat.*, 1888, n° 8), de M. Griffits (*Therapeutic Gazette*, 1888), et d'autres encore, parmi lesquels la communication qu'un clinicien justement estimé, M. Rifaat, adressait, en avril 1888, à la Société de médecine de Salonique, et une note de M. Dubousquet-Laborderie dans le *Bulletin de thérapeutique* du 15 mars de la même année.

Dressons la statistique de ces observations. M. Genser a fait ingérer l'antipyrine à 120 coquelucheux; M. Sonnenberg à 80; M. Guaita à 10, et M. Geffrier à 5: c'est un total de 215 cas, dans lesquels un bénéfice thérapeutique a été réalisé. Ce sont des chiffres bruts. En les discutant, on voit que la médication est d'autant plus efficace qu'on l'instaure plus tôt.

Est-elle instituée dès l'apparition des premières quintes? L'amélioration se produit au bout de trois à cinq jours et la guérison entre le vingt ou vingt-cinquième jour. Un enfant, traité par M. le docteur Geffrier, ingère le médicament le 17 mai; il était atteint de dix-neuf quintes par jour; le 21, le nombre de ces dernières descend à neuf; le 27, c'est-à-dire dix jours après le début du traitement, l'amélioration était définitive.

L'instauration du traitement est-elle plus tardive? Prescrit-on l'antipyrine après l'établissement de la période des quintes? Sans doute le nombre des attaques diminue encore; l'expectoration même, d'après M. Sonnenberg, devient plus facile, et l'efficacité du remède l'emporte encore sur celle de la cocaïne, de la quinine et de l'acide phénique. Cependant l'action du médicament est moins nette et l'abréviation de la maladie moins rapide.

C'est donc dès les symptômes prémonitoires qu'il convient d'instituer la médication. Les observations cliniques ne laissent point de doute à cet égard; par contre ce serait un abus d'interprétation de proclamer, comme on l'a fait trop gratuitement, la souveraineté thérapeutique de ce médicament à cette période de la maladie, et la possibilité par son emploi « de juguler la coqueluche ou de la transformer en un catarrhe simple ».

Quelles sont les règles pour administrer ce remède aux coquelucheux? Éviter les doses trop élevées, les troubles digestifs, toute atteinte à la nutrition générale, et, nonobstant la tolérance bien connue des enfants pour l'antipyrine, surveiller et prévenir toute menace d'intoxication. C'est pourquoi la posologie consiste à prescrire chaque jour, en la divisant en trois prises, une dose d'antipyrine d'autant de décigrammes que l'enfant a d'années (Genser) et d'autant de centigrammes qu'il a de mois (Sonnenberg), de faire ingérer chaque prise après l'un des repas et de continuer la médication sans modifier les doses, malgré l'atténuation des quintes, et même d'y persister pendant deux semaines après leur disparition.

Parmi les médicaments nervins, l'antipyrine est la dernière en date dans le traitement de la coqueluche: elle fait donc, en ce moment, merveille; mais, tout en tenant compte de ses victoires, on ne peut oublier que d'autres remèdes ont eu, eux aussi, une renommée aussi retentissante et non moins éphémère. En thérapeutique, comme ailleurs, il n'y a pas de triomphe sans lendemain.

IV

Lutter contre le spasme et diminuer le catarrhe est bien. Ne serait-il pas plus légitime encore de combattre l'agent virulent d'où vient la maladie? La réponse serait assurément fort aisée si les travaux sur l'origine microbienne de la coqueluche avaient pour conclusion pratique la découverte d'un agent franchement parasiticide et nettement spécifique contre le « subtil » *bacillus tuosis convulsivæ*.

Voici, pour parler seulement des plus récentes recherches, celles dont M. Afanassieff a fait connaître les détails dans les n°s 33 à 38 du *Vratch* de 1888. Elles établissent exactement la morphologie de ce bacille, les procédés pour le récolter, le cultiver et l'ensemencer, son inoculabilité aux animaux et même la production expérimentale de broncho-pneumonies; tous faits importants pour la pathogénie de la coqueluche et de ses complications. Malheureusement, elles ne donnent pas de notions sur la résistance de ce microbe aux agents nécrophytiques et sur les moyens d'entraver sa pullulation. Malgré cette lacune dans l'histoire de la coqueluche, les cliniciens avisés s'efforcent de plus en plus de réaliser, les uns l'*antisepsie locale* sur les muqueuses laryngée ou nasale, les autres moins nombreux, l'*antisepsie générale*.

Il y a quelques mois, à cette même place (1), j'ai donné l'énumération critique des procédés employés pour réaliser cet objectif. Inutile d'y insister, sinon pour constater que les inhalations d'acide sulfureux, les pulvérisations térébenthinées, les vapeurs de thymol, le spray phéniqué, résorciné, ou salicylé, les attouchements laryngés avec la résorcine au centième, préconisés par M. Moncorvo ou avec la teinture d'iode, que M. Labbé recommandait à nouveau devant la *Société de thérapeutique* en 1887, conservent toujours leurs partisans.

Cependant, comme on l'a vu, le 4 mars 1888, à la *Société de médecine de Bordeaux*, le débat n'est pas encore clos. Tandis que M. Davezac signalait la guérison des coquelucheux en quinze jours par des pulvérisations d'eau phéniquée au cinq centième et que MM. Mauriac et Verdalle concluaient à l'efficacité de ce traitement; d'autres cliniciens, d'égal mérite, comme M. de Saint-Philippe, objectaient que l'on a vu la coqueluche guérir par les simples inhalations de la vapeur d'eau.

Faut-il s'attarder aux insufflations nasales de poudres médicamenteuses, antiseptiques et peut-être parasiticides contre le bacille de la coqueluche? Leurs formules varient; le principe est le même. Il consiste à frapper l'agent pathogène dans son foyer nasal avec Michael (de Hambourg) par un mélange à parties égales de quinine et de benjoin; avec Bachem, par le chlorhydrate de quinine, additionné d'un tiers de poudre de gomme arabique; avec M. Guerder, par l'association des poudres de café et d'acide borique, et surtout par les mélanges plus antiseptiques encore, recommandés par M. Moizard et M. Cartaz, c'est-à-dire, ici par un mélange d'une partie de sulfate de quinine avec 5 parties de benjoin et 5 parties de salicylate de bismuth, que M. Berriat (*Thèse de Bordeaux*, 1888) remplace volontiers par le salicylate de soude, et là, par une poudre composée d'un tiers de benjoin et de deux tiers de sous-nitrate de bismuth.

Il importe au succès de cette médication de répéter les insufflations plusieurs fois dans les vingt-quatre heures. Sur ce point de technique, tous les observateurs sont d'accord; mais où ils s'accordent moins, c'est dans l'appréciation des

(1) Ch. Éloy, *De l'antisepsie dans la coqueluche* (*Gazette hebdomadaire*, 1888).

résultats. Michael annonçait 75 cas de guérison sur 100 de son côté, M. Moizard a obtenu des résultats décisifs.

Il n'en est pas toujours ainsi. J'ai essayé les insufflations nasales dans le cours de plusieurs cas de coqueluche, de gravité moyenne, et j'ai constaté, comme M. d'Heilly, comme M. Berriat, et comme d'autres, qu'à côté d'améliorations rapides, il fallait enregistrer des insuccès relatifs et des cas où les quintes diminuaient d'intensité sans que la durée de la maladie fût abrégée.

En résumé, malgré les insuccès, il y a lieu d'essayer ces méthodes d'antisepsie, et, suivant les circonstances, d'adopter l'une ou l'autre : badigeonnages, inhalations et insufflations parasiticides.

Mais, dit-on, c'est là de l'éclectisme thérapeutique ? Oui, sans doute, et cet éclectisme a pour cause l'incertitude même de nos connaissances sur l'habitat préféré du bacille de la coqueluche.

L'antisepsie du milieu antérieur pourrait, elle aussi, provoquer les mêmes objections. Il est vrai que son emploi est moins général, bien qu'en principe fort nettement indiqué. Au reste, même diversité d'opinions dans le choix des médicaments.

M. Schliep administre quotidiennement aux coquelucheux 4 grammes d'essence de térébenthine ; d'autres s'en tiennent au sirop phéniqué ; d'autres adoptent la benzine. M. Vogel préfère le calomel, qu'il donne pendant tout le cours de la maladie à raison de 5 à 10 centigrammes par jour. C'est, dit-il, « le désinfectant par excellence » et son emploi, ainsi continué, réalise, pourrait-il ajouter, une sorte de mercurialisation méthodique de l'organisme des coquelucheux.

Enfin, en 1889, comme auparavant, la médication quinique reste pour M. Binz, ses élèves et ses émules, le premier et le dernier moyen de la thérapeutique. Inutile de rappeler les avantages du tannate de quinine ; administration facile et dose quotidienne d'autant de décigrammes que l'enfant a d'années. Inutile encore de rappeler qu'avant de revenir d'Allemagne, cette médication était adoptée par les médecins français, qui, il y a trente ans, conseillaient déjà le sulfate de quinine par doses également réfractées de 3, 4 ou 5 centigrammes toutes les quatre heures et suivant l'âge des petits malades. Inutile enfin de dire que le tanin à l'intérieur avait été prescrit par Durr en 1845 et que ses vertus contre la coqueluche n'avaient pas échappé à Geigel (de Wurzbourg) dès 1850 ?

Il faut plutôt noter qu'à l'heure actuelle les avocats de cette médication déjà ancienne n'ont pu encore s'entendre. En 1887, un débat de la Société de médecine de Salonique a donné la mesure de ce désaccord : les uns attribuant, avec M. Miraschi, l'action de la quinine à ses vertus antiseptiques ; les autres invoquant plutôt ses propriétés nervines.

Même désaccord, d'ailleurs, relativement à l'antipyrine. Sans naïveté, je pense, on conviendra donc que le meilleur traitement antiseptique de la coqueluche est encore à trouver.

Restent les moyens hygiéniques : hygiène préventive par l'isolement et la désinfection ; hygiène curative par le régime et l'aération. A leur sujet, on s'entend mieux, il y aura lieu d'y revenir quelque jour.

En fait, il est temps de conclure et de résumer la conduite à tenir, à l'heure actuelle, pour combattre un cas de coqueluche ?

Pour répondre à l'*indication pathogénique*, telle que la bactériologie autorise à la formuler, le traitement de la coqueluche devrait être franchement antiseptique et décidément microbide. En principe, tout le monde l'admet ; en pratique, il en est autrement.

Par contre, l'arsenal thérapeutique renferme des ressources plus nombreuses pour satisfaire à l'*indication symptomatique*. C'est elle que classiquement on continue d'observer. Il faut donc, suivant les phases et l'intensité de la maladie, en appeler toujours aux vomitifs, aux anticatarrhaux et aux sédatifs anciens ou modernes. C'est pourquoi, en plaçant la médication symptomatique qui est de nécessité, avant la médication pathogénique qui est de choix, je n'ai pas entendu mettre la charrue devant les bœufs, mais prouver, une fois de plus, qu'en ce moment, le meilleur des traitements de la coqueluche ne peut être et n'est qu'un traitement de transition.

Ch. Éloy.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Du traitement du croup par l'essence de térébenthine.

On emploie depuis plusieurs années les propriétés antiparasitaires et antiseptiques des inhalations de cette substance contre le croup. En Allemagne, en ce moment, on prescrit volontiers la térébenthine à l'intérieur. M. Lewentaner a récemment obtenu des succès par la méthode suivante.

Elle consiste à donner l'essence de térébenthine à l'intérieur comme *antiseptique général*, et à l'extérieur comme *antiseptique local* :

1° A l'*intérieur*, faire ingérer à l'enfant une cuillerée à bouche d'essence de térébenthine chaque jour :

Dès qu'une amélioration, par l'expectoration de fausses membranes, est obtenue, continuer le traitement par l'administration, toutes les deux heures, d'une cuillerée à café de l'émulsion suivante, dont la formule a été publiée dans le n° 8 du *Centralblatt f. klin. Medicin* de cette année :

Essence de térébenthine......	8 grammes.
Huile d'amandes douces......	10 —
Mucilage de gomme arabique.	100 —
Sirop simple................	50 —
Jaune d'œuf.................	N° 1.
Eau de cannelle.............	80 grammes.

2° A l'*extérieur*, on applique *autour du cou* des compresses d'eau glacée et dans la chambre on vaporise, en permanence, sur un fourneau, le mélange suivant, qui offre plus d'une analogie avec celui que M. Huchard et M. Renou recommandaient récemment :

Essence de térébenthine... }	
Teinture d'Eucalyptus..... }	āā 5 grammes.
Acide phénique.......... }	
Alcool....................	300 grammes.

F. s. a. pour mélanger à 1 litre d'eau.

Quelques formules contre la dyspepsie des enfants.

La dyspepsie des enfants est parfois la manifestation précoce d'un état névropathique. M. Jules Simon la consi-

dère comme fréquente chez les petites filles de six à huit ans. Son traitement doit être à la fois *tonique, sédatif* et *eupeptique.*

1° Comme *tonique,* insister sur le traitement général: hydrothérapie, régime diététique.

2° Comme *sédatif,* administrer, avant chaque repas, et dans un quart de verre d'eau, 3 à 5 gouttes d'une mixture ainsi préparée :

Teinture de belladone.....	ãã 10 grammes.
Elixir parégorique........	

Après le repas, M. J. Simon prescrit encore un paquet composé de :

Codéine..............	0gr,002 à 0gr,005 milligr.
Magnésie.....................	ãã 0gr,10 centigr.
Poudre d'yeux d'écrevisses......	
Rhubarbe	0gr,05
Noix vomique..................	0gr,01

3° Comme *eupeptique,* on recommande l'administration avant le repas, dans quelques grandes cuillerées d'eau, aux enfants de sept ans, d'une cuillerée à café de la teinture composée suivante :

Teinture de cascarille............	5	grammes.
Teinture de rhubarbe............	10	—
Teinture d'écorce d'oranges amères.	20	—
Teinture de gentiane.............	20	—
Teinture de noix vomique.........	5	—

Cette médication a pour effet de combattre l'atonie des voies digestives et de stimuler l'appétit.

Ch. Eloy.

REVUE DES COURS ET DES CLINIQUES

CLINIQUE DE L'HÔPITAL NECKER : M. LE PROFESSEUR GUYON.

Endoscopie pour tumeur vésicale.

M. le professeur Guyon montre la vessie et les reins d'un homme mort d'hématurie dans son service. Les reins sont sains, autant du moins que peuvent l'être les reins d'un vieillard; peut-être l'examen microscopique y dévoilerait-il un peu de sclérose. La vessie est littéralement remplie de sang coagulé, sa muqueuse injectée, et, pour toutes lésions, on voit implantés sur sa paroi postérieure, un peu en arrière de l'orifice urétérin droit, deux petits papillomes gros comme une fève, l'un sessile, l'autre rattaché à la paroi vésicale par un pédicule extrêmement grêle.

M. Guyon rappelle en quelques mots l'histoire de ce malade : il fut pris pour la première fois au mois de juin 1888, c'est-à-dire il y a neuf mois, d'une hématurie abondante qui dura vingt-quatre heures. Cette hématurie ne fut précédée ni suivie d'aucun autre phénomène rénal ou vésical. Elle se renouvela peu après, un peu plus longue, mais comme la première fois sans aucune autre manifestation morbide. Puis survint une accalmie de quelque durée, avec de légères hémorrhagies, surtout marquées à la fin de la miction. Ce dernier caractère devait faire penser immédiatement à une hématurie d'origine vésicale. En décembre, la maladie s'aggrave; l'hémorrhagie devient plus abondante et presque continue et le malade entre à Necker le mois suivant.

L'examen clinique confirma les renseignements fournis par le malade : la vessie, évacuée avec une sonde, saigne surtout lorsque l'évacuation approche de sa fin; l'hématurie est donc bien vésicale. Après cet examen du contenu de la vessie, ce n'est pas à l'exploration instrumentale qu'on doit recourir, en pareil cas, mais à l'exploration manuelle, c'est-à-dire au palper abdominal combiné avec le toucher rectal. Ici ce mode d'examen n'a rien révélé, si ce n'est peut-être un peu d'épaississement de la paroi postérieure à droite, mais les caractères seuls de l'hématurie étaient suffisants pour faire soupçonner un néoplasme de la vessie, néoplasme peu étendu et de nature probablement bénigne, en raison de la discrétion des symptômes.

L'examen endoscopique était naturellement indiqué ici; il a permis de reconnaître très nettement deux petites tumeurs implantées sur la paroi vésicale; mais, si les résultats de cet examen ont été excellents pour démontrer l'existence et le volume des tumeurs, il a induit en erreur au sujet de leur siège, car il les a fait voir près du col et en réalité elles en sont loin.

Cette illusion a conduit M. Guyon à proposer au malade une intervention plus bénigne qu'une cystotomie sus-pubienne: le grattage à l'aide d'un instrument spécial introduit par la voie uréthrale. Une première séance de raclage fut faite, à la suite de laquelle les hématuries diminuèrent sensiblement. Une seconde séance devait être pratiquée quelque temps après, mais le malade ne jugea pas à propos de le subir et quitta l'hôpital.

Il revint le 15 mars avec des hématuries véritablement énormes et succomba quelques jours après son arrivée dans un état d'anémie extrême.

On sera sans doute étonné que des tumeurs aussi petites aient pu causer des hématuries mortelles. Mais M. Guyon a déjà observé un certain nombre de faits analogues, où l'hématurie avait amené une anémie telle qu'un malade succomba pendant la chloroformisation, un autre quelques jours après l'intervention. Quant à la cause de ces hémorrhagies si redoutables, il ne faut point la chercher dans l'ulcération de la tumeur; ces deux papillomes ne présentent à leur surface aucune trace d'ulcération; ce n'est point la tumeur qui saigne, c'est toute la vessie, sous l'influence de ces phénomènes congestifs sur lesquels M. Guyon a déjà tant de fois attiré l'attention de ceux qui s'occupent de pathologie urinaire. Ici l'aspect de la muqueuse vésicale au moment de l'autopsie démontrait clairement l'existence de cette congestion. Mais ce sur quoi il faut surtout insister, c'est que l'hématurie vésicale peut à elle seule, dégagée de tout autre symptôme, être une indication impérieuse de la cystotomie. Peu importe que l'on ne sache pas exactement quelle est la nature de l'affection. L'hématurie est vésicale, elle est dangereuse par son abondance, il faut intervenir. Ici l'on voit combien l'excision de ces deux papillomes eût été facile. Si l'ablation du néoplasme n'a pas été faite par la voie hypogastrique, c'est que l'endoscope, tout en donnant les renseignements les plus précieux sur l'existence et le nombre des néoplasmes, a induit en erreur sur leur siège. Aussi M. Guyon avait-il cru mieux faire en remplaçant dans ce cas particulier l'intervention sus-pubienne par une intervention uréthrale, ce qui prouve que le mieux est quelquefois l'ennemi du bien. (Séance du 27 mars.)

A. Broca.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Deux cas d'onomatomanie : coexistence chez un malade de l'hystérie et d'une variété spéciale d'onomatomanie (écholalie mentale). Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 12 avril 1889, par M. J. Séglas, médecin-adjoint de la Salpêtrière

J'ai eu l'occasion de recueillir à ma consultation externe de la Salpêtrière les observations de deux malades qui me paraissent intéressantes à plusieurs points de vue et dont, à ce titre, je viens vous faire part aujourd'hui. La première, qui fait le fond même de cette communication, est celle d'un malade atteint d'hystérie et présentant en outre une variété spéciale (et dont je ne connais pas d'exemple) de ces états morbides groupés par Morel (1) sous le nom de *délire émotif*, par Lasègue (2) sous le nom de *vertige mental*, par Weslphal (3), Buccola (4) sous le nom d'*idées fixes* (obsessions et impulsions) et plus récemment par M. Magnan (5) sous le nom de *syndromes épisodiques des héréditaires*.

Obs. — M. A. J..., âgé de trente et un ans, se présente à la consultation externe de la Salpêtrière le 12 décembre 1887.

Antécédents héréditaires. — Père : mort à cinquante-quatre ans d'une hypertrophie du cœur; était variqueux et un peu obèse. Mère : soixante-trois ans, rhumatisante, impressionnable, irascible ; a eu depuis l'âge de quinze ans jusqu'à quarante ans des douleurs dans le ventre qui lui remontaient dans la poitrine, puis à la gorge ; elle restait environ quatre heures, agitant les bras, mais sans perte de connaissance. Ces attaques revenaient tous les quinze jours, tous les mois. Oncle maternel : nerveux, impressionnable. Tante maternelle : également nerveuse, morte paralysée à quatre-vingt-deux ans. Grand-père maternel : mort à soixante-douze ans d'une maladie de foie. Grand'mère maternelle : quatre-vingt-six ans, vive, impressionnable, colère, atteinte de rhumatisme déformant. Une arrière-cousine, suicide.

Examen du malade. — S'est élevé rapidement : croup à deux ans avec convulsions; fièvre typhoïde à vingt-cinq ans avec délire; fièvres intermittentes pendant trois ans, disparues depuis cinq ans. Il a toujours été très impressionnable.

Depuis deux ans, il a des attaques qui se présentent aussi bien le jour que la nuit. Il en est prévenu par quelque chose qui le serre au ventre, à l'estomac, puis à la gorge ; il éprouve ensuite des battements dans les tempes et puis il perd connaissance. Sa femme lui aurait dit qu'alors il se raidissait comme s'il se détirait. Il n'aurait pas de mouvements cloniques; cependant une fois, il est tombé de son lit : pas de morsure de la langue, pas d'écume, de stertor, de miction involontaire. La durée de l'attaque est très variable, de quelques minutes à plusieurs heures. Puis il revient à lui complètement tout de suite, ne dort pas, n'est pas hébété, et se remet tout de suite à travailler comme devant; il est seulement un peu courbaturé. Pas d'amnésie. Depuis deux ans il n'a eu que cinq ou six de ces attaques. La sensibilité est inégale des deux côtés, plus accentuée à droite qu'à gauche : pas de trouble du sens musculaire. La région iliaque droite est très sensible à la pression, de même les deux testicules et la pression de ces organes lui répond dans le ventre. Réflexe pharyngien à peine marqué. Pas de rétrécissement du champ visuel ; à gauche les couleurs sont moins bien perçues et une fois il donna le violet comme bleu et le rouge comme orangé.

A côté de ces phénomènes pathologiques, L... en présente encore d'autres depuis un an, et qu'il différencie lui-même de ses attaques et même de leur aura prémonitoire. C'est comme un malaise général avec serrement à la poitrine, sentiment de défaillance, puis de peur, survenant subitement à l'occasion d'un mot quelconque prononcé devant lui. Voici la description d'un de ces vertiges, comme il dit, qui s'est passé devant nous. Tout d'un coup L... que nous interrogions sur ses attaques, ne répond plus : les yeux deviennent hagards, fixes, largement ouverts, exprimant l'angoisse et la peur, ils s'injectent un peu, le visage rougit légèrement. Le malade ne respire plus, se tient la poitrine comme s'il étouffait. Il chancelle; il semble prêt à tomber. Nous lui parlons, pensant qu'il va peut-être avoir une attaque. Il ne répond pas; mais il entend sûrement, car il fait signe que ce n'est pas une attaque qu'il va avoir. On lui offre de s'asseoir, le voyant chanceler, mais il refuse et reste debout. Au bout d'une à deux minutes environ, tout disparaît. Il nous explique alors que tout cela est survenu à propos du mot « mot » que nous avions prononcé devant lui. Il a éprouvé tout de suite une sensation d'étouffement, d'angoisse précordiale, très pénible, comme si son cœur s'arrêtait; puis de la faiblesse des jambes, et un sentiment de défaillance imminente. A ce moment il a comme un brouillard devant les yeux, surtout le gauche. En même temps il a une inquiétude morale, une sorte de peur vague, mais extrêmement pénible, comme la crainte d'un malheur. Il étouffe, il sent sa tête se resserrer, comme entourée d'un cercle, une pression très forte sur les tempes; des bouffées de chaleur au visage et puis des sueurs froides; pas de sensation de tournoiement. Pendant tout ce temps, le mot qui a provoqué la crise continue à résonner dans sa tête comme un écho lointain, mais sans qu'il le perçoive par l'oreille, et en même temps il a nettement dans la langue la sensation des mouvements nécessaires pour prononcer ce même mot, mais il ne l'articule jamais. Cela lui est impossible, dit-il. Cette sorte de crise le prend toujours subitement, à l'occasion de n'importe quel mot, sans qu'il attache à ce mot aucune signification spéciale, et sans qu'il y pense en quoi que ce soit auparavant. Plusieurs fois la crise est survenue provoquée par les mots « Mathieu, porte, mot, Paris, Versailles... » La crise arrive toujours subitement, il est tout de suite complètement dominé, incapable de faire un effort pour lutter ou sortir de cet état. « Il faut, dit-il, laisser passer la crise. » Cela est quelquefois très rapide; ce que nous avons vu a été long, dit-il. Ces crises le prennent environ tous les huit jours et plusieurs fois par jour. Jamais elles ne surviennent sous d'autres causes. Il a parfaitement conscience de son état, garde un souvenir très net des phénomènes pénibles qu'il ressent et en redoute le retour. Notons aussi qu'il est très sujet au vertige d'altitude. Bien que peureux et très impressionnable, il ne présente dans la sphère émotive aucun autre symptôme en dehors de ce que nous venons de signaler.

Il boit de temps en temps. Étant soldat il buvait parfois de l'absinthe, maintenant il ne boit que du vin et rarement, dit-il. Il dort mal en général, rêve parfois de son métier, tremble un peu des mains. Il a parfois des idées noires, et est en général préoccupé des phénomènes qu'il ressent depuis deux ans.

Notons enfin que le crâne est un peu asymétrique; la voûte palatine asymétrique, très profonde et très étroite. Pas de tics.

Nous pouvons constater, en somme, chez ce malade, deux états pathologiques bien distincts, quoique ayant une origine commune dans la constitution neuropathique héréditaire du sujet. D'abord ce sont des accidents hystériques très simples ; nous les laisserons de côté pour ne nous occuper que des états pseudo-vertigineux qu'il présente, et dont le diagnostic avec les troubles hystériques coexistants ne peut être fait que par un examen attentif de l'état mental du sujet. On verra alors que ces états pseudo-vertigineux ne sont pas de l'hystérie, mais des phénomènes d'angoisse très accentués survenant à l'occasion d'un mot quelconque prononcé devant le malade. Cet état pathologique rentre dès lors dans le cadre de l'onomatomanie signalée en 1885 (*Archives de neurologie*) par MM. Charcot et Magnan et plus spécialement dans cette variété qui consiste en une impulsion irrésistible à *répéter* un mot obsédant survenu spontanément à la pensée du malade ou prononcé devant lui. Dans ce dernier cas, il se produit ainsi une sorte d'écholalie. Mais alors, même en l'absence de renseignements, on peut faire le diagnostic tout de suite par un simple examen objectif quand on entend le malade faire l'écho et qu'on

(1) Morel, *Délire émotif* (*Arch. gén. de méd.*, 1867).
(2) Lasègue, *Vertige mental* (Comm. à l'Acad. de méd., janvier 1876).
(3) Weslphal, *Ueber Zwangvorstellungen* (*Berliner klin. Wochensch.*, 1877, p. 669).
(4) Buccola, *Le idee fisse* (*Riv. Sp. di fren.*, 1886).
(5) Magnan, *De la folie héréditaire* (*Journ. des conn. méd.*, 1885).

voit survenir les symptômes d'angoisse. Chez notre hystérique, la chose est plus difficile parce qu'on peut être tenté au premier abord de rapporter à l'hystérie les troubles émotifs de réaction qui sont seuls apparents, tandis que le fait qui les provoque reste absolument subjectif, puisqu'il ne consiste qu'en des phénomènes d'audition et d'articulation mentales.

Quant au mécanisme de ces phénomènes, il nous semble qu'on peut l'expliquer de la façon suivante :

Le mot prononcé devant le malade réveille chez lui l'image auditive du même mot, et celle-ci à son tour, eu égard aux connexions qui existent entre les différents centres du langage, réveille à son tour l'image motrice d'articulation; mais aucune de ces deux images n'est assez intense pour s'extérioriser, soit sous forme de perception audilive, soit sous forme de parole articulée. Quoi qu'il en soit, elles s'imposent au sujet d'une façon irrésistible et provoquent les phénomènes d'angoisse. Dans l'écholalie ordinaire des onomatomanes, nous aurions affaire au même mécanisme, sauf qu'alors l'image motrice d'articulation est assez forte pour provoquer l'articulation du mot à haute voix. Cette explication me semble plus rationnelle que l'interprétation donnée récemment par M. P. Garnier, à qui « il semble qu'on ait là (dans l'écholalie) un arc réflexe spinal ou bulbaire » (?) (*Arch. gén. de méd.*, février 1889, p. 143). Si le cri réflexe peut être sous la dépendance des régions bulbo-protubérantielles, l'écholalie ou articulation d'un mot, ne pouvant se produire sans la perception auditive préalable de ce mot (qu'il éveille ou non une idée), suppose par ce seul fait l'intervention des centres de la fonction du langage et comme telle est un phénomène absolument cortical.

En résumé, nous trouvons chez notre malade les mêmes phénomènes que dans l'écholalie ordinaire des onomatomanes : seulement chez lui tout se passe dans le domaine du langage intérieur. C'est (qu'on nous passe le mot) un *écholalique mental*.

Ce qu'il y a encore d'un peu particulier chez lui, c'est le début subit, instantané de la crise qui paralyse d'emblée la volonté et rend impossible, même un instant, tout effort de lutte, puis la durée très brève de cette crise, et enfin l'intensité des phénomènes émotifs, surtout lorsqu'on considère la cause si faible qui les produit et dont l'action ne peut s'expliquer que par la prédisposition neuropathique très évidente du sujet. Sauf ces quelques points spéciaux, ses crises présentent tous les caractères assignés par Morel, Lasègue, Westphal et par M. Magnan... à celles des malades à idées fixes, des délirants émotifs: idées fixes, obsessions ou impulsions irrésistibles, anxiété concomitante provoquée par la violence ou le contenu de l'idée ou par le non-accomplissement de l'acte qu'elle commande (Westphal), conservation de la conscience, calme relatif consécutif à la crise. Les symptômes de l'angoisse eux-mêmes, pris isolément, présentent le même tableau clinique que ceux que l'on observe par exemple chez les agoraphobes, et cela en l'absence de toute tare hystérique.

La distinction que nous venons de faire chez ce malade entre les phénomènes d'hystérie et ceux de l'onomatomanie sera rendue plus nette encore par l'exposé du cas suivant, qui nous montre comment la simple articulation mentale d'un mot, lorsqu'elle se présente sous la forme d'impulsion irrésistible, peut amener des phénomènes d'angoisse.

Obs. — Mlle J..., âgée de dix-huit ans et demi, se présente à la consultation externe de la Salpêtrière le 18 décembre 1888.

Antecedents. — Les deux grands-parents maternels sont morts paralysés. Le père est alcoolique.

La malade n'a eu aucune maladie antérieure; rien à noter dans l'enfance, elle n'a parlé qu'à deux ans; réglée à douze ans et demi. *Aucun stigmate d'hystérie.* Toujours peureuse et impressionnable.

La maladie actuelle a débuté il y a quatre mois; les symptômes qui la caractérisent, quoique étant de même nature, se présentent sous différents aspects. C'est ainsi que l'on peut d'abord constater de la folie du doute et du délire du toucher. Mlle J... éprouve toujours le besoin irrésistible de vérifier ce qu'elle a fait. Elle ne veut pas toucher à des bougies ou à des épingles, et si cela lui arrive, il faut qu'elle vérifie si elle a mis le feu dans les endroits où elle est allée avec de la lumière et qu'elle compte ses épingles pour être sûre de n'en avoir pas laissé tomber dans un endroit ou sur des objets où elles pourraient faire mal à quelqu'un. Si elle ne cède pas à l'impulsion ou si elle veut dominer sa peur, l'angoisse se produit.

D'un autre côté, depuis quelque temps, il lui venait à l'idée des mots grossiers ou malveillants qui s'imposent à son esprit, et en même temps elle sent des mouvements dans sa langue, « tout comme si elle les prononçait, mais elle ne les prononce jamais même à voix basse ». Cependant elle a toujours la crainte de les prononcer et d'être entendue, aussi fait-elle tout son possible pour arrêter les mouvements de la langue. Mais tous ses efforts sont vains à ce point de vue et n'aboutissent qu'à des phénomènes d'angoisse : constriction précordiale, bouffées de chaleur à la figure, sentiment de peur très intense. Quand elle laisse les mouvements de la langue se produire, l'angoisse est à peine marquée. Mais ensuite elle a toujours la crainte d'avoir parlé, bien qu'elle dise elle-même être sûre de ne jamais prononcer aucun mot, même à voix basse. Aucun phénomène auditif, pas même d'audition mentale.

Cette observation peut nous servir, comme je l'ai dit tout à l'heure, à éclaircir la précédente. En ce qui concerne l'onomatomanie, elle n'en diffère qu'en ce que la malade n'est pas écholalique. Au lieu d'être entendu, le mot vient de lui-même à l'esprit du sujet. Sauf cela, tout est commun entre les deux. Nous retrouvons les mêmes phénomènes d'articulation mentale entraînant également des symptômes d'angoisse, moins accentués, il est vrai; mais il faut remarquer qu'ici l'obsession ne se produit pas sous forme d'ictus et que la volonté de la malade n'est pas annihilée d'un seul coup. D'un autre côté, comme elle n'a aucun signe d'hystérie, il ne peut y avoir le moindre doute sur la cause et la nature des symptômes d'angoisse qu'elle présente. Aussi en comparant ces deux cas l'un à l'autre, pensons-nous avoir justifié notre opinion de la coexistence chez notre premier malade de deux ordres de phénomènes morbides, l'hystérie d'un côté, de l'autre, des symptômes d'angoisse se rattachant à cette variété particulière d'onomatomanie que nous avons désignée chez lui du nom d'*écholalie mentale*.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

Recherches bactériologiques sur la désinfection des locaux par les substances gazeuses, et en particulier par l'acide sulfureux, par MM. *H. Dubief* et *J. Bruhl*. — « M. le docteur Dujardin-Beaumetz nous a chargés d'exécuter ces expériences, qui ont été faites au laboratoire de bactériologie de l'hôpital Cochin.

« Nous avons supposé un local débarrassé de ses objets mobiliers, la désinfection des lits, linges, rideaux devant toujours se faire par la vapeur surchauffée, qui est le meilleur des désinfectants.

« Pour débarrasser l'atmosphère et les parois d'une chambre des germes qu'elles contiennent, on peut employer les substances gazeuses et les liquides finement pulvérisés.

« Si la méthode des pulvérisations permet de re ourir à des substances d'effet antiseptique non douteux, telles que le sublimé corrosif, l'acide phénique en solution concentrée, elle a l'inconvénient grave de nécessiter la présence de l'opérateur. Pour cette raison, nous avons étudié spécialement les substances gazeuses et, d'abord, l'acide sulfureux.

« Nous nous sommes posé trois questions :

« 1° L'acide sulfureux à l'état de gaz a-t-il une action certaine sur les germes en général? 2° L'acide sulfureux a-t-il une

action sur les germes pathogènes? 3° Fixer des règles pratiques.

« Nous publions aujourd'hui nos résultats sur la première question.

« De nombreuses expériences ont déjà été entreprises avant les nôtres, mais la plupart du temps sur des cultures *in vitro*. Ce procédé est défectueux; toutefois, nous avons tenu à reproduire d'abord les essais de ceux qui nous ont précédés.

« 1° *Action de l'acide sulfureux sur les cultures de bactéries.* — Un certain nombre de tubes de culture sont placés à 18 degrés sous une cloche où circule un lent courant d'air; cet air a traversé un récipient dans lequel est allumée une bougie de soufre, graduée, qui permet de connaître la quantité d'acide sulfureux produit. Dans ces conditions, *toujours* les cultures ont été détruites en employant une quantité suffisante de gaz sulfureux.

« Cette méthode est mauvaise : en effet, les cultures employées contiennent forcément une forte proportion d'eau; l'acide sulfureux s'y dissout, rend le milieu acide et impropre à la culture.

« 2° *Action de l'acide sulfureux sur le nombre des germes contenus dans l'air.* — La première méthode étant passible de graves objections, nous avons eu recours à la numération des bactéries par la méthode de Miquel.

« Dans une chambre hermétiquement close, on recueillait, au moyen d'un ballon diluteur de Miquel, les germes d'un litre d'air; ces germes étaient répartis dans cinquante ballons de culture contenant du bouillon de bœuf stérilisé et alcalinisé, puis des quantités variables de soufre étaient brûlées dans la chambre. Après vingt-quatre heures, une nouvelle prise d'air analogue à la première était opérée, les germes étant répartis dans un même nombre de ballons stériles.

« Le nombre des germes contenus dans l'atmosphère de la chambre était toujours plus faible après la sulfuration qu'avant; et la différence était d'autant plus sensible que l'humidité de l'air était plus grande.

« 3° *Action de l'acide sulfureux sur la nature des germes de l'atmosphère.* — A l'état normal, dans le milieu où nous opérions, les bactéries, les microcoques particulièrement, étaient nombreux, les mucédinées ne venaient qu'après. Après la sulfuration, la proportion a toujours été renversée.

« 4° *L'acide sulfureux gazeux a-t-il une action sur les germes à l'état sec?* — Les expériences précédentes ne donnent de conclusions que pour les germes *en suspension* dans l'atmosphère : pour savoir ce que deviennent ceux qui sont fixés aux parois, nous avons recueilli sur une petite bourre de coton contenue dans un tube de verre stérilisé à 200 degrés les poussières d'une quantité donnée d'air. Deux prises égales étaient faites simultanément. L'une des bourres était immédiatement répartie dans une petite quantité de gélatine nutritive placée dans un petit cristallisoir plat et large stérilisé. La seconde bourre était soumise au préalable pendant quarante-huit heures à un courant de gaz sulfureux pur et sec. La quantité des germes qui ont poussé était plus faible après sulfuration qu'avant.

« De nos expériences, on peut tirer les conclusions suivantes :

« 1° L'acide sulfureux gazeux a une action microbicide évidente sur les germes contenus dans l'air. 2° Cette action se manifeste surtout lorsque le milieu est saturé de vapeur d'eau. 3° L'acide sulfureux agit surtout sur les germes de bactéries. 4° L'acide sulfureux employé à l'état pur peut détruire, lorsque son action est prolongée, des germes, même à l'état sec. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 23 AVRIL 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MAURICE PERRIN.

M. le docteur *Reignier* (à Surgères, Charente-Inférieure) prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un *Pli cacheté*.

M. *E. Joly*, médecin à Neufchâtel (Seine-Inférieure), envoie un mémoire manuscrit sur un *nouveau procédé de conservation du vaccin*.

M. le docteur *Charbeliez* (à Romans, Drôme) adresse une Note manuscrite sur le *traitement de la variole*.

M. le docteur *Malleville* (à Marseille) envoie une Note manuscrite sur l'*hydrophobie*.

M. *le Président* présente : 1° au nom de M. le docteur *Chauvel*, professeur à l'École du Val-de-Grâce, la *Notice sur Giraud-Teulon* lue à la dernière séance de la Société de chirurgie et l'article HYPERMÉTROPIE, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales;* 2° de la part de M. le docteur *Chavasse*, professeur agrégé au Val-de-Grâce, la deuxième édition de ses *Nouveaux éléments de petite chirurgie*

M. *Moutard-Martin* dépose, au nom de M. le docteur *de Pietra-Santa* et de M. *Joltrain*, un ouvrage intitulé : *Caravane hydrologique d'août 1888, stations minérales et sanitaires de la Suisse et des Vosges.*

M. *Léon Colin* présente, de la part de M. le docteur *Nogier*, médecin-chef de l'hôpital militaire de Versailles, une Note manuscrite sur la *ventilation des poêles mobiles à combustion lente par un tirage complémentaire de sûreté*.

CHLOROFORME ET CHLORURE DE MÉTHYLÈNE. — M. *J. Regnaud*, au nom de M. le docteur *Villejean* et au sien, appelle l'attention sur le mélange de chloroforme et d'alcool méthylique employé par certains chirurgiens anglais et par M. Le Fort sous le nom de chlorure de méthylène pour pratiquer l'anesthésie. Ce produit mériterait d'être expérimenté afin de savoir si, oui ou non, on peut éviter, grâce à lui, les accidents légers qui accompagnent souvent l'emploi du chloroforme, d'autant qu'il est inaltérable et d'un prix moindre. Quant au véritable chlorure de méthylène, CH^2Cl^2, les expériences faites jusqu'ici montrent qu'il convient d'être encore très réservé sur son action; en tout cas, il est absolument inaltérable sous l'influence combinée de l'air et de la lumière. MM. Regnaud et Villejean en tiennent une certaine quantité à la disposition des chirurgiens.

CATARACTE. — M. le docteur *Suarez de Mendoza* (d'Angers) appelle l'attention sur les avantages que procure la suture de la cornée dans l'opération de la cataracte. Son procédé permettrait de garantir l'opérateur contre les enclavements iriens en amenant, par une coaptation complète et stable des bords de la section cornéenne, le prompt et définitif rétablissement de la chambre antérieure. Il résulte des huit opérations ainsi pratiquées et des expériences auxquelles l'auteur s'est livré, que la tolérance de la cornée pour les fils est extrême et qu'on peut laisser ceux-ci en place de cinq à dix jours. — (Renvoi à une Commission composée de MM. *Maurice Perrin*, *Panas* et *Duplay*.)

TÉTANOS. — Après avoir discuté dans un travail considérable et très étudié les divers arguments énumérés par M. Verneuil à l'appui de sa théorie sur l'origine équine et sur l'origine tellurique du tétanos (voy. la séance du 26 mars 1889), M. *Leblanc* se voit obligé de déclarer que l'origine équine et bovine du tétanos n'est pas prouvée; si dans quelques cas son origine tellurique est probable, dans le plus grand nombre elle est fort contestable. La contagion par l'eau, par l'air et par les poussières n'est pas admissible et on n'est pas très certain de la nature des germes (microbes ou ptomaïnes) considérés comme cause unique de cette maladie. L'influence de la prédisposition est indéniable et elle joue le rôle principal dans la genèse du tétanos. Expérimentalement on a démontré la nature infectieuse limitée de cette affection en inoculant des tissus altérés ou de la terre appartenant à des régions infectées; pratiquement la contagion, qu'il s'agisse de l'homme ou des animaux, n'est pas prouvée. Aussi n'y a-t-il aucune utilité à placer le tétanos au nombre des maladies contagieuses inscrites dans la loi du 21 juillet 1882.

M. *Nocard* n'a pas été convaincu par les arguments accumulés par M. Verneuil à l'appui de sa thèse, parce qu'on peut les interpréter autrement que lui et d'une façon qui satisfait mieux l'esprit, car elle est plus conforme aux données expérimentales. Sans doute, pour la plupart des observations se rapportant à des blessés qui ont été en contact plus ou moins direct avec des chevaux tétaniques, ce que l'on sait de l'inoculabilité des produits de la plaie d'où a procédé le tétanos autorise à admettre la possibilité de la contagion du cheval à l'homme. Pour tous les autres faits non seulement le cheval incriminé n'avait pas le tétanos, mais encore il n'avait eu aucun rapport avec un animal tétanique et il est inadmissible que le cheval sain puisse, en tant que cheval, donner cette affection ; aucune expérience ne le démontre. Par contre, l'action tétanigène de la terre cultivée est le

seul fait solidement établi dans cette théorie. Mais pourquoi prétendre que cette action soit plutôt due au fumier du cheval qu'à celui du bœuf ou du mouton, alors que le tétanos est beaucoup plus fréquent à la campagne que dans les grandes villes où les chevaux sont bien plus nombreux? Que l'on compare ce qui s'est passé au fur et à mesure qu'on a mieux étudié la septicémie : si celle-ci est relativement fréquente chez le cheval, elle est à peu près complètement inconnue chez le bœuf, et cependant le sang de cet animal devient aussi rapidement septique que celui du cheval ! C'est que les germes du vibrion septique sont extrêmement répandus partout autour de nous ; ils existent non seulement dans les terres cultivées, mais encore à la surface des plantes, dans les boues et dans les poussières des villes, dans les eaux communes; tous les animaux en ingèrent avec les aliments et les boissons; ils résistent à l'action des sucs digestifs et sont expulsés avec les excréments sans avoir rien perdu de leur vitalité, tout prêts à se développer lorsque les conditions du milieu seront devenues favorables. M. Nocard est tout disposé à croire qu'il en est de même pour le microbe du tétanos; des expériences ont été déjà faites dans ce sens par Nicolaier et Rietsch; elles sont à compléter et il se déclare prêt à le tenter. Jusque-là on ne saurait s'appuyer sur les hypothèses actuelles pour demander l'inscription du tétanos dans la loi sur la police sanitaire des animaux domestiques.

Il n'est cependant douteux pour personne, objecte M. *Verneuil*, que le tétanos est une maladie infectieuse; à ce titre il doit être rangé parmi celles auxquelles la loi doit être appliquée. — Cette affection ne serait pas la seule qui pourrait être placée dans cette catégorie, fait observer M. *Leblanc;* mais les difficultés d'exécution des mesures prescrites sont déjà tellement grandes pour les maladies inscrites dans la loi et les réglements qu'on ne peut tenter d'agir de même à l'égard du tétanos. — Si on ne l'ose pas maintenant, espérons qu'on l'osera plus tard, ajoute M. *Verneuil*. — (La discussion continuera mardi prochain.)

— L'Académie se forme ensuite en comité secret, afin d'entendre la lecture d'un rapport de M. *Bucquoy* sur les candidats au titre de correspondant étranger dans la première division (*Médecine*). La liste de présentation est dressée ainsi qu'il suit : 1° M. Warlomont (de Bruxelles); 2° M. Semmola (de Naples); 3° *ex æquo* MM. Rommelaere (de Bruxelles) et Sydney-Ringer (de Londres).

— L'ordre du jour de la séance du 30 avril est fixé ainsi qu'il suit :

1° Rapport de M. *Dujardin-Beaumetz* sur la dénomination des nouveaux médicaments; 2° suite de la discussion sur le tétanos (inscrits : MM. *Trasbot*, *Laborde*, *Lagneau* et *Verneuil*) ; 3° communication de M. *Worms* sur la forme lente du diabète et son traitement.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 17 AVRIL 1889. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

Descente artificielle du testicule ectopié: MM. Monod, Berger, Reclus, Quénu, Schwartz, Jalaguier, Routier, Terrillon, Segond, Trélat, Championnière. — Suture de la vessie : MM. Schwartz, Championnière. — Apophyse sus-épitrochléenne de l'humérus M. Testut (M. Pozzi, rapporteur).

M. *Monod* a l'an dernier *suturé le testicule au scrotum* chez un jeune homme de dix-neuf ans, dont le testicule sortait parfois, mais fuyait avec une facilité extrême. La difficulté fut de trouver où loger la glande dans le scrotum atrophié; il fallut lui creuser une place et en fin de compte elle est restée à la racine et non au fond des bourses. M. Championnière est le premier en France à avoir pratiqué cette opération, mais, sans remonter à un insuccès déjà ancien de Chelius, il y a d'assez nombreuses observations étrangères dues à Wood, Max Schüller (1881), Nicoladoni (1884), Belfied (1887), Hardy, de Manchester (1888). Max Schüller, comme M. Championnière, insiste sur l'importance de bien libérer le cordon si l'on veut mener à bien cette descente, souvent difficile. Dans cette question thérapeutique, il y a plusieurs points à envisager. Le siège d'abord est important; M. Monod laisse de côté les faits relatifs à l'ectopie périnéale. Pour l'ectopie inguinale ou abdomino-iliaque, l'opération est possible, mais encore faut-il que le testicule mette au moins le nez à la fenêtre; le terme de cryptorchidie employé par Max Schüller, par M. Championnière est donc vicieux. Il faut tenir grand compte de l'âge, savoir que les migrations tardives spontanées ne sont pas rares, qu'elles se font soit pendant la première enfance, soit vers la puberté, de douze à seize ans. Puis, chez l'adulte, il est inutile, sauf indications spéciales, de suturer au fond des bourses une glande séminale atteinte d'une atrophie définitive. C'est donc de quinze à dix-neuf ans qu'il faut opérer. Lorsqu'il y a hernie concomitante, le bandage donne de bons résultats si on peut l'appliquer entre la hernie qu'il maintient en haut et le testicule qu'il refoule en bas. Mais ces cas favorables ne sont pas fréquents et souvent on ne peut appliquer un bandage. On a alors conseillé de laisser la hernie descendre avec le testicule, de façon à la réduire plus tard, le testicule une fois suffisamment éloigné de l'anneau. Ou bien on a dit de refouler dans l'abdomen avec l'intestin le testicule dont on fait de parti pris le sacrifice. En réalité, dans ces circonstances, il faut faire la cure radicale de la hernie et la descente artificielle du testicule.

M. *Berger* mentionne un travail publié l'an dernier par Wood sur la cure radicale de la hernie des enfants. Wood relate quelques cas de descente artificielle du testicule et insiste sur les difficultés qui résultent parfois de la brièveté du cordon; il a alors séparé du testicule la queue de l'épididyme et le canal déférent et a eu, en les déroulant, un cordon d'une longueur suffisante. M. Berger admet, en principe, ce que M. Monod a dit des migrations tardives; mais il ajoute qu'il a observé quelques enfants chez lesquels, après avoir espéré cette migration, il a vu, au contraire, l'organe mâle remonter peu à peu, et définitivement, dans le trajet inguinal. M. Berger, enfin, croit l'efficacité du bandage en fourche bien plus fréquente que ne le dit M. Monod.

M. *Reclus* a opéré un homme adulte porteur d'une ectopie bilatérale douloureuse. Il a suturé, sans incision à la peau, le testicule non libéré au préalable et les douleurs ont cessé, mais la descente est insuffisante et les testicules suturés tirent fortement de chaque côté sur le scrotum invaginé. Une autre fois, faisant une cure radicale, M. Reclus a mobilisé et fixé au fond des bourses un testicule atrophié, retenu à l'anneau.

M. *Quénu* cite une suture du testicule, faite au cours d'une cure radicale. Il a pris dans le point de suture la vaginale au niveau de la queue de l'épididyme, car en ce point la séreuse adhère solidement et peut fournir un point d'appui à la suture. Malgré M. Tuffier, il est donc inutile de transpercer l'albuginée.

M. *Jalaguier* a employé le même procédé dans deux cas, où il y avait hernie concomitante. Il insiste sur l'échec subi dans ces cas par le massage pour faire descendre le testicule, et il croit, avec M. Championnière, que M. Tuffier en a exagéré l'efficacité. Il a constaté une fois que l'appareil suspenseur des bourses, anormalement situé, faisait obstacle

à la descente et il n'a pu loger le testicule dans le scrotum qu'après avoir perforé ce plan qui barrait le chemin.

M. *Schwartz* relate deux opérations heureuses pour des testicules retenus à l'anneau externe et accompagnés l'un d'un léger varicocèle, l'autre d'une hydrocèle communicante.

M. *Routier* a suturé le testicule (par la vaginale) dans un cas de cure radicale de hernie chez un homme de vingt-sept ans atteint de hernie bilatérale, avec ectopie à gauche. Le massage avait été absolument inefficace. Le résultat thérapeutique est défectueux : le testicule est resté atrophié et douloureux.

M. *Terrillon* insiste sur la fréquence des descentes tardives chez l'enfant, surtout si on les favorise par le bandage en fourche et par les massages. D'autre part, chez l'adulte, M. *Segond* préconise la castration si le testicule ectopié devient douloureux : il est inutile de conserver cet organe voué à une stérilité définitive et spécialement prédisposé aux dégénérescences malignes. M. Segond a tenu deux fois cette conduite.

M. *Trélat* a fait la cure radiale à un homme de vingt-deux ans pour une hernie scrotale accompagnée d'un diverticule préabdominal. C'est ce diverticule qu'habitait le testicule, muni d'un long cordon; aussi M. Trélat crut-il qu'en le logeant dans une séreuse scrotale confectionnée aux dépens du sac il resterait en bonne position sans qu'il fût besoin de le suturer. Or il n'a pas tardé à remonter près de l'anneau. Le cas échéant, M. Trélat suturerait donc.

M. *Lucas-Championnière* ne s'occupe que des cas où la hernie n'existe pas ou n'est qu'un épiphénomène. S'il y a hernie, il conseille sans doute la cure radicale, mais la suture du testicule reste cependant au premier plan. Pour les jeunes enfants, il est de l'avis de M. Monod et laisse à M. Tuffier la responsabilité des opérations sur les garçons de deux ans et demi; il constate avec plaisir que MM. Jalaguier et Routier ont échoué par le massage et n'ont pu qu'avec peine faire la libération sanglante du testicule; malgré M. Tuffier il est probable, comme le prouvent les faits de M. Terrillon, que lorsque le massage rend la glande accessible il suffira le plus souvent, à lui seul, à la cure de l'ectopie. On ne saurait contester que la suture de la vaginale près de la queue de l'épididyme ne puisse suffire, mais souvent elle est impossible et dès lors un des points intéressants du mémoire de M. Tuffier est précisément d'avoir montré qu'on peut sans crainte transpercer l'albuginée. M. Championnière ne croit pas que parmi les observations citées par M. Monod il y en ait une aussi complète que la sienne, pour laquelle il maintient le terme de cryptorchidie. Il ajoute que l'enfant a été opéré à dix ans, ayant l'aspect d'un sujet de sept ans : en deux ans ce garçon a pris le développement physique de son âge et l'un des testicules a atteint un volume normal.

— M. *Schwartz*, à propos de l'observation de M. Pozzi, communique un fait de *suture de la vessie* après taille hypogastrique pour un calcul formé autour d'un corps étranger et non compliqué de cystite. Sonde à demeure; guérison, malgré quelques jours de fistule hypogastrique.

M. *Championnière* avait deux fois suturé avec succès la vessie blessée au cours d'opération de cure radicale de hernie lorsqu'il fit la taille hypogastrique, en mai 1888, pour chercher un corps étranger que la sonde ne sentait pas, mais dont le malade affirmait la présence. La vessie fut trouvée vide et saine : les conditions étaient donc excellentes pour appliquer la suture vésicale, qui fut pratiquée avec plein succès. Aucune sonde ne fut laissée à demeure et le malade fut sondé une fois, la nuit qui suivit l'opération. Dès le lendemain il urinait seul.

— M. *Pozzi* lit un rapport sur un travail de M. Testut (de Lyon) : *l'apophyse sus-épitrochléenne au point de vue chirurgical*. M. Poulet a lu en 1883 à la Société un travail sur cette apophyse, qu'il considère comme pathologique. M. Testut montre qu'elle constitue une anomalie réversive, et qu'elle a une importance réelle pour les ligatures artérielles des membres supérieurs à cause des anomalies vasculaires et musculaires dont elle s'accompagne souvent.

A. Broca.

Société de biologie.

SÉANCE DU 13 AVRIL 1889. — PRÉSIDENCE DE M. DUCLAUX, VICE-PRÉSIDENT.

Sur la bourse de Lushka : M. Gellé. — Exploration des mouvements de la langue : M. Féré. — Des urines dans les maladies aiguës : M. Robin. — Rapports entre le glycogène et la glycémie : M. Quinquaud. — Méthode pour apprécier la contraction bronchique : M. François-Franck. -- Des glandes moschipares du desman des Pyrénées : M. Trutat. — La ventilation pulmonaire chez les animaux hibernants : M. Dubois. — De la respiration chez les sujets entraînés à l'exercice musculaire : M. Demeny. — Psorospermose folliculaire végétante : M. Darier. — Nouvelle forme de psorospermose cutanée : M. Darier. — Lampe à signaux : M. Regnard.

M. *Gellé* présente une préparation du pharynx sur laquelle apparaît très nettement la bourse de Lushka, sur la partie médiane de la paroi supéro-postérieure du pharynx.

— M. *Féré*, en modifiant le sphygmomètre de Bloch, a pu mesurer la résistance à la pression des muscles de la langue. Cette exploration directe lui a permis de constater que, si l'on n'a pas vu jusqu'ici de troubles moteurs coïncidant avec les troubles du langage articulé, c'est seulement parce qu'on n'était pas en mesure de la chercher. Ainsi il a constaté une diminution notable de la résistance de ces muscles chez plusieurs aphasiques n'ayant aucun trouble apparent de la mobilité de la langue, chez plusieurs épileptiques qui présentaient de l'embarras de la parole à la suite des accès, etc.

— M. *A. Robin*, à propos de la récente communication de MM. Gaume et Roger sur les décharges de poisons par les urines un peu avant la crise dans la pneumonie, rappelle que depuis 1877 il s'est occupé de cette question; il a particulièrement montré, à propos de la fièvre typhoïde, que la défervescence et même la convalescence sont subordonnées à de véritables décharges de produits toxiques.

— M. *Quinquaud*, en soumettant des chiens à l'inanition jusqu'à disparition complète du glycogène dans le foie, a néanmoins trouvé chez ces animaux une certaine quantité de glucose dans le sang. Il admet par suite que l'organisme peut produire du sucre sans l'intermédiaire de la substance glycogène.

— M. *François-Franck*, à propos de la communication de M. Chauveau, relative à un procédé d'appréciation de la contraction des bronches, revient sur les faits dont il a récemment entretenu la Société; il s'attache à montrer que les troubles respiratoires qu'il a constatés par l'excitation du bout périphérique d'un nerf vague, résultent de phénomènes réflexes, et ne tiennent nullement à la contraction des fibres de Reissessen; ce dernier phénomène doit être mis absolument hors de cause.

— M. *Pouchet* présente une note de M. *Trutat* (de Toulouse) sur l'anatomie et sur la structure des glandes qui produisent le musc chez le desman des Pyrénées.

— M. *Duclaux* présente une note de M. *R. Dubois* relative à la ventilation pulmonaire chez les animaux hibernants (la marmotte).

— M. *Demeny* a étudié, au moyen de divers appareils qu'il présente, compas thoracique enregistreur, thoracomètre, appareil inscripteur des profils et spiromètre enregistreur, — les rapports qui existent entre la forme du thorax et le mécanisme de la respiration chez les sujets entraînés à l'exercice musculaire. Ses nombreuses observations l'ont conduit à établir cette loi, à savoir que le rapport entre la capacité vitale de ces sujets entraînés et leur poids est beaucoup plus élevé que chez les sujets sédentaires.

— M. *Darier* propose de donner le nom, conforme à son origine et à son développement, de *psorospermose folliculaire végétante* à la maladie cutanée qu'il a récemment étudiée.

— M. *Darier* montre que l'affection chronique du mamelon et de l'aréole, à peu près spéciale au sexe féminin, et qui est suivie de la formation d'un cancer du sein, affection connue sous le nom de maladie de Paget, est causée, comme la psorospermose folliculaire végétante, par des psorospermies ou coccidies, mais d'une autre espèce.

— M. *Regnard* présente une lampe à signaux, qui donne une lumière très intense, utilisant l'éclair produit par la combustion subite de la poudre de magnésium.

— M. *Duclaux* prononce une allocution en l'honneur de la mémoire de M. Chevreul, qui était membre honoraire de la Société.

SÉANCE DU 20 AVRIL 1889. — PRÉSIDENCE DE M. DUCLAUX, VICE-PRÉSIDENT.

Sur la quantité d'air minima compatible avec la vie : MM. Langlois et Ch. Richet.— Otite chez les jeunes enfants : M. Netter. — Action physiologique de la coronilline : MM. Gley et Schlagdenhauffen. — Sur l'œuf de la lapine : M. Tourneux — Des éléments cellulaires des glandes gastriques : M. Montanet. — Sur la pneumonie contagieuse du cheval : M. Cadéac. — Action de l'oxyde de carbone : M. Linossier.

M. *Ch. Richet* a cherché à déterminer avec M. *Langlois* jusqu'à quel taux minimum on peut réduire la quantité d'air nécessaire à un animal, un chien par exemple, pour entretenir sa fonction respiratoire et pour qu'il ne succombe pas.

— M. *Netter*, dans un certain nombre d'autopsies d'enfants de moins de deux ans, a trouvé chaque fois du liquide dans la caisse du tympan, et ce liquide était purulent; ensemencé, il a d'ailleurs fourni des streptococci.

— M. *Gley* a étudié, avec M. *Schlagdenhauffen* (de Nancy), l'action physiologique d'un nouveau glucoside, la coronilline, extrait des graines de coronille, une légumineuse de nos contrées, par MM. Schlagdenhauffen et Reeb. La coronilline agit d'une façon tout à fait élective sur le cœur, en l'accélérant d'abord, puis le ralentissant; c'est cette phase de ralentissement qui est importante. On l'empêche de se produire par la section préalable des deux pneumogastriques ou du bulbe ou par l'atropinisation, et l'on n'observe plus alors que l'effet vaso-constricteur de la substance, vaso-constriction qui est d'ailleurs toujours suivie d'une diminution notable de la pression intra-artérielle. Avec 2 milligrammes sur un chien de 10 kilogrammes, le cœur s'arrête.

— M. *Pouchet* dépose une note de M. *Tourneux* sur les modifications de l'œuf de la lapine dans son passage à travers la trompe.

— M. *Chauveau* présente une note de M. *Montanet* (de Toulouse), qui poursuit ses recherches sur la différenciation des éléments cellulaires des glandes gastriques; l'auteur a constaté que les deux sortes de cellules glandulaires existent déjà chez le fœtus.

— M. *Chauveau* présente une note de M. *Cadéac*, relative à la pneumonie contagieuse du cheval. L'agent de la maladie est un microcoque, très différent d'ailleurs du pneumocoque de l'homme, qui s'inocule aisément à un grand nombre d'animaux, particulièrement aux lapins; il se multiplie dans le sang, mais ne détermine que des phénomènes généraux, et non la pneumonie.

— M. *Chauveau* dépose une note de M. *Linossier* (de Lyon) sur les effets de l'oxyde de carbone sur les escargots, pour lesquels il n'est pas complètement inoffensif. M. Linossier a également cherché si l'oxyde de carbone est toxique pour les graines; il l'est extrêmement peu, c'est-à-dire qu'elles s'y développent moins bien que dans un gaz inerte, comme l'hydrogène par exemple.

— La Société ne se réunira pas le samedi 27 avril.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 10 AVRIL 1889. — PRÉSIDENCE DE M. FERNET.

Du traitement antiseptique local de la diphthérie: M. C. Paul (Discussion: MM. Cadet de Gassicourt, Créquy, Moutard-Martin, E. Labbé). — Traitement de la gale par le savon au pétrole: M. C. Paul.

M. *C. Paul*, ayant été chargé d'un rapport à l'Académie sur les divers modes de traitement de la diphthérie, a reconnu que presque tous les auteurs français et étrangers admettent aujourd'hui la nature microbienne de la maladie, et la considèrent comme une affection locale au début, se généralisant plus ou moins rapidement. Aussi, s'efforce-t-on de combattre énergiquement les premières manifestations locales au moyen de parasiticides variés. La liste en est longue: le tanin proposé par M. Couzot; les vapeurs phéniquées en permanence, mises en œuvre par M. Renou; le chloral, le biiodure de mercure, l'acide borique, etc.; enfin, l'huile phéno-camphrée, récemment préconisée par M. Gaucher. L'application locale de ces topiques est presque toujours précédée de l'ablation aussi complète que possible des fausses membranes. Les statistiques des divers auteurs donneraient des résultats variables mais fort encourageants, puisque la moyenne générale des succès serait de 94,5 pour 100.

M. *Cadet de Gassicourt* a dû progressivement modifier son opinion au sujet de la diphthérie; il admet aujourd'hui que cette affection est d'abord locale et se généralise rapidement. Par suite, il faut détruire activement les fausses membranes dès le début, tout en évitant les moyens violents qui créent des plaies étendues. Il emploie dans ce but les badigeonnages phéniqués et les irrigations à l'acide phénique, mais sans avoir acquis une confiance absolue dans l'efficacité de ce moyen, car il n'en a pas obtenu une proportion de succès aussi grande que celle dont on vient de parler. Dans bien des cas, dits hypertoxiques, la diffusion du poison soluble est si rapide que tous les moyens locaux échonent fatalement.

M. *Créquy* rappelle que Loiseau, le premier, puis Trousseau, conseillaient le traitement local. Loiseau a recommandé le tanin, et c'est à ce topique que M. Créquy a ordinairement recours. Il ne saurait fournir de statistique précise, car il faut tenir compte de la difficulté du diagnostic dans bien des cas d'angine *avec blanc*.

M. *Moutard-Martin* insiste sur la fréquence des erreurs de diagnostic en pareil cas, et sur la conséquence de ce fait relativement à la valeur absolue des statistiques. Il a pu constater récemment, chez plusieurs enfants, l'existence d'une simple amygdalite caséeuse qui a été prise par le médecin traitant pour de la diphthérie terminée par la guérison.

M. *Cadet de Gassicourt* a maintes fois observé des faits analogues, et rappelle que, d'autre part, bien des cas de diphthérie bénigne guérissent, pour ainsi dire, tout seuls. Aussi faut-il se défier d'un enthousiasme trop hâtif pour tel ou tel mode de traitement. Il a vu dernièrement un enfant succomber à des accidents toxiques trois jours après la disparition des fausses membranes, et le médecin qui soignait cet enfant est resté convaincu que la mort n'a pas été le résultat de la diphthérie; que penser des statistiques où entrent des éléments de ce genre?

M. *E. Labbé* redoute les topiques caustiques et la production de surfaces dénudées étendues qui créent de nouvelles portes d'entrée. Il se sert de solutions phéniquées plus faibles que celles qui ont été indiquées par M. Gaucher, ou encore de la glycérine baratée, et fait de fréquentes irrigations avec l'eau de chaux. Les pulvérisations phéniquées, instituées trop souvent en permanence, amènent parfois des accidents toxiques.

— M. *C. Paul* s'est servi avec avantage pour combattre la gale d'un savon au pétrole. Il suffit de faire sur tout le corps quatre savonnages par jour pendant un ou deux jours, avec le savon ainsi formulé: savon de Marseille, 100 grammes; cire, 40 grammes; pétrole, 50 grammes; alcool, 50 grammes. Ce savon, qui contient le quart de son poids de pétrole, n'est pas irritant, s'émulsionne bien dans l'eau chaude, et permet d'obtenir la guérison d'une façon moins brutale que par le procédé dit de la frotte. Il rend de grands services, surtout chez les sujets à peau fine ou les individus irritables.

La séance est levée à cinq heures et demie.

André Petit.

Société anatomique.

SÉANCE DU 15 MARS 1889.

M. *Dudefoy* décrit une pièce de *salpingite tuberculeuse.*

— M. *Kirmisson* communique un *examen des artères dans un cas de gangrène sèche.*

— M. *A. Pilliet* présente une *thrombose de la veine mésaraïque* ayant donné lieu à des symptômes d'*occlusion intestinale.*

— M. *J. Ménard* expose des *recherches expérimentales sur les fractures du rachis.*

— M. *Caryophyllis* fait voir un *fibrolipome du cœur.*

SÉANCES DES 22 ET 29 MARS 1389.

M. *Klippel* communique un fait de *ramollissement de la couche optique* avec perte du sens musculaire dans les membres paralysés.

— MM. *Ch. Féré* et *Lamy* étudient la *physiologie du pavillon de l'oreille.*

— M. *P. Tissier* relate un cas de *chlorose mortelle.*

— M. *Delagénière* présente une *hypertrophie prostatique* constituée par des tumeurs énucléables des lobes latéraux.

— M. *Létienne* fait voir un *ulcère perforant de l'estomac* dont l'origine embolique est possible, vu la coïncidence d'une endocardite végétante.

— M. *D. Aigre* montre un *cancer de la tête du pancréas.*

— M. *Thiéry* fait une communication sur le choix du procédé opératoire dans la création d'un *anus iliaque artificiel* pour cancer du rectum.

SÉANCES DES 5 ET 12 AVRIL 1889. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

M. *A.-F. Guyon* communique un fait d'*endocardite infectieuse du cœur droit.*

— M. *Pilliet* décrit une *dilatation bronchique du sommet* ayant causé la mort par hémoptysie.

— M. *Minor* (de Moscou) adresse une note sur la *coloration de la graisse dans les lésions du système nerveux,* à l'aide de l'orcanette et de la chlorophylle.

— M. *Mantel* fait voir un *kyste fœtal tubaire* extrait au quatorzième mois par la laparotomie et ayant évolué jusqu'à terme.

— M. *de Lostalot* présente un *kyste de l'ovaire avec élongation du pédicule.*

— M. *G. Caussade* montre une *tumeur du cervelet.*

— M. *H. Legrand* fait une communication sur un cas de *porencéphalie.*

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

Un nouveau médicament hypnotique: l'uralium, par M. G. Poppé (de Bologne). — Cette substance, dont l'auteur a donné la monographie à la Société médico-chirurgicale de Bologne, est un composé de chloral et d'uréthane. Il l'a fait ingérer aux animaux et il l'a prescrit à l'homme avec un égal succès pour provoquer le sommeil. Cette substance ne modifierait pas les fonctions cardio-vasculaires et n'altérerait pas qualitativement les globules sanguins.

Il serait recommandable contre l'insomnie des individus atteints de cardiopathies, d'hystérie et de névropathies. Malgré ces succès, on peut estimer utile de voir ce médicament subir l'épreuve du contrôle expérimental et clinique. (*Gazetta degli Ospitali,* 4 février 1889.)

De la valeur relative de l'opium, de la morphine et de la codéine contre le diabète sucré, par M. T.-R. Fraser. — Les remarques suivantes ont été faites sur un diabétique successivement soumis à l'action de l'un ou de l'autre de ces remèdes, en même temps qu'au régime diététique.

Sous l'influence d'une dose quotidienne de codéine, la densité des urines s'abaissait. A raison d'un vingtième ou d'un dixième de grain, elle ne produisait pas des effets plus complets qu'à la dose de six grains. Enfin quand après une semaine on en suspendait l'emploi, en continuant le régime, les modifications de l'urine persistaient.

On administrait ensuite un demi-grain d'opium trois fois par jour et on obtenait une diminution considérable de l'urine, du sucre et de l'urée. Des doses deux fois plus fortes augmentaient faiblement cette réduction. Mais l'addition d'un vingtième de grain d'atropine paraissait augmenter l'efficacité du traitement.

Une dose d'un tiers de grain de morphine, répétée trois fois par jour, diminuait la quantité d'urine, d'urée et de sucre, mais plus faiblement que trois grains d'opium et surtout que quinze grains de codéine. L'appétit et l'état général du malade paraissait plus satisfaisant.

Aux doses de six grains par jour, la codéine produisait de la stupeur, de l'apathie, du vertige, phénomènes que l'addition d'atropine augmentait. Dans trois autres cas, M. Fraser a constaté encore la supériorité de la morphine sur la codéine, dans le traitement du diabète sucré, de sorte qu'il n'hésite pas à considérer le dernier alcaloïde comme inférieur à l'opium et à la morphine, confirmant ainsi l'opinion défendue récemment par M. Bruce. (*The Brit. med. Journal,* 19 janvier 1889.)

De l'action des médicaments sur le système utéro-ovarien pendant la menstruation, par M. Lombe Atthill. — Pour vérifier l'opinion vulgaire d'après laquelle certains médicaments modifieraient le flux menstruel, l'auteur a fait ingérer pendant la période cataméniale des doses médicinales d'ergot, de strychnine et de quinine. Aucune modification ne fut observée et la menstruation demeura normale.

Les purgatifs, comme l'aloès, ne sont pas non plus des emménagogues. Il en est de même du permanganate de potasse, qui a été parfois recommandé dans ce but.

M. Lombe Atthill admet l'utilité des bromures pour diminuer la congestion utéro-ovarienne indépendante de lésions anatomiques de ces organes. Il prescrit leur ingestion pendant les cinq ou six jours qui précèdent la menstruation et à la dose de 1 gramme par jour environ. Associés à l'ergot, ils ne sont pas d'une efficacité plus grande, sauf toutefois dans les cas de fibromes non pédiculés de l'utérus. (*Dublin Journal of medical Science*, décembre 1888.)

De la valeur thérapeutique du lavage stomacal chez les nourrissons, par M. H. Léo. — Ce mémoire reproduit les conclusions de la note dont l'auteur donnait lecture à la Société de médecine interne en novembre dernier. Il a employé le lavage de l'estomac sur 104 nourrissons au moyen d'une solution de thymol à 20 pour 100, dans la dyspepsie avec diarrhée ou constipation, le catarrhe chronique de l'estomac, la diarrhée simple et le choléra infantile.

Les meilleurs résultats ont été obtenus contre la première et la seconde de ces affections. Après un seul lavage on obtenait souvent la guérison. Ils ont été moins complets quand il s'agissait de la diarrhée et du choléra infantile. Il fallait alors combiner l'emploi des lavages avec l'administration des médications classiques par l'opium et par le calomel. Au demeurant, M. Léo explique les avantages du lavage stomacal dans ces maladies parce qu'il prévient les auto-intoxications par stagnation des aliments dans l'estomac. (*Therap. Monat.*, 1889, n° 5.)

De la créoline dans les affections gastro-intestinales, par M. Hiller. — Cette substance, de composition mal déterminée, pourrait rendre, d'après l'auteur, de réels services comme antiseptique des voies digestives. Il en a fait usage contre le météorisme, contre le catarrhe intestinal aigu et chronique, dans la gastrite et la dilatation stomacale consécutive au rétrécissement pylorique. A cet effet, il prescrit les capsules de créoline par doses quotidiennes de 30 à 50 centigrammes, en trois prises : chaque prise étant ingérée une heure après le repas. De plus, il en aurait constaté les vertus antihelminthiques dans deux cas de tænia et contre les oxyures vermiculaires. (*Cent. f. klin. Med.*, janvier 1889.)

Du salicylate de mercure contre la blennorrhagie, par M. Schwimmer. — Ce traitement antiseptique, essayé par l'auteur, a pour objet de remplacer les solutions de liqueur de Wan Swieten, dont on connaît les propriétés irritantes par le salicylate de mercure qui serait en effet tout aussi antiseptique sans posséder ces inconvénients. M. Schwimmer en a fait usage contre la blennorrhagie aiguë en injections répétées trois fois par jour et contenant chacune 1 centigramme de salicylate mercuriel pour 100 grammes d'eau distillée. Dans la blennorrhagie chronique, le titre de cette solution est plus élevé et M. Schwimmer prescrit une dose de 5 centigrammes de salicylate de mercure pour 100 grammes d'eau.

Après deux ou trois jours dans la forme aiguë et sept ou huit dans la forme chronique, l'écoulement s'arrête. S'il reparait ensuite, il est muqueux et rebelle comme après les autres médications. (*Wien. med. Wochenschr.*, 1889, n° 8.)

Travaux à consulter.

Du traitement des fièvres palustres par l'antipyrine, par M. O.-S. Pampoukis. — Les indications de cette médication par l'antipyrine n'ont pas pour but de remplacer la quinine dans le traitement des fièvres intermittentes, mais seulement de la suppléer là où elle est en défaut. Cette réputation de l'antipyrine la fait employer actuellement par de nombreux médecins grecs, et dans ce mémoire M. Pampoukis rapporte des observations fort intéressantes empruntées à MM. Toehis (de Thèbes), Tselios et Alexandre Georgantopoulos. Sous l'influence de ce médicament, les accès de fièvre palustre sont coupés, alors même qu'il est administré durant l'accès. Il les préviendrait, quand on le fait ingérer avant ces derniers; enfin, autre avantage, ses vertus antihyperthermiques permettraient de diminuer rapidement, au moyen d'injections hypodermiques, les hautes températures des fièvres pernicieuses. L'antifébrine paraît aussi provoquer les mêmes effets apyrétiques, mais M. Pampoukis fait remarquer avec raison que son emploi n'est pas exempt d'inconvénients chez les malades atteints de fièvres palustres. (*Gazette médicale de l'Algérie*, 30 juin 1888.)

De la valeur de l'antifébrine dans le traitement de l'épilepsie, par M. B. Borosnyow. — Pour vérifier les affirmations de ceux qui recommandent cette substance contre le mal comitial, M. Borosnyow a traité comparativement neuf épileptiques, six hommes et trois femmes par les bromures alcalins et par l'antifébrine. Les résultats obtenus ne laissent aucun doute sur l'impuissance de l'antifébrine contre l'épilepsie. De plus, danger redoutable, dans tous les cas, l'auteur a noté la cyanose. Il conclut donc à la nécessité de renoncer immédiatement et définitivement à l'emploi de l'antifébrine contre l'épilepsie. Dans ces essais cliniques, la dose de bromure variait de 6 à 9 grammes par jour, et celle de fébrine entre 25 centigrammes et 2 grammes. (*Centralb. f. Gesam. Therapie*, mars 1888.)

De quelques indications du sulfite de chaux, par M. Mortimer-Willson. — C'est au même titre que l'hydrogène sulfuré que ce médicament est prescrit par l'auteur, en vertu de sa décomposition par les sécrétions gastro-intestinales en chaux et en acide sulfhydrique immédiatement absorbé par le sang. Les récentes applications thérapeutiques de cet acide engagent à recommander le sulfite de calcium dans les affections des muqueuses ou des glandes. Il posséderait, croit-il, une sorte d'action élective pour les muqueuses respiratoires et génito-urinaires. A cet effet, M. Willson le conseille à l'intérieur contre les affections bronchiques et à l'extérieur contre la leucorrhée, l'ozène, le coryza, la vaginite, et en particulier la vaginite blennorrhagique. Au demeurant, c'est un antiseptique dont il conviendrait d'étudier à nouveau les vertus, le mode d'élimination et la puissance. (*The Therapeutic Gaz.*, 15 juin 1888, p. 366.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'histologie, par M. J. Renaut. 1er fascicule: *Le milieu intérieur et le tissu conjonctif lâche et modelé.* 1 vol. in-8° de 310 pages avec 101 figures. Paris, 1889. — Lecrosnier et Babé.

Voici un livre qu'attendaient avec curiosité ceux qui connaissent les recherches que l'auteur a poursuivies depuis vingt ans. M. Renaut peut, en effet, être considéré comme le type le plus moderne et le plus accompli du professeur d'histologie. Continuant la méthode de son éminent maître Ranvier, il s'est attaché à établir l'histologie sur la technique la plus précise, et à prendre pour base de l'anatomie générale la morphologie des éléments démontrée par des réactions caractéristiques. C'est l'anatomie générale, ramenée à l'analyse

rigoureuse, remplaçant les doctrines à priori, qui ont si longtemps retardé la constitution de l'histologie en science bien définie.

M. Renaut est un observateur patient au plus haut degré, attaché à la technique avec passion, n'acceptant que la démonstration absolument précise par la préparation spéciale conservée et probatoire à chaque moment. Il pousse ces qualités jusqu'à l'extrême dans l'exposé de ses recherches, s'aide aussi de dessins, de schéma, qu'il trace avec habileté, et l'on s'étonnerait au premier abord à l'entendre exposer avec des détails d'une minutie extrême ses observations personnelles, si l'on n'était entraîné bientôt par la clarté, la netteté de ses descriptions, et cette conviction qu'il a puisée dans sa méthode avec l'assurance que lui donnent ses procédés. Il est utile en effet d'affirmer que l'histologie s'est dégagée des conceptions théoriques; la théorie plasmatique de Virchow, la théorie du blastème et de la génération spontanée des éléments ont disparu, et il ne reste plus maintenant que la théorie cellulaire ou plutôt mono-cellulaire, qui repose sur ce fait désormais bien démontré que tout organisme naît d'une cellule unique, qui est le germe ou ovule fécondé. Il y a un élément anatomique primordial, la cellule, où le problème de la vie « doit en dernière analyse être réellement posé ». La cellule a des propriétés; elle évolue, fonctionne, réagit; elle possède non seulement une forme qui la définit analytiquement, mais aussi des propriétés que M. Renaut désigne sous le nom de *potentialités*. Le néologisme est heureux et s'explique facilement; il représente la totalité de l'énergie développable par l'élément cellulaire. Celle-ci se retrouve aussi bien dans l'amibe mono-cellulaire que dans les organismes les plus développés, elle peut être ramenée à quatre « potentialités », la nutrilité, la sensibilité, la motilité, et enfin la reproductilité comprenant l'*évolutilité* et la *plasticité*.

L'étude de l'amibe, celle de l'ovule doit commencer l'anatomie générale, et c'est ainsi qu'a procédé notre auteur. Il utilise les progrès considérables accomplis depuis quelques années dans la connaissance de la cellule primordiale, de l'ovule, de son noyau, de son « filament nucléaire », qui, existant dans le pronucléus mâle comme dans le pronucléus femelle, produit par sa combinaison le véritable noyau du germe, dont le filament nucléaire représente l'union réelle des deux organismes paternels. M. Renaut, dès sa préface, nous montre comment ces données certaines font comprendre l'hérédité. La substance typique du noyau du germe, son filament pelotonné ou spirème, contient réunies dans une même formation une série de parcelles maternelles venues les unes de l'organisme paternel, les autres de l'organisme maternel; c'est cette substance ancestrale qui est distribuée à tous les noyaux des cellules de l'organisme nouveau et qui est le véritable substratum anatomique et saisissable de l'hérédité, la *matière héréditaire*. Mais ce n'est encore que la préface, un exposé général, montrant combien sont étendues les applications actuelles de l'histologie même réduite aux notions les plus simples et les plus strictes de la morphologie. Nous ne nous y attarderons pas, car nous trouvons dans l'introduction, sous une forme plus concrète, un exposé remarquable des principes fondamentaux de l'anatomie générale.

Nous ne parlons pas des définitions des éléments des tissus et des systèmes, question scolastique qui n'a pas fait de grands progrès depuis Bichat, mais des descriptions générales des éléments anatomiques cellulaires. Tout ce que nous savons du protoplasme, du noyau, du nucléole, de leur rôle spécial dans la nutrition, l'évolution, la division indirecte, est décrit à grands traits, mais avec la plus grande clarté, et la distinction entre les substances intercellulaires et les éléments cellulaires apparaît comme conséquence naturelle du développement embryonnaire.

Ces généralités ne sont que des préliminaires, et ce fascicule comprend trois chapitres d'histologie d'une grande importance, la lymphe, le sang, le tissu conjonctif, lâche ou diffus; de tels sujets ne s'analysent pas, et il nous suffit de dire que l'on trouve sur les globules blancs, les hémolymphes, les globules rouges et la vie du sang, toutes les notions acquises dans les dernières années, et enfin que nous ne connaissons pas d'exposé du tissu conjonctif lâche plus complet, mieux coordonné ou plus démonstratif, grâce à ses remarquables planches, que celui qui constitue le troisième chapitre.

L'anatomie générale des membranes pleines et fenêtrées, l'histologie du mésentère, de l'épiploon, des séreuses, des tendons, de la cornée, et les questions connexes si importantes des fonctions des endothéliums et de leur rôle dans l'œdème, l'inflammation, l'absorption des graisses, tels sont les sujets d'étude qui terminent ce fascicule; ils nous garantissent l'intérêt que présenteront les fascicules suivants et nous en font bien vivement désirer la publication prochaine.

A. Hénocque.

Compte rendu du service chirurgical de l'hôpital des Enfants, à Bucarest (de 1874 à 1888), par M. le docteur Gr. Romniciano, doyen de la Faculté de médecine. Bucarest, Göbl. 1889.

On ne saurait trop louer les ouvrages semblables à celui-ci. Le savant chirurgien qui depuis treize ans dirige à Bucarest le service chirurgical des maladies de l'enfance a relevé personnellement 8144 observations dont il nous donne le résumé. Elles se rapportent toutes à des enfants ou à des jeunes gens jusqu'à l'âge de seize ans. C'est, on le voit, sur un grand nombre de cas bien étudiés que l'auteur a pu baser quelques conclusions précises. Nous nous contenterons de signaler ce qu'il nous dit des pansements antiseptiques, de l'utilité des pansements humides et des inconvénients qu'ils présentent parfois, de l'importance d'une réunion parfaite, etc., etc. On lira aussi avec fruit ce qui a trait aux lésions articulaires, à l'influence de l'immobilisation et à sa durée dans les cas de coxalgie, aux résultats obtenus par le docteur Romniciano dans des cas relativement graves.

Un compte rendu semblable ne peut être analysé dans ses détails, d'autant plus que l'auteur s'est montré très réservé dans les considérations cliniques sur lesquelles il s'appuie. On doit se borner à signaler ce qu'il y a de méritoire à faire connaître le résumé d'une longue pratique, ce qu'il y a d'utile à recueillir ainsi toutes ses observations et à montrer au public extra-médical, aussi bien qu'à ses confrères, le soin et l'attention avec lesquels, dans les hôpitaux d'enfants, on se préoccupe du traitement et du bien-être des malades.

Hygiène de la première enfance, par M. le docteur Jules Rouvier, professeur de clinique obstétricale à Beyrouth. — Paris, 1889. O. Doin.

Si M. Rouvier a encouru quelque reproche, ce n'est certes pas celui d'avoir négligé la recherche des origines des maladies chez l'enfant. Sous ce rapport l'enfant est pris *ab ovo*, et même *ante ovum*, puisqu'une partie du volume, presque un cinquième, est consacrée à des études tout à fait étrangères au sujet, telles que l'influence des alliances, de l'âge des parents, de leurs santés respectives, de leurs habitudes morbides et même de la consanguinité. Plus tard, nous voyons apparaître un traité de l'hygiène de la grossesse, de la physiologie des couches, leurs conséquences, l'antisepsie obstétricale. Ce n'est que dans la deuxième partie que l'on commence à étudier l'enfant lui-même, et c'est évidemment par là qu'on aurait dû débuter.

Cette réserve faite, il n'est que juste de rendre hommage à la façon consciencieuse dont l'auteur a étudié toutes les questions qui concernent l'anatomie et la physiologie de l'enfant. Il entre dans les plus minutieux détails sur tout ce qui regarde les soins à donner à l'enfant aussitôt après la naissance et dans les premiers mois de la vie.

La troisième partie est exclusivement consacrée à l'étude du lait chez la femme, et chez les animaux et aux modifications qu'il peut subir sous des influences physiologiques ou pathologiques.

L'allaitement constitue la partie principale de l'ouvrage. C'est la question qui domine toute l'hygiène de l'enfance et notre auteur l'a étudiée avec le plus grand soin. L'allaitement par la mère, quand il est possible, constitue pour lui, comme pour tous les médecins expérimentés, la méthode par excellence. A défaut de la mère ou d'une bonne nourrice sur lieu, il donne à l'allaitement artificiel la préférence sur la nourrice à distance. Nous partageons cet avis et nous croyons d'après maintes observations que l'allaitement artificiel bien conduit, bien surveillé, peut fournir d'excellents résultats. Pour apprécier la valeur comparative de l'allaitement artificiel bien pratiqué, on se reportera aux statistiques établies par l'auteur. Elles sont singulièrement encourageantes, surtout depuis l'application de la loi Roussel. On comprend, dès lors, les vœux que forment beaucoup de médecins, dont nous sommes, pour l'établissement de ce que M. le professeur Tarnier désigne sous le nom de fermes d'allaitement. Ces fondations devraient se faire à la campagne, réunir un petit nombre d'enfants, être organisées de manière à pouvoir y pratiquer l'isolement des enfants malades, et munies du nombre de vaches ou d'ânesses nécessaires à la fourniture d'un lait de bonne qualité. Si l'allaitement artificiel bien conduit réussit même dans les villes, quand il est dirigé par une personne intelligente et soigneuse, on comprend quels services il pourra rendre à ces enfants placés dans des conditions hygiéniques bien autrement favorables.

Le chapitre de la syphilis infantile n'appartient pas à proprement parler à l'hygiène, mais bien à la pathologie de l'enfance.

Il n'en est pas de même du sevrage et des précautions que cette phase critique de la vie infantile impose à la mère en même temps qu'à l'enfant.

Un dernier chapitre, consacré à la mortalité infantile et aux moyens de la diminuer, résume toute cette étude et en est, en quelque sorte, la légitime conclusion. L'ouvrage gagnerait certainement à quelques retouches et à certains remaniements que nous avons indiqués. Mais, tel qu'il est, on ne peut trop le recommander à tous ceux qu'intéresse l'amélioration du sort des jeunes enfants ainsi que les progrès réalisés en ces derniers temps dans cette branche importante de la médecine.

B.

VARIÉTÉS

Banquet annuel de l'internat. — Le banquet des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 11 mai, à sept heures et demie, dans les salons du Grand-Hôtel, sous la présidence de M. le professeur Hardy.

Le prix de la cotisation (20 francs pour les anciens internes, 16 pour les internes en exercice) peut être remis dans les hôpitaux à l'interne en médecine, économe de la salle de garde, ou bien à l'un des commissaires du banquet, MM. Piogey, Bottentuit et Tillot (Emile).

Concours du Bureau central d'accouchements. — Le jury est provisoirement constitué de la façon suivante: MM. Guyon, Bouilly, Terrillon, Porak, Bar, Maygrier, Danlos.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. le docteur de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital, reprendra ses conférences sur la chirurgie des enfants et l'orthopédie, le jeudi 2 mai, à neuf heures.

Hôpital de la Charité. — M. le docteur Luys reprendra son cours le jeudi 9 mai à dix heures, dans l'amphithéâtre du premier étage. Ce cours aura pour objet *les maladies du système nerveux et les applications thérapeutiques de l'hypnotisme.* Les personnes qui désirent y assister ne seront admises que sur la présentation d'une carte d'entrée. On est prié de s'inscrire chez le concierge.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Demange, agrégé, est nommé professeur de médecine légale.

Congrès internationaux d'ordre médical. — Soixante-neuf Congrès internationaux seront tenus au Champ de Mars, au cours de l'Exposition prochaine. On vient de fixer définitivement la date et la durée de cinquante-quatre d'entre eux. Voici ceux qui intéressent les médecins.

Congrès: pour l'étude des questions relatives à l'alcoolisme, du 29 au 31 juillet; d'assistance publique, du 28 juillet au 4 août; de chimie, du 29 juillet au 3 août; de thérapeutique, du 1er au 5 août; d'hygiène et de démographie, du 4 au 11 août; de dermatologie et de syphiligraphie, du 5 au 10 août; de médecine mentale, du 5 au 10 août; d'anthropologie criminelle, du 10 au 17 août; dentaire, du 1er au 7 septembre; d'otologie et de laryngologie, du 16 au 21 septembre; d'hydrologie et de climatologie, du 3 au 10 octobre.

Corps de santé de la marine. — Ont été promus dans le corps de santé de la marine:

Au grade de médecin en chef: M. le médecin principal Beaumanoir.

Au grade de médecin principal: 2e tour (choix), M. Brindejonc de Tréglodé; 1er tour (ancien), M. Barrallier.

Au grade de médecin de première classe: 3e tour (choix), MM. d'Estienne, Geay de Convalette; 2e tour (ancien), MM. Lassabatie, Daliot; 1er tour (ancien), MM. Gorron, Robert.

Au grade de médecin de deuxième classe: M. Michond, médecin auxiliaire.

Société médico-psychologique. — La Société médico-psychologique se réunira, en séance solennelle, le lundi 29 avril, à quatre heures, rue de l'Abbaye, 3.

Ordre du jour: 1° Rapport sur le prix Esquirol: M. Pichon; 2° Eloge de Dechambre: M. Ritti.

Souscription Duchenne (de Boulogne).

Huitième liste.

M. le docteur Rendu	20 fr.	»
M. le docteur Sixorsxy (de Kiew)	26	»
MM. les élèves de l'École des Beaux-Arts (cours de M. le professeur Mathias Duval)	32	»
Total	78 fr.	»
Montant des listes précédentes.	3407	34
Total général	3485 fr.	34

Mortalité a Paris (15e semaine, du 7 au 13 avril 1889. — Population: 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 12. — Variole, 4. — Rougeole, 31. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 12. — Diphthérie, croup, 43. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 197. — Autres tuberculoses, 20. — Tumeurs: cancéreuses, 34; autres, 7. — Méningite, 34. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 44. — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 10. — Maladies organiques du cœur, 57. — Bronchite aiguë, 32. — Bronchite chronique, 49. — Broncho-pneumonie, 24. — Pneumonie, 61. — Gastro-entérite: sein, 6; biberon, 36. — Autres diarrhées, 7. — Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 31. — Sénilité, 29. — Suicides, 21. — Autres morts violentes, 3. — Autres causes de mort, 175. — Causes inconnues, 15. — Total: 1010.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Des manifestations ophthalmoscopiques de la méningite tuberculeuse, par M. le docteur A. Ducamp. 1 vol. in-4°. Paris, E. Lecrosnier et Babé. 2 fr. 50

Recherches cliniques sur les anomalies de l'instinct sexuel, par M. le docteur Paul Sérieux. 1 vol. in-8°. Paris, E. Lecrosnier et Babé. 2 fr.

De la virilité et l'âge critique chez l'homme et la femme, par M. le docteur Louis de Séré. 1 vol. in-8°. Paris, E. Lecrosnier et Babé. 2 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

18962. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

SUPPLÉMENT THÉRAPEUTIQUE

DE LA

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

THÉRAPEUTIQUE

L'anémie, la chlorose, la chloro-anémie et toutes les maladies qui ont pour cause l'appauvrissement du sang, jouissent du triste privilège de nous faire parcourir constamment la gamme des médications de toute espèce. Ce n'est pas que nous ignorions quels sont les agents qui peuvent influer sur ces diathèses si persistantes, mais c'est que nous hésitons sur la manière de les employer pour produire un résultat efficace. Le fer est l'agent par excellence de la rénovation du sang; mais il faut d'abord qu'il soit toléré, puis qu'il soit assimilé, enfin qu'il apporte dans l'économie ses propriétés fortifiantes sans faire naître cette déplorable infirmité qu'on appelle la constipation. Tous les chimistes se sont mis à l'œuvre pour résoudre le problème, et quelques-uns sont arrivés à des résultats très utiles. Nous voulons rechercher quelle est, dans l'état actuel de la science pharmaceutique, la préparation qui a le mieux réussi.

Les pilules de Vallet ont joui d'une faveur méritée; elles ont remplacé avec avantage ces affreuses boissons de rouille qui étaient répugnantes, à peu près inefficaces, et cependant indigestes. Elles n'ont pas su satisfaire à toutes les exigences du programme que les chercheurs sérieux s'étaient imposées: leur usage prolongé amenait presque toujours la constipation.

Les pilules de Blaud, recommandables à certains égards, n'ont pas davantage échappé au même écueil. Et nul ne saurait nier la gravité d'un semblable danger. La constipation est une des plus cruelles souffrances infligées à l'espèce humaine et personne n'ignore que ce sont précisément les sujets anémiques et chloro-anémiques qui sont les plus prédisposés à cette terrible affection.

Beaucoup d'autres préparations ont été produites, qui ont eu la prétention d'avoir résolu le problème; elles ne méritent pas même d'être citées; elles avaient les inconvénients des produits sérieux sans en avoir l'efficacité.

En 1839, MM. Gélis et Conté ont présenté à l'Académie de médecine une préparation nouvelle, soigneusement étudiée, et paraissant répondre à tous les desiderata. L'Académie a nommé une Commission qu'elle a chargée d'examiner le nouveau produit.

Cette Commission était composée de M. Fouquier, professeur à la Faculté de Paris; de M. Bally, président de l'Académie, et de M. Bouillaud, également professeur à l'École de médecine. Il était difficile de constituer un jury plus compétent et plus honorable.

MM. Fouquier et Bouillaud se sont livrés à des expériences nombreuses, et leur verdict ne s'est pas fait attendre. Sans nier le mérite relatif des préparations déjà connues que nous avons citées plus haut, ils ont déclaré que les dragées de Gélis et Conté au lactate de fer étaient supérieures à ces préparations et devaient leur être préférées. A l'appui de leur opinion, ils ont apporté la relation d'observations nombreuses dans lesquelles ils constataient les résultats très satisfaisants qu'ils avaient obtenus de l'emploi fait par eux-mêmes de la médication nouvelle. Le docteur Hardy, chef de clinique du professeur Fouquier, est venu appuyer l'opinion de son chef de ses observations personnelles, et les services des professeurs Andral, Bouillaud, de MM. Bally, Beau, Nonat, fournirent bientôt leur contingent d'observations aussi concluantes.

Sur le rapport de sa Commission, l'Académie de médecine a voté des remerciements à MM. Gélis et Conté et l'impression dans le *Bulletin* de l'Académie du mémoire qui avait accompagné la présentation de leur produit.

La supériorité du lactate de fer sur les autres préparations martiales a été de ce moment reconnue. Plus tard, elle fut confirmée par les nombreuses expériences, tant physiologiques que pathologiques, de MM. Claude Bernard, Bareswil et Lemaire, et plus tard encore, en 1858, par le rapport d'une nouvelle Commission de l'Académie de médecine, composée de MM. les professeurs Velpeau, Trousseau, Depaul, Bouchardat et Boudet. Les expériences qui furent faites alors, en présence de MM. Robiquet, Boudault et Corvisart, constatèrent d'une manière irréfutable les avantages du lactate de fer au point de vue de la digestion et de l'assimilation.

Il est donc définitivement acquis que les dragées de Gélis et Conté sont le ferrugineux le plus efficace, et qu'aucun ne saurait combattre l'anémie, la chlorose, la chloro-anémie, avec une plus grande certitude de succès.

(*Union médicale.*)

THÉRAPEUTIQUE

Étude physiologique sur la digestion et sur la médication chlorhydro-pepsique.

La transformation des matières albuminoïdes en *peptone* par la pepsine ne peut se produire qu'autant que l'action du ferment digestif a lieu en présence d'un acide. La nature de cet acide a donné lieu à de nombreuses discussions, mais les expériences physiologiques de Prout, Schmidt, Mulder, Brinton, Rouget, etc., ne laissent aucun doute à ce sujet, c'est à l'acide chlorhydrique associé à la pepsine que le suc gastrique doit son action digestive.

Les travaux de Caillot (thèse de 1886), Bence-Jones semblent prouver que cet acide provient en partie du chlorure de sodium, mais qu'une assez grande quantité existe à l'état libre dans le suc gastrique. Rabuteau (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*) a nettement démontré que le suc gastrique doit son acidité à l'acide chlorhydrique et c'est à MM. Laborde, Ch. Richet et Schiff que nous devons la connaissance de la combinaison formée par cet acide avec la pepsine (*acide chlorhydro-pepsique*).

C'est à partir de ce moment que la médication chlorhydro-pepsique a pris une place importante dans la thérapeutique des dyspepsies. Basée sur ces données physiologiques, cette médication, qui par ses éléments actifs rappelle le suc gastrique, a été de la part de M. Grez l'objet d'expériences nombreuses et de perfectionnements raisonnés.

L'acte digestif se réduit à deux facteurs essentiels, des sécrétions et des mouvements, leurs altérations occasionnent des troubles digestifs qui nécessitent l'emploi simultané des ferments et des amers, ces derniers stimulant la vitalité de l'appareil digestif favorisent la *Peptogénie*. Cette théorie de la Peptogénie si féconde en résultats pratiques a été confirmée par les recherches de Vulpian et Herzen, qui ont mis en lumière l'efficacité de l'acide chlorhydrique sur la production des éléments peptogènes.

L'expérience clinique est venue démontrer que la médication chlorhydro-pepsique répond parfaitement aux indications thérapeutiques des dyspepsies, et les nombreux succès signalés par MM. Ch. Fremy, le professeur Gubler, Huchard, Lucas-Championnière, etc., ne laissent aucun doute sur l'efficacité de l'*Elixir Grez chlorhydro-pepsique* dans les dyspepsies. La pepsine chlorhydrique agissant plus sûrement et plus rapidement en solution que sous toute autre forme, les praticiens ont donné la préférence à l'*Elixir Grez* qui se donne à la dose d'un verre à liqueur à chaque repas et d'une à deux cuillerées à dessert aux enfants; chez les dyspeptiques qui ne supportent pas les préparations alcooliques on peut remplacer l'élixir par deux à trois *pilules Grez* chlorhydro-pepsiques.

M. le docteur Chéron, le savant médecin de Saint-Lazare, a signalé les heureux effets de cette médication pour combattre les vomissements de la grossesse.

MM. Archambault et Bouchut, médecins de l'hôpital des Enfants, ont expérimenté l'*Elixir Grez* chez des enfants atteints de troubles gastro-intestinaux. Quelques jours de traitement ont suffi pour guérir tous ces petits malades.

Dans l'anorexie si fréquente à la seconde période de la phthisie, MM. Courtois et Angelo ont obtenu d'excellents résultats de l'usage des préparations chlorhydro-pepsiques qui stimulent rapidement l'appétit des malades et permettent de les alimenter. C'est ce qui explique l'efficacité de l'*Elixir Grez* chez les convalescents et chez tous les malades dont l'organisme est affaibli par défaut d'assimilation.

Dr L. Robert.

Albuminate de fer soluble.

De toutes les préparations ferrugineuses préconisées dans le traitement de la chloro-anémie, l'albuminate de fer soluble accueilli avec raison par les médecins des hôpitaux est aujourd'hui le plus universellement employé.

La liqueur de Laprade à l'albuminate de fer répond en effet physiologiquement à la constitution du globule sanguin et, dans les cas d'altération de cet élément, son emploi donne des résultats sûrs et rapides. — Emploi facile, sûreté d'action, guérison assurée, tels sont les avantages que tous les observateurs ont unanimement signalés et qui justifient le succès de cette préparation, qui, suivant l'expression du professeur Gubler, constitue le plus assimilable des ferrugineux.

(Extrait du *Bulletin de thérapeutique*.)

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

18832. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 1er mai 1889.

Académie des sciences : **Intoxication urinaire.** — *Académie de médecine :* **Les médicaments nouveaux.** — **Étiologie du tétanos.**

M. le professeur Guyon vient de communiquer à l'Académie des sciences le résumé des recherches qu'il poursuit en vue de préciser les conditions et les causes de l'infection urinaire. On lira avec le plus vif intérêt la note que nous reproduisons textuellement plus loin. Les nouvelles recherches de M. Guyon montrent l'influence de la rétention d'urine sur l'infection de l'appareil urinaire; elles prouvent de plus que cette infection est toujours due à une intervention septique, c'est-à-dire à l'inoculation directe de la vessie par les instruments; mais, en même temps, elles démontrent jusqu'à l'évidence que l'introduction des germes reste inoffensive dans une vessie parfaitement saine et que la réceptivité morbide dépend surtout de la rétention d'urine, si fréquente et si grave chez les prostatiques. C'est dire que l'antisepsie la plus rigoureuse est d'une nécessité absolue dans le traitement de ces malades.

— Une Commission académique avait été chargée d'étudier les moyens à mettre en usage pour permettre aux industriels et aux pharmaciens français de préparer et de vendre les produits chimiques auxquels les industriels allemands ont donné un nom spécial. Il est à remarquer, en effet, que la législation française est ainsi faite que le nom imaginé par un pharmacien pour désigner un produit quelconque peut lui servir de marque de fabrique, alors que cependant aucun médicament ne peut être breveté. Les industriels allemands ont dès lors émis la prétention d'installer en France des fabriques de produits chimiques et d'y monopoliser la fabrication des médicaments protégés par une marque de fabrique spéciale.

Pour remédier à cet abus, la Commission, par l'organe de son rapporteur M. Dujardin-Beaumetz, appelle l'attention des pouvoirs publics sur une réforme de la législation pharmaceutique; mais, en attendant que ce vœu soit exaucé, elle déclare que, le médecin, ayant inscrit sur son ordonnance le nom vulgaire d'un médicament (antipyrine, antifibrine, sulfonal, etc.), le pharmacien est en droit de délivrer celui-ci après l'avoir préparé lui-même, mais à la condition de le désigner sur ses registres sous sa dénomination scientifique.

Cet avis n'a point été donné sans l'approbation de juristes expérimentés. Nous n'avons donc pas à en affirmer ici l'opportunité et l'intérêt; mais nous pouvons exprimer le vœu qu'un fabricant de produits chimiques français se mette à préparer en grand de la diméthyloxyquinizine et à la vendre sous ce nom à tous nos pharmaciens. Si le produit est pur et toujours semblable à lui-même, s'il se présente avec la garantie d'un chimiste autorisé, les médecins et les pharmaciens n'hésiteront pas à le préférer aux préparations si souvent falsifiées qui nous viennent d'Allemagne et nous doutons qu'après l'avis de l'Académie de médecine, les magistrats français prétendent, en cas d'une action judiciaire, que la loi ait été tournée.

— La discussion sur le tétanos s'est continuée par trois communications : l'une de M. Trasbot qui reconnaît la nature infectieuse et l'inoculabilité du tétanos, mais nie son orine équine et n'admet pas que la maladie puisse être classée parmi celles qui sont justiciables des prescriptions de la loi sanitaire; la seconde de M. Laborde, qui, contrairement à ses collègues, croit encore à l'influence exclusive dans certains cas du traumatisme nerveux; enfin, la troisième, due à M. Lagneau, qui étudie, au point de vue statistique, la distribution géographique des cas de tétanos mortel observés à Paris. Il serait intéressant d'étendre ces recherches et de voir si l'origine tellurique du tétanos est toujours démontrée et si, dans tous les pays où la culture est étendue et où les animaux domestiques sont employés journellement, le tétanos est plus fréquent que dans les régions où la terre ne reçoit et ne contient que peu de germes. Il est probable que M. Verneuil répondra encore à ses contradicteurs et que la discussion sera prochainement close sur cet intéressant sujet.

CLINIQUE CHIRURGICALE

La résection du tarse par le procédé de Wladimiroff-Mikulicz.

Il y a quelques semaines M. Berger et M. Chaput ont présenté à la Société de chirurgie des malades qui avaient subi avec succès une résection spéciale du pied et de la jambe, et en avaient retiré un bénéfice fonctionnel considérable.

Cette résection, peu connue en France, porte le nom d'opération de Wladimiroff-Mikulicz. Elle a en effet été indiquée par Wladimiroff en 1871, mais à cette époque elle était restée tout à fait inaperçue, et elle ne s'est vulgarisée que depuis 1881, époque à laquelle Mikulicz l'a inventée, à nouveau, sans connaître les travaux de son devancier. Malgré les nombreux inconvénients qu'il y a à attribuer le nom d'un homme à une maladie ou à une opération, nous ne croyons pas, dans l'espèce, pouvoir faire autrement. L'acte chirurgical dont nous allons parler est en effet trop complexe pour que l'on puisse le définir d'un mot.

Le principe général de l'opération est le suivant. Du côté du pied on enlève non seulement le tarse postérieur, calcanéum et astragale, mais en outre plus ou moins du tarse antérieur, cuboïde, scaphoïde, cunéiformes. Du côté du tibia et du péroné, on résèque une plus ou moins grande hauteur des os. Puis les métatarsiens et ce qui reste du tarse antérieur sont mis dans le prolongement de l'axe des os de la jambe et appliqués par leur extrémité postérieure, ainsi devenue supérieure, contre la section de ces os. Il en résulte donc un pied équin artificiel, et, pour permettre la marche, on redresse les orteils à angle droit sur le dos du pied, en hyperextension. De la sorte l'opéré appuie dans la marche sur les régions où la peau est habituée à supporter des pressions sur les articulations métatarso-phalangiennes, et l'on comprend, de plus, que le raccourcissement puisse être léger ou même nul.

Cette opération n'a pas été souvent pratiquée à Paris. Elle est plus courante en Allemagne, d'après ce que M. Schwartz a vu dans un récent voyage. Peut-être est-elle appelée à rendre des services réels. Aussi croyons-nous devoir analyser ici avec quelques détails un important travail communiqué par M. Berger à la dernière séance de la Société de chirurgie, travail qui a soulevé une discussion assez étendue.

I

Jusqu'à présent, la plupart des opérateurs ont sacrifié hardiment toutes les parties molles postérieures; l'avant-pied n'était plus relié à la jambe que par les parties molles antérieures, formant pont entre les deux segments osseux. A travers une semblable brèche, il va sans dire que le manuel opératoire ne saurait être bien compliqué.

De chaque côté, une incision longitudinale est faite à la jambe, derrière chacune des malléoles dont elle dépasse un peu la base par en haut. Ces incisions se recourbent sous la pointe de la malléole correspondante pour devenir horizontales sur les bords du pied et s'arrêter en avant à une distance variable, en moyenne au niveau de la ligne transversale passant par le tubercule du scaphoïde. Puis entre les extrémités de ces incisions, on coupe transversalement à fond, perpendiculairement au squelette, toutes les chairs de la plante du pied en bas, de la face postérieure de la jambe en haut. Cela fait, il est aisé de décoller des os les tendons, muscles, vaisseaux et nerfs de la face dorsale. Puis on a toute facilité pour réséquer les parties malades du tarse, pour scier les os de la jambe à une hauteur variable, en dépassant largement les limites du mal.

Une fois les parties osseuses mises bout à bout, on suture la section jambière des parties molles à la section plantaire. Le pont antérieur forme une sorte de gros pli, qui, peu à peu, se rétracte et diminue, de façon à ne plus causer aucune gêne.

L'opération que nous venons de décrire en quelques mots séduit sans doute par sa facilité. Mais le simple raisonnement lui fait découvrir de graves défauts.

Ce procédé, en effet, a des allures barbares. Il va à l'encontre des principes élémentaires qui guident en général dans le manuel opératoire des résections. Il détruit tout ce que l'on a coutume, de garder avec le plus de soin. Le tendon principal de la région est le tendon d'Achille : on le sectionne. Les vaisseaux et nerfs les plus importants sont ceux de la plante du pied; eux aussi sont coupés et le soin d'assurer la vitalité des parties est désormais dévolu à la seule pédieuse et aux nerfs, insignifiants, de la face dorsale. On penserait donc que la gangène de l'avant-bras dût être fréquente; en effet elle a été observée par Sordina. Il faut reconnaître toutefois qu'elle est rare, d'une rareté qui même est étonnante.

Mais il est fréquent de constater, après cicatrisation des plaies, que le pied est atteint de troubles trophiques assez notables, gêne sérieuse pour les fonctions du membre. Cela n'est que naturel, puisque le nerf tibial postérieur a été sacrifié. K. Roser, frappé par cet inconvénient, a cru qu'il l'éviterait, dans une certaine mesure au moins, en assurant par une suture exacte la juxtaposition des extrémités nerveuses. L'événement a, par malheur, démenti ses espérances, et son opéré est précisément un de ceux où le membre n'a point recouvré la plénitude de la vitalité.

Il est des circonstances où ces sacrifices sont indispensables. Ainsi nous verrons qu'une des indications à l'opération de Wladimiroff est fournie par les lésions traumatiques du talon avec fracas osseux et destruction des parties molles postérieures. En pareil cas, il va de soi qu'on aura recours au procédé que nous venons de résumer. Mais en sera-t-il de même lorsque l'on se trouvera en présence d'une lésion qui n'a pas altéré la région postéro-plantaire?

Pourquoi ne conserverait-on pas alors les parties molles postérieures? On craint sans doute, vu leur épaisseur, qu'après juxtaposition des os, elles ne forment un bourrelet énorme frottant contre le soulier et gênant à un haut degré les fonctions du membre. Le résultat immédiat semble justifier cette hypothèse, et l'on pouvait redouter que la rétraction cicatricielle fût insuffisante à faire disparaître ce pli volumineux. M. Berger, cependant, a pensé que là devait être l'avenir, et les chairs postérieures avaient été respectées avec soin sur la malade qu'il a présentée à la Société de chirurgie. Il n'en était résulté aucun inconvénient, bien au contraire les avantages avaient été sérieux au double point de vue de l'innervation et de la vascularisation.

Reste une autre objection: l'opération doit être plus difficile. La chose est certaine, mais M. Berger a prouvé qu'on peut, sans trop de peine, décortiquer le tarse et la région malléolaire en incisant la région en dehors, sur une ligne verticale rétro-malléolaire, et sur une ligne horizontale qui, passant sous la pointe de la malléole, va du tendon d'Achille à la tubérosité du cinquième métatarsien. Cette incision, avec de

légères variantes, est classique depuis longtemps pour aborder le squelette de cette région; c'est, comme l'a fait remarquer M. Polaillon, celle que Hilton préconisait pour l'ablation du calcanéum. M. Schwartz a vu, il y a peu de temps, une jeune fille que Kreitzky avait opérée par un procédé tout à fait analogue à celui de M. Berger. En somme, M. Berger semble avoir démontré que l'incision externe peut suffire pour l'opération de Wladimiroff; que la conservation des parties molles postérieures est ainsi assurée.

M. Chauvel a fait observer, toutefois, que la malade présentée par M. Berger était une femme, à pied petit; que sur un pied d'adulte mâle et vigoureux le jour serait sans doute insuffisant pour bien mettre à nu le squelette en dedans. Rien n'empêcherait alors de pratiquer sur la malléole interne une incision longitudinale, qui permettrait de parfaire avec aisance la libération osseuse. C'est ce que paraissent avoir fait MM. Jaboulay et Lagnaite dans une opération récente sur laquelle M. Poncet (de Lyon) a donné quelques renseignements (1).

Les ablations osseuses une fois terminées, la plupart des auteurs mettent simplement les os restants au contact et ne suturent que les parties molles. Le membre est immédiatement immobilisé dans un appareil plâtré, qui, selon eux, assure une contention suffisante. M. Berger n'est pas de cet avis. Il accorde qu'une fois l'appareil plâtré appliqué, la position ne saurait plus changer. Mais pendant les manœuvres du pansement l'avant-pied redressé se déplace facilement, des parties molles tendent à s'interposer entre les surfaces osseuses. Aussi M. Berger conseille-t-il de suturer les os, non point au fil d'argent, mais seulement au gros catgut, pour obtenir une juxtaposition temporaire mais précise et avoir toute sécurité pendant la confection d'un bon appareil contentif. Les cavités formées par les plis musculo-cutanés sont bourrées d'iodoforme. Le pansement, compressif, sera laissé en place aussi longtemps que possible; la plupart du temps, lorsqu'on l'enlève, la consolidation osseuse est à peu près complètement effectuée.

Le résultat obtenu n'est sans doute pas des plus beaux au point de vue esthétique, et, si le sujet a quelque coquetterie, il devra porter un soulier spécial extérieurement semblable à celui du côté opposé. Aussi va-t-il sans dire que, toutes les fois qu'elle sera possible, la résection tibiotarsienne sera préférable à l'opération de Mikulicz. De même pour l'amputation ostéoplastique intra-calcanéenne de Le Fort: l'aspect du pied n'est pas beaucoup plus gracieux, mais il est indiscutable que, malgré un léger raccourcissement, la marche s'effectue avec plus de solidité.

C'est là en effet qu'est la pierre d'achoppement de l'opération nouvelle.

Certes les résultats sont fort encourageants. Dans une thèse soutenue en janvier dernier devant la Faculté de Paris, M. Simon a réuni 34 observations. Vingt fois, la marche est bonne, et chez quatorze malades elle est même excellente : le sujet peut monter à l'échelle, faire de longues courses sans autre appareil qu'une gaine de cuir serrant le cou-de-pied et qu'un bâton, et encore en est-il qui s'en passent. Malgré les protestations de M. Després, ce n'est pas là un « pied de gens riches », et ces résultats fonctionnels sont supérieurs à ceux de l'amputation de jambe.

(1) Au moment de mettre sous presse nous recevons l'article original de MM. Jaboulay et Lagnaite. Nous indiquerons prochainement dans une analyse les détails opératoires du procédé de ces auteurs.

Mais à côté de ces succès, il faut faire la place des revers, dont la cause principale est le défaut de consolidation osseuse. Un léger degré de mobilité n'a pas de grands inconvénients: l'opéré de M. Chaput en est la preuve. Mais trop souvent l'insuffisance de solidité a rendu inutile la colonne de sustentation qu'on avait voulu conserver; elle a contraint Rose, Rohmer (de Nancy) à recourir à l'amputation. Il faut ajouter que dans le cas de Rohmer il y avait, en outre, une récidive locale. Là, en effet, est un autre écueil, mais nous ne pourrons le signaler qu'après avoir résumé en quelques mots les indications de l'opération de Mikulicz.

II

Il est un point sur lequel tout le monde est d'accord; la tarsectomie de Wladimiroff est absolument indiquée dans les lésions traumatiques qui détruisent le calcanéum, la plante du pied, la région postérieure du talon: on en conçoit la possibilité par un éclat d'obus, par exemple. Dans ces cas, la conservation n'est possible qu'au prix de cicatrices qui constituent une infirmité persistante. Indication rare d'ailleurs, car parmi les 34 observations connues de M. Berger, une seule répond à cette catégorie.

On y a eu recours pour un néoplasme: la récidive a été rapide et il ne semble pas que cet exemple doive être suivi. En somme, la plupart des malades étaient atteints de tumeur blanche du pied, et ici une question préalable se pose: quelle est pour ces tumeurs blanches, comme pour celles du poignet, la valeur des opérations conservatrices comparée à celle de l'amputation?

Une distinction absolue est à établir suivant l'âge du sujet. M. Poncet y a insisté avec soin. Chez les enfants, la conservation doit être la règle. On se contentera presque toujours des grattages, des évidements, des résections atypiques; ces opérations partielles successives, aidées d'un traitement médical approprié, conduiront la plupart du temps à la guérison.

Il n'en va plus de même chez l'adulte, quoique M. Després prétende guérir 9 fois sur 10 par la simple compression « ce qu'on appelle des ostéo-arthrites tuberculeuses ». En réalité, dans ces parties où le squelette est formé d'os petits, spongieux, à articulations multiples, les lésions évoluent avec une facilité désespérante, et de là l'échec ordinaire des traitements qui donnent pour les grandes jointures de nombreux succès. Aussi il y a quelques années, à propos d'un mémoire de M. Robert, l'avis de la Société de chirurgie avait-il été à peu près unanime: lorsque la révulsion et la compression échouent, c'est à l'amputation qu'il faut s'adresser, sans s'attarder à des opérations conservatrices après lesquelles la récidive est à peu près constante. Cette opinion est restée celle de M. Chauvel; celle de M. Segond surtout, qui a dû amputer, en fin de compte, tous ses malades et, à l'hôpital de la Charité plusieurs de ceux du professeur Trélat.

Mais M. Berger, d'abord partisan de cette doctrine, tend aujourd'hui à la trouver trop radicale, surtout pour les sujets qui, jeunes encore, ne sont cependant plus des enfants, ont dix-huit, vingt, vingt-cinq ans. Une des causes de récidive est, sans contredit, la suppuration du foyer opératoire: la tuberculose s'installe sans peine dans ces tissus enflammés. A mesure que l'antisepsie s'est perfectionnée, on a donc pu étendre davantage le champ des opérations partielles pour les tumeurs blanches du poignet, du cou-de-pied. La réunion immédiate évite bien des repullu-

lations du mal. La preuve en est dans la statistique sur laquelle s'appuie M. Berger; on y relève huit récidives sur une trentaine d'opérations de Mikulicz pratiquées pour ostéo-arthrites tuberculeuses. Le chiffre est sérieux mais non point excessif, d'autant plus que deux de ces malades guérirent après une petite résection complémentaire.

Il semble donc qu'on doive adopter l'opinion de M. Berger. Pour les tumeurs blanches du pied, chez l'adulte, on est en droit d'avoir quelque espoir dans les opérations conservatrices, de les tenter avant d'en venir à l'amputation. Mais la disposition anatomique des parties est telle qu'il est bien souvent impossible de diagnostiquer à l'avance quelles sont les limites du mal. Dès lors la conduite du chirurgien devra être la suivante.

Avant d'entreprendre l'opération, on aura obtenu que le malade se soit résigné à l'amputation si la résection est reconnue impossible. L'incision externe que nous avons décrite sera alors tracée et on examinera avec soin quel est l'état du squelette mis à nu. S'il est possible, on se bornera à la résection tibio-tarsienne ou à l'amputation ostéo-plastique de Le Fort. Si le calcanéum est atteint, on aura recours à l'opération de Mikulicz. Mais on n'en restera là que si on est sûr d'avoir bien dépassé les limites du mal, et trop souvent les os de la jambe réserveront au chirurgien des surprises désagréables. Trop souvent on sera forcé de faire comme M. Prengueber : de tenter l'opération de Mikulicz et de terminer, séance tenante, par une amputation de jambe. Mais ce n'est pas un motif pour renoncer, de parti pris, aux avantages possibles de la chirurgie conservatrice.

Lorsque la résection aura été menée à bien, il ne faudra pas, d'autre part, chanter trop tôt victoire; la récidive n'est pas rare et parfois l'amputation n'aura été que différée. C'est encore une perspective qu'il faut mettre à l'avance devant les yeux du patient, en lui présentant la résection comme une chance à courir pour éviter l'amputation. La question étant ainsi posée, M. Berger a raison de croire que la plupart des malades accepteront volontiers une tentative de conservation.

A. Broca.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

De l'administration de quelques préparations de belladone dans la coqueluche.

On peut administrer la belladone pendant la période catarrhale, pendant la phase spasmodique ou au déclin de la coqueluche.

1° Dans la *période catarrhale*, il est utile de l'associer à d'autres calmants. M. J. Simon recommande la formule suivante :

Teinture de belladone..... } Teinture de racine d'aconit. }	ãã X gouttes.
Eau de laurier-cerise.......	10 grammes.
Eau de tilleul..............	90 —
Sirop de lactucarium........	30 —

A faire ingérer par cuillerée toutes les trois heures.

2° Dans la *période spasmodique* et à l'instar de Hufeland et de Trousseau les médecins de Vienne prescrivent volontiers la *poudre de belladone*.

Pour les petits enfants, Bamberger conseillait le matin et le soir l'un des paquets suivants :

Poudre de racine de belladone.	0gr,10
Sucre blanc..................	5 grammes.

A diviser en dix paquets.

Aux enfants plus âgés, M. Monti fait ingérer deux à trois fois par jour l'un des paquets suivants :

Racine de belladone.... ..	0gr,10
Bicarbonate de soude...... } Sucre blanc pulvérisé...... }	ãã 1gr,50

Divisez en dix paquets semblables.

On peut encore, avec M. Monti, associer la belladone à la quinine dans une poudre composée, dont on administrera deux à trois paquets par jour :

Racine de belladone pulvérisée.	0gr,10
Sulfate de quinine...........	0gr,50
Sucre blanc pulvérisé........	2 grammes.

A diviser en dix paquets semblables.

La *teinture de belladone* s'administre soit *en nature*, à l'exemple de Bamberger et à raison de II à XV gouttes par jour, en trois ou quatre prises, suivant l'âge des enfants et en surveillant l'état de la pupille et les phénomènes d'intoxication, soit dans une *potion* ainsi composée :

Teinture de belladone........	II à VI gouttes.
Julep gommeux............	70 grammes.

Prendre une cuillerée à café toutes les deux heures.

Dans les formes intenses, M. Ellis conseille l'*extrait de belladone*, et en particulier la mixture suivante :

Extrait de belladone	0gr,01
Bromure de potassium.......	0gr,05
Sirop de pavot.............	XV gouttes.
Eau......................	10 grammes.

Pour une prise.

Il répète au besoin cette prise jusqu'à la dose élevée de 5 centigrammes d'extrait par jour, s'il existe de la tolérance et en surveillant très attentivement l'action du médicament.

3° Dans la *période de déclin*, il y a lieu encore de prescrire ce médicament, d'après M. J. Simon, mais en l'associant aux toniques : huile de foie de morue, iodure de fer, quinquina, etc.

Ch. Éloy.

CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES

Formule rationnelle de pommade mucilagineuse.

Aux considérations développées récemment dans ce journal (n° du 12 avril) au sujet des pommades mucilagineuses, nous croyons devoir ajouter quelques réflexions. Avec notre première formule, où entrait de la glycérine, on obtenait un agent qui était peu favorable à l'absorption des médicaments par la peau. D'autre part la proportion de gomme adragante y était trop considérable. Nous nous sommes efforcés d'améliorer ce produit et nous avons

reconnu qu'en ajoutant à la préparation un centième de poudre de savon, on obtient un mélange parfait.

Nous recommandons dès lors de préférence la formule suivante :

Vaseline....................	30 grammes.
Oxyde de zinc..............	4 —
Gomme adragante pulvérisée...	2 —
Eau distillée................	10 —
Teinture de benjoin de Siam...	XXX gouttes.
Poudre de savon............	0gr,40

Faites le mélange d'oxyde de zinc et de vaseline dans un mortier, et ajoutez-le petit à petit au mucilage préparé dans un autre; introduisez la poudre de savon et enfin la teinture; mêlez soigneusement et conservez dans un vase fermé.

Pierre Vigier.

REVUE DES COURS ET DES CLINIQUES

Faculté de médecine. — Cours de pathologie interne : M. le professeur Dieulafoy.

Syphilis du poumon et de la plèvre.

(Leçons recueillies par le docteur Fernand Widal, interne des hôpitaux.)

Les syphilides du larynx, de la trachée ou des bronches que nous avons précédemment étudiées, ne sont pas, il s'en faut, les seules manifestations de la vérole sur les voies respiratoires. Le poumon peut être atteint et la plèvre n'est pas toujours épargnée. C'est cette syphilis du poumon et de la plèvre que je vais actuellement étudier.

En France, nombre de travaux ont été publiés sur la matière. Je vous citerai surtout la thèse de Landrieux (1872), les leçons de M. le professeur Fournier (*Gaz. hebdom.*, 1875, nos 48, 49, 51), à l'hôpital de Lourcine, une observation présentée par lui à l'Académie de médecine (19 novembre 1878), les thèses de Carlier (1882) et de Jacquin (1884), les leçons publiées l'an passé par M. Mauriac (*Gaz. des hôp.*, 1888), une clinique récente de M. Potain (*Gaz. des hôp.*, 1888, nos 137 et 142). J'ai moi-même recueilli plusieurs observations de syphilis du poumon et de la plèvre; tous ces documents vont être utilisés dans le cours de mon exposition.

Je dois vous mettre tout d'abord en garde contre une erreur de langage. On a trop souvent le tort de confondre les termes *pneumopathie syphilitique* et *phthisie syphilitique*. Nombre de malades atteints de syphilis pulmonaire meurent ou guérissent sans devenir des phthisiques. La phthisie doit être considérée comme une complication qui peut manquer au cours de la pneumopathie syphilitique; elle s'installe d'après un processus sur lequel j'aurai à m'étendre plus tard.

Anatomiquement, la syphilis pulmonaire se manifeste sous l'une des trois formes suivantes :

1° *Sous forme de gommes.* — Généralement peu nombreuses et peu volumineuses, leurs dimensions ne dépassent qu'exceptionnellement celles d'une noisette, d'une noix ou d'un œuf de pigeon. Elles sont entourées d'une coque fibreuse très résistante; leur centre est jaunâtre, friable, dégénère en matière caséeuse et laisse des cavités après ramollissement ;

2° *Sous forme de sclérose disséminée* (*Fibroïd lungs* des auteurs anglais). — Je vous ferai plus loin de cette lésion une description détaillée ;

3° *Sous forme de sclérose associée à des gommes.*

Les formes cliniques si variées de la syphilis pulmonaire résultent toutes de ces lésions isolées ou combinées et des lésions analogues des bronches leur sont souvent associées. Pour la clarté et la rigueur de la description je vous propose la classification clinique suivante :

1° Type simulant la broncho-pneumonie tuberculeuse aiguë ;

2° Type simulant la phthisie tuberculeuse vulgaire;

3° Sclérose syphilitique broncho-pulmonaire et pleurésie syphilitique ;

4° Pneumopathie syphilitique combinée à une tuberculose du poumon qui lui est antérieure ou postérieure ;

5° Syphilis pulmonaire héréditaire précoce ou tardive.

1° *Type simulant la broncho-pneumonie tuberculeuse aiguë.* — Dans certains cas, la syphilis du poumon offre le tableau presque fidèle de la phthisie tuberculeuse aiguë, et, si elle présente parfois un caractère à elle particulier, ce n'est que le jour où la cause de la maladie étant reconnue et traitée, on assiste à une amélioration et à une guérison parfois surprenantes.

En voici quelques exemples :

Une observation recueillie par M. Giraudeau dans le service de M. Hayem et consignée dans la thèse de Jacquin retrace l'histoire d'une femme de trente-cinq ans, qui à son entrée à l'hôpital, toussait, grelottait la fièvre depuis huit jours et présentait à la partie moyenne du poumon gauche, en arrière, une matité étendue avec exagération des vibrations thoraciques, respiration soufflante et râles sous-crépitants. Les jours suivants, l'aggravation fut telle, que le souffle devenait bientôt caverneux et mélangé de gargouillements, les crachats apparaissaient nummulaires, striés de sang, et au bout de quatre semaines la malade amaigrie, couverte la nuit de sueurs profuses, toujours fébricitante, avait pris tout l'aspect d'une phthisique. Alors seulement, en raison de l'hypertrophie des ganglions occipitaux et inguinaux, en raison de la chute des cheveux, en raison encore d'une ulcération siégeant dans le cul-de-sac vaginal droit et ressemblant à une gomme ulcérée, on songea à l'origine syphilitique possible de la pneumopathie et on administra le traitement spécifique. Après six semaines de cette thérapeutique, la malade remise sur pieds pouvait quitter l'hôpital : l'appétit était revenu, les crachats nummulaires, les sueurs, la fièvre avaient disparu; à la place du souffle caverneux et du gargouillement, on ne percevait plus qu'une respiration rude et un point de matité. Quelque temps plus tard, cette femme revint se faire soigner, non pour son poumon, mais pour une nécrose du frontal qui céda au même traitement antisyphilitique.

Il y a sept ans que cette femme, qui courait à une mort certaine, a été guérie de ces accidents pulmonaires et depuis cette époque le bon état de sa santé ne s'est pas démenti; M. Giraudeau l'a rencontrée ces jours derniers très bien portante.

Aujourd'hui même, mon collègue M. le docteur Raymond me communiquait l'observation suivante :

Le 30 janvier dernier, entrait dans son service à l'hôpital Saint-Antoine, un homme de trente ans, pris brusquement depuis cinq jours de frissons, de toux, de fièvre et de dyspnée et qui la veille, à la suite d'une quinte de toux, avait été pris d'une hémoptysie assez abondante pour qu'un demi-verre de sang eût été expectoré. Au sommet du poumon gauche, en arrière, on percevait de la matité, des craquements, une respiration rude et soufflante.

Cet homme, atteint depuis cinq jours seulement d'une affection aiguë des voies respiratoires, souffrait déjà depuis quinze jours d'une céphalalgie violente à exaspération vespérale. Il avouait de plus, avoir contracté la syphilis en 1873, et avoir présenté des accidents d'épilepsie jacksonienne,

en 1879. En raison de ces antécédents, en raison de l'absence de bacilles de la tuberculose dans les crachats, M. Raymond pense à une pneumopathie syphilitique et ordonne la liqueur de Van Swieten qu'il remplace au bout d'une semaine par le sirop de Gibert. Or, dix-huit jours après l'entrée à l'hôpital, les craquements avaient disparu, il ne restait plus à gauche qu'une légère submatité, et le malade ayant retrouvé toutes ses forces sortait sur sa demande.

En 1881, je fus appelé auprès d'un malade qui toussait depuis quelques jours, et se plaignait de douleurs thoraciques localisées surtout au sommet du côté gauche. En ce point, je constatai du souffle et des râles de congestion pulmonaire. Cet homme, jusque-là de constitution robuste, croyait à une grippe et demandait un vésicatoire que j'administrai en même temps qu'une potion de kermès, sans oser encore préciser mon diagnostic.

Les jours suivants, la dyspnée devint excessive, les crachats prirent l'aspect muco-purulent et nummulaire, l'appétit disparut, l'amaigrissement fit des progrès rapides, les râles du début se transformèrent en gargouillements, et en présence de cette aggravation des symptômes je pensai, je l'avoue, à une tuberculose pulmonaire aiguë. Incidemment, le malade me confia que depuis quelques jours il souffrait du testicule gauche. J'examinai ce testicule, je pensai immédiatement à la syphilis, le malade me répondit avoir contracté un chancre induré dix ans auparavant. Cette révélation fut pour moi un trait de lumière; la syphilis ne pouvait-elle pas être à la fois cause de la lésion du poumon et de la lésion du testicule? Je prescrivis l'iodure de potassium à haute dose et je priai M. le professeur Fournier de venir voir le malade. M. Fournier, en apprenant l'histoire complète du malade, n'hésita pas à porter le diagnostic orchite et pneumopathie syphilitiques; il ajouta des frictions mercurielles à l'iodure de potassium déjà prescrit. La scène changea si brusquement que déjà les nuits suivantes la dyspnée avait disparu. Quinze jours après le début de ce traitement, l'état général était devenu excellent, et comme signe local, il restait seulement au sommet du côté gauche une légère submatité qui finit elle-même par disparaître. J'ai toujours suivi ce malade, que j'ai traité depuis cette époque pour un panaris syphilitique, mais il ne s'est plus jamais plaint d'accident pulmonaire.

Voici maintenant un cas de pneumopathie syphilitique à marche aiguë, suivi de mort. Le malade avait été observé par M. Cuffer, et l'autopsie fut pratiquée avec le plus grand soin par M. Rémy (thèse Jacquin, obs. II). Cette observation est donc intéressante en raison des renseignements anatomo-pathologiques qu'elle peut nous fournir.

Un homme, en proie depuis quelques jours à une dyspnée violente, entre, en 1884, à l'hôpital de la Charité dans le service de M. Cuffer, qui constate à la partie moyenne du poumon droit des râles sous-crépitants et de la matité. En scrutant les antécédents de ce malade, on y découvre des accidents syphilitiques manifestes, et comme on hésitait sur le diagnostic, il présenta des symptômes généraux graves et mourut très rapidement.

A l'autopsie, on ne trouva pas le moindre tubercule, mais seulement une lésion pulmonaire présentant à l'œil nu la forme d'une nodosité jaunâtre du volume d'une petite noix.

A l'examen microscopique M. Rémy fit les constatations suivantes :

« La tumeur est constituée par un certain nombre de noyaux de broncho-pneumonie à divers états (catarrhal, fibrineux et caséeux). Il n'existe pas d'encapsulement bien net par une zone de tissu fibreux comme dans les gommes sur toute l'étendue de la lésion. Cependant, en quelques points, cet encapsulement existe; mais il n'est pas formé par du tissu de nouvelle formation, il est constitué par la cloison du lobule. On ne trouve pas une artère comme centre de lésions; celles-ci sont plutôt groupées autour des bronches comme dans la broncho-pneumonie. L'ensemble total est formé par plusieurs petits amas d'apparence caséeuse entourés de zones plus vivantes. L'amas caséeux est constitué par des alvéoles pulmonaires remplies de cellules dont la forme est impossible à délimiter et qui semblent être en dégénérescence graisseuse. L'enveloppe de chaque amas caséeux est constituée, tantôt par une cloison fibreuse interlobulaire épaissie, tantôt par des alvéoles remplies de leucocytes et présentant des parois épaissies. On constate, en outre, que, dans le voisinage et dans l'épaisseur des bronches, des vaisseaux ou des cloisons interlobulaires, il existe des amas de jeunes cellules qui révèlent leur état phlegmasique. »

Ces recherches histologiques que je vous ai rapportées en détail, semblent démontrer que dans les pneumopathies syphilitiques aiguës, le processus commence par une broncho-pneumonie à forme bâtarde avec diffusion parenchymateuse engainant la bronche, l'alvéole, pour aboutir en quelques jours à une caséification des tissus envahis. La syphilis tertiaire détermine alors un véritable phagédénisme rapide du poumon, comme on peut la voir déterminer ailleurs un phagédénisme rapide du voile du palais ou du larynx.

Messieurs, il en est de cette forme de la syphilis pulmonaire, comme de toutes les autres, vous n'arriverez à la diagnostiquer que si vous y avez pensé.

On a dit, je le sais, que la pneumopathie syphilitique s'installait, sans fièvre, sans anorexie, sans perte de force, sans aucun phénomène d'hecticité. Cela peut être vrai pour un certain nombre de cas à marche lente, mais non pour les formes aiguës ; c'est là ce qui fait l'extrême difficulté du diagnostic. Rappelez-vous la plupart des observations que je viens de vous citer et dites-moi si des malades se présentant avec des signes de caverne pulmonaire, expectorant des crachats nummulaires, tourmentés par des sueurs nocturnes et courant à une consomption rapide, le tout, évoluant en quelques semaines, n'avaient pas grande chance d'être pris pour des gens atteints de phthisie aiguë?

La dyspnée est souvent intense, hors de proportion avec la lésion, mais ce symptôme ne suffit pas à mettre sur la voie du diagnostic.

Les signes physiques sont ceux de la tuberculose pulmonaire, avec cette différence, qu'ils empruntent en général à leur localisation un caractère particulier. La lésion est très souvent localisée, vers la partie moyenne du poumon, surtout du côté droit, au niveau des troisième et quatrième espaces intercostaux. Cette topographie toute spéciale est importante à connaître ; elle seule peut faire penser à la syphilis, mais elle n'est pas constante : dans l'observation de M. Raymond et dans celle qui m'est personnelle, la lésion siégeait au sommet du côté gauche.

Un stigmate spécifique apparaissant au niveau du tibia, de la clavicule, du testicule ou d'un autre organe, l'absence plusieurs fois constatée de bacilles de la tuberculose dans les crachats, sont autant de signes confirmatifs du diagnostic : pneumopathie syphilitique aiguë.

En un mot, s'il n'existe pas de symptôme pathognomonique de la broncho-pneumonie syphilitique aiguë, l'ensemble du complexus symptomatique peut être assez caractéristique pour permettre un diagnostic de probabilité. Alors n'hésitez pas, administrez avec conviction l'iodure de potassium et le mercure, il y va du salut de votre malade.

Cette forme de pneumopathie syphilitique mérite toute votre attention, car si elle est de beaucoup la plus rare, n'oubliez pas qu'elle peut être de beaucoup la plus grave.

(A suivre.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Sur deux cas de surmenage, par M. le docteur G. Colleville, médecin de l'Hôtel-Dieu de Reims.

I. L'étiologie des néphrites est encore relativement obscure et leurs rapports avec les auto-intoxications, dues au surmenage, semblent se préciser toutes les fois que l'on étudie avec attention les faits dans lesquels il est impossible d'invoquer une cause pathogénique nettement définie. C'est pourquoi il nous a semblé intéressant de faire connaître, dans tous ses détails, l'observation suivante. L'interprétation qu'on pourra donner aux accidents constatés chez notre malade, différera peut-être en quelques points de la nôtre. Celle-ci nous a paru cependant assez satisfaisante et conforme aux idées que l'on se fait aujourd'hui de la pathogénie des néphrites:

Obs. I. *Néphrite par auto-intoxication.* — D..., âgé de vingt-deux ans. Fils unique. Tempérament lymphatique.

Antécédents héréditaires. — Grands-parents ont vécu vieux. Père très bien portant. Mère sujette à des douleurs vagues, de nature peut-être rhumatismale, ne s'est jamais alitée pour ce motif.

Antécédents personnels. — Aucune affection habituelle à l'enfance. Il a séjourné pendant treize ans dans une habitation humide. Il a eu de temps en temps des douleurs dans la continuité des membres avec localisation aux genoux et aux coudes; il a toujours pu néanmoins continuer ses occupations sans interruption. A signaler également des névralgies dentaires et des céphalalgies. Tous ces malaises ont été ressentis seulement depuis sept ans; il y en a huit que ses parents et lui ont quitté le domicile auquel il est fait allusion plus haut. Pas de maladies vénériennes; pas d'alcoolisme.

Commémoratifs. — Sa profession de « clerc d'huissier » l'obligeait à fournir de longues courses à pied dans les environs de la ville. Presque tous les jours, il faisait une moyenne de 12 à 14 kilomètres, avec une vitesse de 6 à 8 kilomètres par heure. Il revenait de ces expéditions tout couvert de sueurs et se remettait au travail dans son bureau sans prendre la précaution de s'essuyer ou de sécher. Suivant les circonstances, il lui arrivait de rentrer avec les vêtements mouillés par la pluie; notamment une certaine fête du 14 juillet, où, étant de planton pendant des exercices de tir, il reçut une pluie orageuse sur le dos; à son retour, il ne se changea pas. Dans ces circonstances, il était pris de frissons plus ou moins prolongés et finissait par se remettre sans éprouver d'autres symptômes.

Dans les premiers temps de ces marches forcées, il n'accusait rien de particulier. Mais, plus tard, il commença à ressentir un peu de fatigue et de la diminution de l'appétit: ces troubles n'étaient d'ailleurs que passagers. A la fin de l'année 1885, ils s'accentuèrent. L'anorexie notamment persistait pendant plusieurs jours avec une intensité variable, sans vomissements, ni douleurs stomacales; entre temps, de la constipation. Pas de douleurs rénales, ni d'essoufflement.

Année 1886. — Les troubles digestifs deviennent plus graves. La céphalalgie est moins fréquente qu'au début. Langueur générale très marquée et endolorissement dans les membres. Langue couverte souvent d'un enduit blanchâtre assez épais; haleine fétide; anorexie absolue. Sensibilité au niveau des masses musculaires; urines troubles, non sanglantes.

Tous les vingt jours, il était pris de vomissements incessants, faits sans effort, d'abord alimentaires, ensuite bilieux; puis enfin, muqueux. Ceux-ci coïncidaient avec ses crises.

Crises. — Elles éclataient tous les quinze jours pendant le premier trimestre de cette année, coïncidant avec les longues marches dont il est parlé plus haut. Un ou deux jours auparavant, il ressentait quelques douleurs rénales: les urines devenaient rouges; ensuite, survenaient une céphalalgie persistante et une lassitude générale. Apparition alors des vomissements sus-mentionnés pendant une période de huit à dix jours, avec impossibilité absolue de prendre quoi que ce soit comme alimentation; à la fin, il éprouvait une sensation de brûlure au creux épigastrique avec des pyrosis. Constipation persistante. Un peu de bouffissure aux paupières et à la région péri-malléolaire. Ptyalisme assez marqué. La vue, qui est un peu faible d'habitude, se brouillait à ce moment, il perdait un peu la vision distincte du contour des objets. Battements cardiaques pénibles et fréquents, avec sensation de constriction précordiale et d'essoufflement facile. Vers la fin de sa crise, les urines reprenaient leur couleur normale; elles devenaient très abondantes et très claires.

Dans l'intervalle de ces crises, le jeune D... ne ressentait qu'un peu de lassitude, qui disparaissait rapidement. L'estomac redevenait bon; il digérait très bien; le retour à la santé paraissait être complet.

Ayant eu l'occasion d'examiner le malade à diverses reprises, à la fin de l'année 1886, voici ce que nous avons constaté de particulier.

Au moment des crises, lorsqu'il est en pleine période de vomissements, nous avons noté tous les signes indiscutables de dilatation du cœur droit. Dans le creux épigastrique, bruit de galop droit très net, coïncidant avec un renforcement très marqué du second bruit de l'artère pulmonaire au niveau du deuxième espace intercostal gauche; pouls fréquent, mou et dépressible, indiquant bien la faiblesse de la tension dans le système artériel. La mensuration, pratiquée plusieurs fois, a donné comme maxima les limites suivantes: la pointe battait à 6 centimètres du rebord gauche du sternum; les dimensions du cœur étaient, pour le bord droit, de 14 centimètres et pour la projection, au niveau du bord gauche stermal, de 12 centimètres. Les pupilles ne paraissaient pas être sensiblement dilatées; pas de pouls veineux; dyspnée très marquée. Les urines, rares et riches en sédiments uratiques, contenaient un précipité albumineux assez abondant pour apparaître rapidement lorsqu'on en pratiquait la recherche à l'aide de la chaleur ou de l'acide. Examinées au microscope, on ne trouvait pas de cylindres épithéliaux ni hyalins, mais bien des cristaux d'oxalate de chaux et d'acide urique. L'œdème des paupières était presque contestable. Lorsque avec le repos et le régime lacté était revenu le retour à l'état normal, précédé d'une crise urinaire, les urines ne contenaient plus d'albumine (même avec le réactif de Tanret); les signes de dilatation du cœur droit disparaissaient complètement ainsi que les troubles digestifs; il pouvait manger de tout sans sentir qu'il avait un estomac.

Dans l'intervalle de ses crises, nous avons examiné ses urines. Lorsque vaquant à ses occupations, il était resté à son bureau toute la journée, on ne trouvait d'albumine à aucun moment. Lorsqu'il allait en dehors de la ville, tout en fournissant des courses moins longues qu'autrefois et en prenant les précautions hygiéniques nécessaires, il avait des crises analogues à celles qui viennent d'être décrites, mais bien atténuées dans leur intensité et dans leur durée (deux à trois jours, au lieu de dix): il payait d'ailleurs par un redoublement en intensité de crise, tout oubli de précautions.

Mais, lorsqu'il avait fait quelques courses assez éloignées dans la ville, l'examen des urines devenait intéressant: un peu de lassitude survenait à ce moment.

L'urine du lendemain matin ne contenait pas d'albumine: on en voyait un très léger nuage dans celle qui était émise après le déjeuner; le soir, il n'y en avait pas. C'était après sa course, naturellement, qu'on pouvait en constater une certaine quantité appréciable.

Le procédé ordinaire pour la recherche d'albumine pouvant induire en erreur, nous avons eu recours aux manipulations suivantes recommandées par les auteurs. Mélanger l'urine avec un sixième de son volume d'une solution saturée de sulfate de soude et aciduler avec de l'acide acétique.

La légère couche albumineuse, obtenue après le repas, ne peut pas être de la peptone, puisque l'on sait que cette variété d'albumine, précipitable par le tanin, le réactif de Tanret, l'acide picrique, etc., ne l'est ni par la chaleur, ni par l'acide nitrique ou acétique.

Le traitement institué a consisté surtout dans le repos, les précautions pour éviter le froid, le régime lacté au moment de l'imminence des crises; du fer et des toniques dans l'intervalle.

Nous n'avons revu notre malade qu'à la fin de l'année 1888. Il nous a dit avoir suivi nos recommandations aussi exactement que possible. Détail intéressant: il a noté sur des almanachs ses jours de crises pendant les années 1887 et 1888. Ces crises ne sont plus provoquées par des courses ou par des écarts

d'hygiène, puisqu'il reste à son bureau toute la journée ; elles surviennent spontanément.

Tableau des crises.

Année 1887. —	Janvier......	(du 15 au 19).
—	Février......	(du 8 au 17).
—	Mars........	(du 6 au 17).
—	Avril........	(du 9 au 16))
—	Mai.........	(du 8 au 20).
—	Juin.........	(»).
—	Juillet.......	(du 20 au 28).
—	Août........	(du 24 au 31).
—	Septembre...	(du 1er au 16 et du 28 au 30).
—	Octobre......	(»).
—	Novembre....	(du 1er au 7).
—	Décembre....	(du 16 au 22).
Année 1888. —	Janvier......	(»).
—	Février......	(du 1er au 3).
—	Mars........	(»).
—	Avril.........	(du 21 au 25).
—	Mai.........	(du 8 au 11).
—	Juin.........	(du 11 au 14).
—	Juillet.......	(31).
—	Août........	(du 1er au 3).
—	Septembre...	(du 2 au 8).
—	Octobre......	(»)
—	Novembre....	(du 5 au 9 et du 19 au 25).
—	Décembre....	(»).
Année 1889. —	Janvier......	(du 4 au 6 et du 14 au 20).

Il est facile, à l'inspection de ce tableau, de noter :

1° A l'exception des deux mois de juin et d'octobre (année 1887), où il n'y a pas eu de crises, celles-ci sont survenues mensuellement et ont duré pendant une période de onze à douze jours. A remarquer également qu'en mai et en septembre, les crises survenaient à la fin du mois, ce qui explique leur absence dans le cours de juin et d'octobre ;

2° Qu'il y a eu une amélioration en 1888 ; puisque nous avons eu quatre mois sans crises et que la durée a varié de deux à six jours.

3° On peut dire que D... avait en moyenne, tous les mois, une crise pendant laquelle s'opérait une décharge d'uréides amassés, mal oxydés, sans aucune autre cause spéciale que leur accumulation même dans l'économie.

Nous revoyons notre jeune homme, à la fin de l'année 1888, dans l'intervalle d'une de ces crises, dans le courant de décembre.

Depuis trois ou quatre mois, il est obligé de se réveiller dans le courant de la nuit pour uriner : il se plaint de crispations dans les doigts, de fourmillements dans les jambes ; il sent que sa crise va lui revenir. L'urine examinée pendant cette période intercalaire est maintenant claire, mousseuse et fortement albumineuse. L'aspect général est meilleur. Il raconte que, depuis de longs mois, ses crises ne marquent plus que par les signes suivants : quelques vomissements ; des urines rouges et rares ; de la céphalée ; plus d'angoisse ni de troubles du côté du cœur droit. Par contre, son cœur gauche est hypertrophié : la pointe est descendue verticalement et son transversalement dans le sixième espace intercostal ; on perçoit très nettement le bruit de galop avec accentuation du second bruit aortique et le pouls de Traube. Aucune douleur rénale.

Obligé de satisfaire à la loi de recrutement, il avait été malade cinq jours avant son départ. Arrivé à son régiment, il ne ressentit rien pendant huit jours. Les mouvements militaires et les exercices provoquèrent une seconde crise du 19 au 25 novembre. Il revient à Reims, envoyé en congé pendant six mois, pour être examiné et réformé au besoin. Il entre à l'hôpital militaire, dans le service de M. Weil et de M. Cliquet. Ces messieurs assistent à une seconde crise analogue à celle qu'il éprouvait et ne trouvent rien de spécial à ajouter, si ce n'est qu'il présente de l'albuminurie permanente, parfaitement rétractile et des cylindres hyalins et épithéliaux.

Profitant d'un intervalle entre les crises et au milieu de la période intercalaire, nous prions Dr. de se soumettre au régime exclusif du bouillon et de la viande pendant quelques jours. Voici le résultat de cette petite expérience du 30 janvier 1889 au 2 février.

1er jour. — Rien.

2e jour. — Le soir : malaise, inappétence.

3e jour. — Le soir : nausées ; le bouillon n'a pas été digéré ; malaise ; urine de couleur foncée.

4e jour. — Le matin : nausées, vomissements pituiteux et bilieux ; urines claires : albumine en grande quantité.

Légère diarrhée à partir du second jour.

Dr. étant admis pour la réforme, est retourné chez ses parents : il doit revenir de temps en temps nous montrer son urine et nous exposer son état de santé. Nous n'avons pas encore eu l'occasion de le revoir depuis ce moment.

Remarques. — Il nous semble intéressant de faire ressortir plusieurs points de cette observation.

1° Elle nous offre à étudier successivement plusieurs des formes cliniques du surmenage. La simple courbature ouvre la scène. Ensuite survient le type *rhumatoïde* (sensibilité des masses musculaires, endolorissement des membres, état saburral et trouble des voies digestives). Tel est le pseudo-rhumatisme du surmenage qualifié à tort d'*infectieux* au point de vue microbiologique, comme le fait remarquer avec juste raison notre maître Dreyfus-Brisac dans son article de la *Gazette hebdomadaire* de l'année 1888 (n° 28).

Enfin, éclatent de véritables crises d'albuminurie intermittente dont l'étiologie clinique est peu connue, alors que la physiologie du surmenage est déjà riche en faits acquis.

Écartons d'abord toute idée d'albuminurie cyclique, telle que l'entendent Pavy et Dubreuilh. En effet, cette variété d'albuminurie se produit, sauf quelques rares exceptions, à peu près quotidiennement avec des caractères identiques. Chez notre malade, rien de semblable, puisque la fatigue de la marche seulement semble créer l'albuminurie de toutes pièces.

Nous ne dirons pas avec d'autres auteurs que cette albuminurie est l'exagération d'un phénomène normal ; puisque, après le repos prolongé, on ne peut déceler la moindre trace d'albumine même avec des réactifs les plus sensibles. Johnson voit dans toute albuminurie intermittente un état pathologique, une néphrite latente. L'auteur anglais pose en principe qu'en fouillant bien dans les antécédents, on trouve une néphrite aiguë : aussi apporte-t-il une grande réserve dans le pronostic. En pratique, la question est difficile à résoudre ; car, au point de vue symptomatologique, on sait combien sont nombreuses les ressemblances cliniques entre la congestion rénale active et la néphrite aiguë. La présence des cylindres urinaires est la seule preuve que l'élément noble du parenchyme est touché. Or, avant 1887, nous n'avons jamais pu constater l'existence de ces éléments morphologiques. La fatigue crée d'ailleurs une hypérémie fonctionnelle des reins, laquelle hypérémie, par sa répétition, peut créer d'abord une phlegmasie limitée, capable de s'étendre progressivement surtout si l'on suppose un *locus minoris resistantiæ* dans l'épithélium rénal, doué d'une perméabilité spéciale, comme dans les expériences de Capitan, Germont et de Chateaubourg. La physiologie du surmenage va nous fournir les éléments de notre réponse. Qu'il nous soit permis de rappeler le plus brièvement possible ce qui a cours dans la science sur ce point.

Béclard définit sous le nom de « fatigue musculaire » la limite au delà de laquelle un muscle ne peut accomplir son action dans toute sa plénitude. Le muscle qui se fatigue, consomme en quelque sorte sa propre substance. Non seulement les déchets de son activité s'accumulent dans son tissu, mais encore il y a diminution par consommation exagérée de l'oxygène nécessaire aux actions chimiques inséparables de l'activité musculaire. La preuve en est dans le rétablissement de l'excitabilité musculaire par une injection de sang oxygéné. Donc, insuffisance d'oxydation, augmentation des sulfates et des phosphates, et accumulation des déchets, tel est le bilan chimique de la fatigue musculaire.

Peu nous importent, pour le moment, les théories mises en avant pour expliquer la fatigue. Qu'avec Ranke on en accuse l'acide lactique et la créatine; qu'avec Hermann ce soit l'*inogène* qui se transforme comme le glycogène en acide carbonique et en acide lactique; qu'avec Challon ce soit au contraire la créatine et la créatinine; qu'enfin, avec les physiologistes, ce soit l'acide lactique de quelque origine qu'il vienne. Cette dernière hypothèse a inspiré à Prayer (d'Iéna) l'idée de faire des injections de lactate de soude pour produire des symptômes de surmenage; puis ces expériences ont été reprises par Keim, dans le but pratique de montrer les avantages de la térébenthine chaque fois qu'on doit s'exposer à une certaine fatigue : la térébenthine, d'après le professeur Lacassagne, augmentant, par l'ozone qu'elle contient, les oxydations des matières extractives qui encombrent la circulation et qui s'éliminent, par les reins, les muqueuses et la peau.

Étudions de plus près la nature des déchets musculaires. D'après le professeur Gautier, les leucomaïnes musculaires sont en minime proportion dans les urines; elles sont brûlées dans le torrent circulatoire. Que cette oxydation se ralentisse et ces alcaloïdes accompliront leur travail destructeur dans l'économie. A côté de celles-ci, ajoute M. Gautier, des substances azotées non alcaloïdiques sont douées d'une activité bien plus grande; ces substances azotées et oxydables, dites *extractives*, bien autrement importantes en quantité, sont des poisons beaucoup plus actifs sur l'économie. L'organisme doit se débarrasser de ces matériaux toxiques au plus tôt pour conserver la santé qui « n'est que l'équilibre instable entre le bien et le mal » (Peter).

Ordinairement, l'organisme s'en débarrasse facilement par les émonctoires naturels dans les reins et dans le foie. Qu'à un moment donné ces organes soient altérés ou que leur aptitude éliminatoire soit moindre, il y aura accumulation de ces produits toxiques qui ne tarderont pas à infecter le sang. Nous aurons ainsi ce que uns nomment l'urémie; d'autres, la cholémie; Jaccoud, la créatinémie et Révilliod, l'extractihémie. Or, nous le disions plus haut, dans la fatigue musculaire, il y a insuffisance d'oxydation et production exagérée des matières extractives.

Invoquons maintenant les expériences physiologiques. Deux mots sur les faits si connus de la toxicité des urines. Pour le professeur Bouchard, les urines à l'état de veille sont au moins deux fois plus toxiques que pendant le sommeil. Il en est ainsi parce que, à l'état de veille, nos organes produisent incessamment des déchets de désassimilation du sang passant dans les urines sans avoir eu le temps de s'oxyder jusqu'au dernier terme; tandis que, pendant le sommeil, la vie organique étant moins active, les déchets sont en moins grande quantité et plus facilement combinés en s'ajoutant à ceux produits pendant l'état de veille. En cas de surmenage, que devient la toxicité urinaire? L'urine des *courbaturés* (Bouchard) est éminemment toxique, puisqu'elle tue à la dose de 12 centimètres cubes par kilogramme d'animal, alors qu'il faut 45 centimètres cubes pour obtenir le même résultat avec les urines normales. La question a fait un pas de plus, depuis la thèse de Rendon (1888). Il ne s'agit plus seulement de l'accumulation des déchets et du défaut d'oxydation, de la possibilité hypothétique (Keim) d'une toxicité spéciale plus grande de ces mêmes excreta; il faut encore voir comment les reins se comportent vis-à-vis de ces déchets.

La réponse se trouve en partie dans les expériences si curieuses de Gaucher, consignées dans la *Revue de médecine* (10 novembre 1888).

L'urée, terme ultime de l'oxydation des matières azotées, est dialysable et toxique à des doses si élevées qu'on ne les rencontre pas dans l'économie humaine (360 grammes à la fois, Bouchard). Les autres substances albuminoïdes d'oxydation inférieure qui subissent incessamment des dédoublements et des transformations diverses, sont très toxiques jusqu'à ce qu'elles soient suffisamment oxydées pour devenir de l'urée. Que ces transformations soient arrêtées par insuffisance de combustion ou par combustion trop rapide, la néphrite épithéliale en résulte. En injectant sous la peau des cobayes de la tyrosine, de la leucine, de la créatine, créatinine, xanthine, hypoxantine, Gaucher montre que les poisons animaux agissent sur les reins comme les poisons végétaux et minéraux. Cuffer avait déjà produit de la dyspnée urémique avec des injections de créatine.

Conclusion. — Si donc, au début de notre observation, au moment de la période rhumatoïde, on pouvait penser à une simple fluxion rénale; rapidement, par la nature irritante des excreta sur l'épithélium rénal, la néphrite parenchymateuse est intervenue. Elle a d'abord été assez restreinte en étendue pour que la desquamation des cylindres ait pu échapper à nos recherches microscopiques. Nous en avons trouvé en 1888, et nous en aurions vu assurément en 1887, s'il nous avait été donné d'observer notre malade. Nous n'en voulons pour preuve que la marche même de l'affection, aboutissant nettement au mal de Bright et donnant complètement raison, pour ce cas, à la théorie de Johson.

2° Autres particularités intéressantes à relever.

Voilà un jeune homme qui, tous les mois, comme on peut s'en rendre compte à l'inspection du tableau, a une véritable crise extractihémique, pour me servir de l'expression de Révilliod. L'estomac se charge d'exonérer l'économie de ces produits qui ne peuvent s'éliminer complètement par les urines au jour le jour; il semble que ce qui reste, s'ajoute quotidiennement, pour se décharger sous forme de *crise gastrique*. La polyurie vient terminer la scène; lorsque le malade en est sorti, il redevient bien portant jusqu'au mois suivant : nous regrettons de n'avoir pu doser l'urée. Il n'est pas jusqu'à l'expérience du bouillon qui ne nous paraisse concluante. N'est-on pas autorisé à penser que ces *règles urémiques* et que ce bouillon (déclaré à juste raison, par M. Bouchard, comme une solution toxique) montrent bien la manière dont le surmenage a créé de toutes pièces cette néphrite, répétant mensuellement pour ainsi dire le mécanisme étiologique de cette affection.

Arrivé à la fin de ces considérations trop longues, nous chercherons à justifier l'intérêt que nous croyons devoir rattacher à notre observation par l'absence de documents cliniques humains sur ce point du surmenage, au moins dans les ouvrages qu'il nous a été possible de consulter.

C'est en 1878 que paraît la thèse d'agrégation de Carrieu, de Montpellier. C'est la première monographie qui étudie l'influence de la fatigue sur l'économie, comme cause exclusive de maladie.

Révilliod, en 1880, lit à la Société médicale de Genève un mémoire sur la « fatigue », mémoire resté célèbre à juste titre, étudiant deux formes cliniques du surmenage, « la forme typhoïde » et « la forme cardiaque ». Le professeur Bouchard, dans son livre sur les auto-intoxications, dit peu de chose sur le surmenage. Le professeur Peter dans ses cliniques et dans diverses communications à l'Académie, insiste sans cesse sur ce qu'il appelle « l'autotyphisation ». Keim (thèse de Lyon, 1886, sur le surmenage et la fatigue, au point de vue de l'hygiène et de la médecine légale) n'aborde la question qu'au point de vue théorique : aucune observation clinique dans cet intéressant opuscule. Rendon (thèse de Paris, 1888, sur les fièvres de surmenage) étudie comme son maître Peter, l'état typhoïde du surmenage. Pour terminer cette rapide bibliographie, mentionnons les communications si intéressantes de MM. Gautier et Peter à l'Académie de médecine en 1888.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

Note sur les conditions de réceptivité de l'appareil urinaire a l'invasion microbienne, par le professeur Guyon. — L'intervention des micro-organismes dans les modifications pathologiques des urines, depuis longtemps démontrée par M. Pasteur, paraît avoir un rôle non moins décisif dans la production des accidents auxquels succombent les malades atteints d'affection des voies urinaires.

Il est intéressant de rechercher dans quelles conditions s'exerce cette influence. La clinique et l'expérimentation fournissent des résultats qui sont en parfaite concordance. L'observation montre chaque jour des différences considérables dans l'aptitude pour l'affection ; l'expérimentation les confirme. Cette aptitude dépend de conditions multiples. Les différentes parties de l'appareil urinaire ne subissent l'infection qu'à la suite d'une approbation préalable qui les met en état de réceptivité.

La rétention d'urine, les lésions traumatiques ou spontanées de l'urèthre, de la vessie, des uretères et des reins, en d'autres termes tout ce qui modifie la nutrition et le fonctionnement normal de ces organes, fournissent les conditions voulues pour cette appropriation.

A ces conditions intrinsèques d'ordre pathologique qui créent la prédisposition morbide, s'ajoute nécessairement l'action différente des diverses variétés de micro-organismes. Chacune de ces conditions réclame des recherches que je continue à poursuivre.

Je me borne aujourd'hui à indiquer les résultats que m'a donnés l'étude du rôle pathogénique de la rétention d'urine. Les notions positives qu'elle fournit permettent de poser dans leur généralité les termes principaux de la question.

On sait que nombre de malades se sondent ou sont sondés dans les conditions les mieux faites pour permettre l'inoculation. Souvent il n'en résulte aucun accident apparent; chez beaucoup, de longues années se passent sans autres inconvénients que ceux d'une inoculation localisée à la vessie. Chez d'autres, l'infection rapide de l'appareil urinaire tout entier est la conséquence prochaine, presque immédiate dans bien des cas, d'un cathétérisme pratiqué sans précautions antiseptiques.

La forme de rétention que j'ai décrite autrefois sous la dénomination de rétention d'urine incomplète avec distension, fournit au plus haut degré les conditions de réceptivité que je viens d'indiquer.

Dans ces cas, que l'étude clinique n'avait pas séparés du groupe nombreux des rétentions, j'ai fait voir quelle pouvait être l'influence de la tension de la vessie sur l'état anatomique et fonctionnel des reins et à quel degré les troubles qui en résultent retentissent sur l'appareil digestif. Ces malades qui ont la vessie distendue à l'extrême rendent cependant une quantité exagérée d'urine, leur nutrition se trouble profondément, ils prennent à un degré plus ou moins grand l'aspect que déterminent les lésions organiques. Ils offrent les caractères de cet état complexe que j'appelle cachexie urinaire ou, du moins, de l'une de ces formes, de la forme non septique.

Dans ces cas, en effet, l'évolution morbide s'accomplit à l'état aseptique. Malgré la gravité, malgré la complexité des lésions, malgré la longue durée, les urines sont d'une limpidité parfaite; elles ne contiennent aucun micro-organisme, elles ne cultivent pas; le malade est apyrétique.

Qu'une intervention soit jugée nécessaire, que le cathétérisme soit fait sans les précautions rigoureuses qui empêchent l'introduction des germes, la suppuration s'établit du jour au lendemain, s'étend rapidement à tout l'arbre urinaire, la vie est gravement menacée: il y a souvent élévation de la température.

Les conditions présentées par ces malades peuvent se résumer ainsi : stase de l'urine, troubles de la nutrition locale et de la nutrition générale.

Stase de l'urine dans la vessie qui se débarrasse seulement de son trop-plein, stase dans les uretères dont l'irrigation continue de l'état normal est arrêtée par l'énorme distension de la vessie, stase dans les réservoirs et jusque dans les canalicules excréteurs du rein, eux aussi envahis par la dilatation pathologique de tout l'appareil.

Troubles de la nutrition locale dus aux lésions interstitielles, à l'artério-sclérose et au ralentissement de la circulation qui entretient un état congestif permanent. Troubles généraux dus à la perturbation des actes digestifs.

L'état pathologique, indépendamment des lésions qu'il provoque, a donc créé un milieu stable qui, par cela même, favorise la culture, culture que pourra rendre particulièrement active l'exhalation sanguine provoquée par l'abaissement trop subit de la tension, lorsque l'évacuation artificielle n'est pas conduite suivant des règles précises.

Tout est donc prêt alors pour que la multiplication de l'agent infectieux s'accomplisse, tout assure la propagation aux uretères et aux reins.

Dans la rétention aiguë complète, l'urgente nécessité de l'intervention modifie grandement les conditions de réceptivité. Elle varie néanmoins suivant ses variétés. La rétention des rétrécis ne saurait être comparée à celle des prostatiques. Les premiers sont des sujets jeunes à vessie fortement musclée; les seconds sont plus ou moins âgés, toujours athéromateux, leurs tissus sons le coup de troubles de la nutrition. Chez les uns et les autres cependant, à moins de lésions surajoutées, de traumatismes par exemple, l'infection, lorsqu'elle se produit, se localise d'abord à la vessie. Il est fort rare qu'elle soit durable chez les rétrécis. La stase de l'urine a bientôt complètement cessé. Aussi voit-on par exemple l'état ammoniacal le plus prononcé, des accidents fébriles graves disparaître d'eux-mêmes, par le seul fait du rétablissement intégral de la miction. Chez les prostatiques, l'inoculation de la vessie persiste habituellement, mais elle ne s'étend que plus ou moins tardivement aux uretères et aux reins. Elle en prend d'autant moins possession que l'évacuation artificielle sera mieux assurée.

Le rôle de la rétention qu'affirme la clinique est également démontré par l'expérimentation.

J'ai introduit dans la vessie du lapin et du cobaye des cultures pures de microbes pathogènes pour les animaux et pour l'homme, staphylococcus aureus, streptococcus pyogenes, bactérie septique de Clado, étudiée par Albarran et Hallé sous le nom de bacterium pyogenes. Vingt-quatre ou trente-six heures après l'inoculation, on ne retrouvait plus dans les urines les microbes injectés, et chez les animaux sacrifiés la vessie, et tout l'appareil urinaire étaient indemnes de lésions.

Pour arriver à ce que la vessie reste habitée pendant quelques jours, et pour obtenir un léger degré de cystite, il faut employer des doses massives d'organismes très virulents (1 centimètre cube et demi de culture sur bouillon chaque fois). Il faut les répéter à plusieurs reprises et même alors les organismes ne dépassent pas la vessie, les voies urinaires supérieures restent indemnes.

Dans une autre série d'expériences, j'ai déterminé chez le lapin et le cobaye des rétentions simples par ligature de la verge. Les animaux sont morts spontanément par rupture de la vessie ou ont été sacrifiés de vingt-quatre à trente-six heures après la ligature. On observe la tension de la vessie, de très riches arborisations vésicales, quelques ecchymoses, la dilatation des uretères et leur tension, la congestion rénale surtout marquée au niveau de la voûte suspyramidale. A l'examen bactériologique, on ne trouve, par les procédés de culture, aucun micro-organisme.

En injectant des cultures de microbes pyogènes, en même temps qu'on pratique la ligature de la verge, on observe le gonflement œdémateux et le dépoli de la muqueuse, pour peu que le lien reste en place six à douze heures. Lorsque cette rétention est trop temporaire, l'expérience est négative. Si la ligature de la verge est prolongée pendant vingt-quatre heures, et mieux encore si elle reste en place jusqu'à la mort de l'animal, la cystite est constante. Dans deux expériences, les microbes injectés se trouvaient non seulement dans la vessie mais jusque dans l'urine des bassinets.

L'ensemble de ces faits démontre que la rétention d'urine favorise l'infection de l'appareil urinaire en rendant effective l'inoculation microbienne. La réceptivité de cet appareil est en raison même du degré et de la durée de la rétention. Les lésions qu'elle détermine, aussi bien dans la forme aiguë que dans la forme lente, favorisent l'action des agents pathogènes, elles rendent plus durables et plus graves les effets de l'infection.

L'étude clinique et expérimentale de la rétention fournit encore une démonstration non moins importante. Elle prouve que l'infection reconnaît le plus ordinairement pour cause l'inoculation directe de la vessie par les instruments.

L'évolution aseptique des rétentions lentes abandonnées à elles-mêmes, l'infection fatale à la suite d'une intervention septique, la facilité avec laquelle l'état aseptique peut être maintenu en recourant uniquement à l'antisepsie chirurgicale, sont particulièrement démonstratives.

Chez ces malades à réaction si sensible, de même que dans l'état normal, l'urèthre ne livre pas passage aux germes; ils ne pénètrent dans la vessie que s'ils y sont directement introduits.

Pour le démontrer expérimentalement, j'ai déterminé la rétention d'urine en sectionnant la moelle chez deux lapins. L'un des animaux reçut dans la vessie une injection d'un demi-centimètre cube de culture sur bouillon du bactérium pyogenes; l'autre ne fut point injecté. Ces deux animaux sont morts après quarante et quarante-huit heures. Tous deux avaient la vessie énormément distendue; celui qui avait reçu l'injection microbienne avait de la cystite œdémateuse, les urines de l'autre étaient aseptiques.

C'est donc à l'antisepsie locale qu'il appartiendra presque toujours de mettre sûrement l'appareil urinaire à l'abri de l'infection. Mais c'est des lésions préexistant à l'introduction des germes et en particulier de la rétention d'urine que dépend la réceptivité.

(Séance du 29 avril 1889.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 30 AVRIL 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MAURICE PERRIN.

M. le docteur *Marseillo* envoie un mémoire sur *les conditions climatologiques et les maladies régnantes à Zanzibar.* (Commission : MM. *Rochard, Léon Colin* et *Le Roy de Méricourt.*)

M. *Salomon* prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un *Pli cacheté*. — (*Accepté.*)

M. le docteur *Delobel* envoie un rapport manuscrit sur une *épidémie de rougeole et de scarlatine à Noyon (Oise).*

M. le docteur *Lafforgue*, aide-major au 107° d'infanterie, adresse un mémoire manuscrit sur une *épidémie de fièvre typhoïde dans la région d'Angoulême et ses causes.*

M. le docteur *Bayard*, médecin major de Ire classe, envoie un rapport manuscrit sur les *vaccinations* et les *revaccinations* opérées au 2e régiment étranger à Saïda (Algérie) en 1888-1889.

M. *Bergeron* fait hommage, au nom de M. le docteur *Lereboullet*, du dernier fascicule du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

M. *Féréol* présente une brochure de M. le docteur *Lalesque* sur *Arcachon.*

M. *Panas* dépose un mémoire sur la *méthode antiseptique chez les anciens*, par M. le docteur *Anagnostakis* (d'Athènes).

M. *Trélat* présente, de la part de M. le docteur *Romniciano*, le *Compte rendu de son service chirurgical à l'hôpital des enfants de Bucharest, de* 1874 à 1884.

Élections. — MM. les docteurs *Warlomont* (de Bruxelles) et *Semmola* (de Naples) sont élus correspondants étrangers dans la division de médecine.

Dénomination des nouveaux médicaments. — En présence de la difficulté qu'éprouvent les praticiens à transcrire sur leurs ordonnances les noms scientifiques des nouveaux médicaments tirés, presque tous, de la série aromatique, ils se bornent à les distinguer sous l'appellation qui leur a été donnée par les fabricants. Or, ceux-ci, qui sont pour la plupart des étrangers, prétendent imposer leurs produits lorsqu'ils sont formulés avec une dénomination qui constituerait leur marque de fabrique et qu'ils ont fait breveter, si bien qu'il devient impossible aux industriels français de vendre et fabriquer des médicaments tels que l'antipyrine, l'analgésine, l'antifébrine, la phénacétine, le sulfonal, etc. Une commission de l'Académie, dont M. *Dujardin-Beaumetz* est le rapporteur, s'est occupée de cet état de choses. Après examen de l'état actuel de notre législation, elle a émis l'avis qu'en attendant une réforme urgente de la législation de la pharmacie, il y avait lieu de recommander aux praticiens la ligne de conduite suivante:

« Conformément à la doctrine qui sépare la question scientifique de la question commerciale, le médecin peut, dans ses ordonnances, prescrire le médicament sous son nom vulgaire et le pharmacien peut le fournir et le désigner sur ses registres sous la synonymie scientifique. » — Cette conclusion est adoptée par l'Académie, à l'unanimité moins une voix.

Mastite aigue. — M. le docteur *J. Bœckel* (de Strasbourg) communique une observation de guérison radicale en huit jours sans drainage, sous le pansement permanent, dans un cas de mastite parenchymateuse aiguë, grâce à l'évidement méthodique du sein. — (Commission: MM. *Léon Labbé* et *Budin.*)

Tétanos. — Reprenant la discussion sur le tétanos, M. *Trasbot* rend compte des résultats de plusieurs séries d'expériences, résultats aux termes desquels, chez les animaux morts du tétanos, le tissu d'une plaie contient quelquefois, mais non toujours, le germe de la maladie. Si, après avoir constaté que l'activité de l'agent tétanigène s'éteint par son passage dans certains organismes, il se conservait au contraire dans celui du cheval, et s'il se propageait chez lui comme celui de la morve, par exemple, indéfiniment, on serait en droit de penser qu'il représente plus particulièrement son terrain de pullulation. Mais jusqu'à présent rien de semblable n'a été constaté. Ceux qui ont inoculé le tétanos au cheval n'ont pu le reproduire que jusqu'à la troisième génération.

D'autre part, ce germe peut être inoculé à des lapins dans un bon nombre de cas; il s'épuise par un seul, deux ou trois passages. Il semble en résulter que son inoculation est plus difficile à réaliser sur le cheval que sur le lapin, ce qui, on le comprend, est loin de montrer une prédisposition spéciale chez le premier. Aussi M. *Trasbot* ne voit-il, ni dans les faits d'observation clinique, ni dans ceux qui ont été acquis par l'expérimentation, une raison valable de considérer le tétanos comme étant d'origine équine. Il n'en voit pas non plus qui empêchent d'admettre que l'homme puisse trouver le germe de la maladie dans le milieu où il vit, aussi bien que le cheval, le bœuf, le mouton, le chien et certains oiseaux, et être infecté par ce germe lorsqu'il est refroidi, souffrant, blessé, etc., en un mot, quand il subit l'influence de toutes ces causes auxquelles ceux qui sont venus avant nous attribuaient le développement de la maladie. Rien ne prouve non plus que l'action secondaire de ces diverses conditions n'est pas nécessaire ou au moins favorable à l'apparition du mal. Peut-être serait-il sage de ne pas répudier immédiatement ces opinions anciennes, mais de rechercher auparavant si elles ne peuvent être éclaircies par les découvertes nouvelles.

Quant à la contagiosité du tétanos, lorsqu'on constate qu'il n'y en a eu que six cas à l'École d'Alfort, dans le service chirurgical de M. Trasbot à Alfort pendant dix-sept ans, où plus de 30000 chevaux ont été opérés pendant ce temps, il est difficile d'admettre qu'elle se fasse bien facilement; de plus, aucun élève de la même École n'a été atteint de cette affection ; il n'y a donc pas lieu d'inscrire le tétanos au nombre des maladies pour lesquelles la législation sanitaire puisse être d'ores et déjà applicable.

M. *Laborde* montre que la détermination du tétanos peut être subordonnée à deux ordres de conditions étiologiques et pathogéniques : 1° conditions mécaniques ou physiques, auxquelles ressortissent très probablement les cas de traumatisme accidentel, tels qu'un clou implanté dans le pied d'un cheval et provoquant le tétanos par voie réflexe ; 2° conditions d'ordre chimique ou toxique, dans lesquelles rentreraient les cas de tétanos par intoxication microbienne, soit que le poison agisse localement à la porte d'entrée et conséquemment par le mécanisme réflexe, soit qu'il se répande par voie d'absorption dans l'organisme et qu'il exerce directement son action sur les centres excito-moteurs. Cette distinction aurait dû précéder toute discussion sur la pathogénie du tétanos, car l'origine microbienne ne saurait être ici seule et exclusivement invoquée, à suppo-

ser même que son intervention et son rôle soient, en ce cas, incontestablement et définitivement démontrés.

Bien que dans un quart environ des cas de tétanos les malades guérissent, M. *L. Lagneau* a constaté que, durant les neuf dernières années, dans le département de la Seine, le tétanos a fait périr une moyenne annuelle d'environ trente-quatre personnes. Dans ce nombre, les femmes entrent pour près d'un quart. Il semble difficile d'admettre l'étiologie équine de la maladie pour la plupart de ces femmes.

Le tétanos est exceptionnel dans la plupart des arrondissements de Paris. Cependant, deux ou trois décès tétaniques ont lieu presque chaque année dans les arrondissements des Gobelins, de Montmartre et de Ménilmontant. Les tétaniques sont plus nombreux dans la banlieue, en dehors de Paris, particulièrement dans la partie est de l'arrondissement de Sceaux, et dans l'arrondissement de Saint-Denis, où M. Leblanc a signalé de nombreux cas de tétanos équins.

Dans certaines localités on a constaté plusieurs décès tétaniques. Quelles relations avaient existé entre ces tétaniques?

Orthopédie. — M. le docteur *Jean-Baptiste Reynier* appelle l'attention sur le traitement de la scoliose commune par des plans bi-inclinés et le décubitus.

Eaux minérales. — M. le docteur *P. Rodet* lit un travail relatif à l'action des eaux de Vittel sur la nutrition et à leurs indications dans les maladies par ralentissement de la nutrition.

— L'ordre du jour de la séance du 7 mai est fixé ainsi qu'il suit : 1° Suite de la discussion sur le tétanos (inscrits : MM. *Goubaux*, *Verneuil*); 2° Communication de M. *Worms* sur la forme lente du diabète et son traitement; 3° Lectures : par M. le docteur *Chauvel*, sur quatre abcès du foie traités par incision directe, et par M. le docteur *Darier*, sur la psorospermie cutanée.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 26 AVRIL 1889. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

A propos de l'embryocardie : M. H. Huchard. — Emphysème sous-cutané dans le cours d'une pneumonie franche : M. H. Huchard. — Lésions du système nerveux dans la maladie de Morvan : M. Gombault (Discussion : M. Debove). — Élections.

A l'occasion du procès-verbal, M. *H. Huchard*, répondant à l'objection de M. E. Labbé, maintient l'exactitude du terme *embryocardie* en s'appuyant sur ce fait que le *punctum saliens*, rudiment du cœur, offre une apparition précoce et se montre chez l'embryon longtemps avant que celui-ci mérite le nom de fœtus.

— M. *H. Huchard* rapporte un cas d'emphysème sous-cutané chez un enfant de cinq ans, au cours d'une pneumonie franche. Cet enfant n'avait jamais eu d'emphysème pulmonaire et n'avait jamais présenté, pendant l'évolution de sa pneumonie, de violentes quintes de toux pouvant amener la rupture de quelque alvéole du poumon. Il fut néanmoins atteint d'un emphysème sous-cutané envahissant progressivement le cou, la face, la partie supéro-antérieure du thorax, puis la région dorsale, l'épigastre et les hypochondres. L'évolution de l'affection pulmonaire présenta quelques particularités dignes d'attirer l'attention : alternances des signes stéthoscopiques à droite et à gauche, irrégularités dans l'ensemble de la courbe thermique et dans les allures de la fièvre pour une même journée, enfin apparition, pendant la période de défervescence, d'une pneumonie congestive du côté droit. On peut trouver l'explication de ces anomalies dans l'existence d'une intoxication palustre antérieure, opinion qui fut confirmée par M. Cadet de Gassicourt et M. Bergeron, appelés en consultation. Aussi les préparations de quinine, employées dès le début, furent-elles administrées à des doses élevées. On eut recours, à partir du dixième jour, aux injections hypodermiques d'après la formule indiquée par MM. Villejean et de Beurmann : acide chlorhydrique pur, de densité = 1043, et chlorhydrate neutre de quinine, āā 5 grammes. Ces injections furent très bien supportées et l'amélioration progressive des accidents pneumoniques, ainsi que la résorption de l'emphysème sous-cutané, aboutirent à la guérison définitive. — L'emphysème sous-cutané est assez fréquent dans les lésions laryngées profondes, dans les affections accompagnées de toux quinteuse, violente, comme la coqueluche, l'adénopathie trachéo-bronchique, la tuberculose, le croup, l'emphysème pulmonaire, etc. Chez le petit malade, rien de semblable; et, si l'on rapproche cette observation des quatre autres analogues, seules connues jusqu'ici, d'emphysème sous-cutané survenant, chez des enfants, au cours d'une pneumonie franche, on peut songer que la délicatesse des parois vésiculaires dans le jeune âge joue un rôle d'importance majeure dans la pathogénie de cet accident.

— M. Gombault donne lecture des recherches nécroscopiques qu'il a pratiquées chez une femme atteinte de *maladie de Morvan* et qui a succombé à des accidents d'infection purulente. (*Sera publié.*)

M. *Debove* fait remarquer que les intéressantes recherches histologiques de M. Gombault établissent la non-identité de la maladie de Morvan et de la syringo-myélie, et montrent que la maladie de Morvan paraît relever d'une myélite. Il a été frappé de ce fait que les lésions scléreuses médullaires offrent, par leur localisation, une évidente analogie avec celles du tabes dorsal, alors que rien dans les allures cliniques de la maladie de Morvan ne rappelle la symptomatologie de l'ataxie locomotrice.

M. *Gombault* fait remarquer qu'il n'y a là qu'une analogie apparente, les lésions différant essentiellement dans leur degré d'évolution. Il s'agit de simple épaississement des tractus vasculaires, d'une légère sclérose diffusée entre les éléments nerveux, mais non d'une sclérose massive, comme dans le tabes dorsal. Il faut d'ailleurs tenir grand compte de la disproportion manifeste entre ces altérations médullaires peu intenses, malgré l'ancienneté de l'affection, et les lésions si considérables des nerfs périphériques.

Élections. — A l'unanimité des suffrages exprimés, sont nommés : membre honoraire, M. *H. Gueneau de Mussy*; membres titulaires, MM. *Antony* et *Barbureaux*.

— A cinq heures la Société se forme en comité secret.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 24 AVRIL 1889. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

Effets produits sur l'oreille par la détonation des armes à feu : M. Nimier (M. Chauvel, rapporteur). — Opération de Wladimiroff-Mikulicz : M. Berger (Discussion : MM. Segond, Chauvel, Poncet (de Lyon), Schwartz, Prengrueber, Desprée, Polaillon).

M. *Chauvel* lit un rapport sur un travail où M. *Nimier* étudie les *effets produits sur l'oreille par la détonation des armes à feu.* M. Nimier fait observer que le bruit de la détonation est très complexe; qu'il est composé d'éléments multiples : 1° les vibrations du canon de l'arme;

2° la transmission aux parties voisines, telles que l'affût par exemple; 3° les vibrations du projectile lui-même; 4° les ondes aériennes dues à la déflagration de la poudre et au passage du projectile. De là des vibrations très intenses, qui causent assez souvent des désordres sérieux de l'oreille : perte de la perception de certains sons, faussement de certains autres, rupture du tympan même. Les coups répétés sont moins bien supportés. Les lésions préalables de l'oreille sont une prédisposition fâcheuse. Les accidents sont moins à craindre lorsque les servants, au moment de la détonation, regardent vers l'avant de la pièce et s'ils ouvrent la bouche.

— M. *Berger*, à propos d'une présentation de M. *Chaput*, fait une communication sur l'*opération de Wladimiroff-Mikulicz*. Cette communication et les principaux points de la discussion qui l'a suivie sont résumés plus haut (voy. p. 282).

A. Broca.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 24 AVRIL 1889. — PRÉSIDENCE DE M. FERNET.

Du vertige gastrique : M. Bovet. — Du traitement de la diphthérie : M. Guelpa (Discussion : MM. Créquy, E. Labbé, Moutard-Martin, Dubousquet-Laborderie).

M. *Bovet* donne lecture d'une note sur le *vertige gastrique considéré comme étant d'origine toxique.* (Renvoyé à une commission composée de MM. Moutard-Martin, Rougon et Yvon, rapporteur.)

— M. *Guelpa* lit un travail intitulé : Pourquoi la même médication, dans la diphthérie, donne-t-elle des résultats différents entre les mains des divers médecins qui l'emploient? Il montre que l'on ne peut expliquer ce fait par le caractère bénin ou malin des diverses épidémies, ou des différentes périodes d'une même épidémie, puisque des résultats dissemblables ont été obtenus par des observateurs ayant recours aux mêmes médicaments, à la même époque, dans des conditions en apparence identiques. Passant ensuite en revue les divers médicaments antiseptiques préconisés en badigeonnages, pulvérisations, gargarismes, irrigations dans la gorge, il établit que tous ont donné des succès lorsqu'ils sont bien employés, avec conviction et sans relâche, c'est-à-dire qu'il faut faire les irrigations, pulvérisations; badigeonnages, etc., à de courts intervalles, *jour et nuit*. C'est là le secret des succès obtenus par les uns et des insuccès obtenus par d'autres, qui adoptent une méthode moins rigoureuse. Il regarde comme funeste le précepte posé par M. Cadet de Gassicourt, de respecter le sommeil des malades; pendant ce temps, les micro-organismes pullulent, les poisons solubles s'accumulent et sont absorbés, et le diphthéritique subit l'intoxication. Il considère, d'ailleurs, comme un mauvais procédé les badigeonnages violents, les traumatismes de la gorge, à l'aide de substances caustiques, les arrachements de fausses membranes créant des plaies de la muqueuse et des portes d'entrée aux principes toxiques. Si le traitement préconisé par M. Gaucher donne des succès, ce n'est pas aux badigeonnages caustiques qu'il en est redevable, mais bien aux fréquentes et larges irrigations antiseptiques pratiquées dans les intervalles. Que l'on emploie d'ailleurs la résorcine, le bicarbonate de soude, le borax, l'acide phénique, le sublimé, le jus de citron, l'eau perchlorurée, etc., c'est la répétition de l'action antiseptique, la lutte incessante, jour et nuit, qui donnera la victoire. Il faudra faire des irrigations, des pulvérisations, dès le début, dans la gorge, dans les fosses nasales et, si besoin est, dans le larynx et la trachée, après la trachéotomie. Celle-ci devra être pratiquée le plus tôt possible; elle n'aggrave en rien, par elle-même, la maladie, et prévient, au contraire, les accidents asphyxiques, tout en permettant de combattre localement l'extension des fausses membranes dans le larynx et la trachée. En résumé, le traitement de la diphthérie devra être ainsi formulé : placer le malade dans une atmosphère humide de 20 à 22 degrés; entretenir dans la chambre, sur des réchauds, une évaporation constante d'une solution phéniquée; donner, au début, un vomitif, puis des purgatifs légers, pour activer l'élimination des principes toxiques par la voie intestinale; prescrire le sulfate de quinine, s'il y a de la fièvre; faire dans le nez et la gorge de larges irrigations, toutes les demi-heures ou même tous les quarts d'heure, *jour et nuit*, avec une solution phéniquée ou mieux avec une solution de perchlorure de fer, à 2 ou 5 pour 1000. Enfin, si les fosses nasales sont rendues imperméables par les membranes, les désobstruer au moyen d'un ramonage, ou même, en cas de nécessité, pratiquer la trépanation de l'antre d'Hygmore pour permettre les irrigations. Quant à l'alimentation, M. Guelpa, contrairement aux préceptes généralement adoptés, la regarde comme dangereuse si elle est trop substantielle, et conseille de n'employer que les substances liquides.

M. *Créquy* a vu employer par Baron et Barthez le bicarbonate de soude, et croit qu'il a été abandonné à juste titre, car il n'a pas donné de résultats bien satisfaisants. Il signale l'inconvénient que peuvent présenter les réchauds à évaporation dont parle M. Guelpa, ceux-ci répandant une proportion notable d'oxyde de carbone dans la chambre.

M. *E. Labbé* a déjà préconisé à diverses reprises un traitement tout analogue à celui que formule M. Guelpa, et il en retire constamment d'heureux effets. Il pense également que les cautérisations énergiques, les raclages de la gorge ne sont pas sans danger, car ils dénudent le chorion muqueux et favorisent l'absorption des produits toxiques. Quant au perchlorure de fer, il masque les productions diphthéritiques plutôt qu'il ne les détruit; en effet, il a l'inconvénient de colorer toute la gorge en noir et de rendre l'appréciation des lésions plus difficile. D'autre part, le sublimé, dont parle M. Guelpa, lui paraît un moyen dangereux, bien capable de produire des accidents toxiques graves s'il est employé aussi largement jour et nuit; on ne peut prévoir quelle quantité sera absorbée par le malade, et, par suite, c'est une substance à rejeter. Il s'associe du reste pleinement au précepte de continuer sans relâche le traitement pendant la nuit, sans chercher à respecter le sommeil des malades : agir autrement serait s'exposer à l'insuccès. Mais il ne saurait admettre l'évaporation et la pulvérisation continues d'une solution phéniquée dans la chambre du malade; certes il est utile de stériliser autant que possible l'atmosphère, mais il faut aussi redouter les accidents graves d'empoisonnement par l'acide phénique dont il a observé plusieurs exemples en pareil cas. Enfin il croit nécessaire d'alimenter le malade, et pour cela de lui donner du lait, qui agit en même temps comme diurétique, et de l'alcool pour soutenir ses forces.

M. *Guelpa* n'a parlé du sublimé que d'après les auteurs qui l'ont préconisé, mais il ne l'a point essayé lui-même et n'a formulé aucune dose à cet égard. Il pense que pour éviter l'intoxication phéniquée il suffit de surveiller les urines du malade; on cessera le médicament dès que la réaction caractéristique apparaîtra dans l'urine. Il croit que la fièvre est une contre-indication à l'alimentation.

M. *Moutard-Martin* demande à M. Guelpa de supprimer dans son mémoire ce qui a trait au sublimé : il y a là un danger grave. On ne saurait engager les praticiens à essayer cet antiseptique sans avoir auparavant formulé les doses et vérifié son innocuité qui semble plus que douteuse.

M. *E. Labbé* fait remarquer que la fièvre ne saurait empêcher d'alimenter le malade, si on a recours au lait. N'agit-on pas ainsi chez les typhoïdiques? D'autre part, si l'on se borne à surveiller les urines des malades plongés dans une atmosphère phéniquée, on s'expose à ne reconnaître l'intoxication que lorsqu'il sera trop tard pour en conjurer les redoutables effets. Pour lui, il préfère les irrigations au borax, à l'acide borique ou au bicarbonate de soude.

M. *Dubousquet Laborderie* fait observer que, dans le traitement de M. Gaucher, dont il a obtenu d'excellents résultats, la cautérisation antiseptique de la muqueuse dénudée empêche l'absorption et prévient la reproduction de la fausse membrane. Dès les premières cautérisations la fièvre tombe rapidement. D'ailleurs, dans certains cas où existent des fausses membranes épaisses, infiltrées, les irrigations ne peuvent suffire à les faire disparaître; il faut alors les enlever mécaniquement et faire une cautérisation antiseptique.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

André PETIT.

Société anatomique.

SÉANCES DES 19 ET 26 AVRIL 1889. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

M. *Thiercelin* communique un cas de *tuberculose génitale primitive*, consécutive à un avortement.

— M. *P. Thiéry* relate une observation de *kystes hydatiques du foie et de l'abdomen.*

— M. *H. Legrand* étudie les lésions histologiques des viscères dans l'*intoxication hydrargyrique aiguë* consécutive à des injections au sublimé après un accouchement.

— M. *Bouisson* fait une communication sur un cas de *charbon interne,* intestinal, avec examen bactériologique.

— M. *P. Poirier* montre des *fibro-chondromes branchiaux du cou.*

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

De la valeur du nitrite d'éthyle comme eupnéique, par M. LEECH. — Ce nitrite ne possède pas une action aussi rapide que le nitrite d'amyle; par contre, ses propriétés se rapprochent de celles de la nitro-glycérine. Comme les autres médicaments de ce groupe, c'est un diurétique et un diaphorétique inconstant. Néanmoins il peut rendre de réels services contre les affections cardio-vasculaires avec hypertension et en particulier contre les attaques d'angine de poitrine, qu'il prévient ou arrête à la manière de la nitro-glycérine. Même efficacité contre la dyspnée des cardiaques, où il existe du spasme bronchique et où il relève le pouls.

Fraser a montré les bénéfices que l'on peut en retirer contre la dyspnée de l'asthme et des affections bronchiques, à la dose quotidienne de cinquante à quatre-vingt-dix gouttes d'une solution alcoolique aux trois centièmes et la rapidité du soulagement qui se produit dans l'espace d'une demi-heure à une heure.

Cette solution est moins désagréable et plus stable que la solution alcoolique d'éther nitreux. Sa conservation est durable. Enfin, M. Leech attribuait même une partie des vertus de l'éther nitrique aux traces d'éther nitreux qu'il contient. (*The med. Chronicle*, octobre 1888, p. 177.)

Traitement de l'eczéma et du psoriasis par l'anthrarobine, par M. BRONSON. — Les essais cliniques de l'auteur avaient pour but de vérifier l'efficacité du traitement de Bechrend, sur des malades de l'hôpital de la Charité de New-York. Il appliquait sur les plaques de psoriasis la vaseline additionnée de 10 pour 100 d'anthrarobine, et sur les autres plaques une pommade à la chrysarobine. Dès la première semaine, les plaques traitées par l'anthrarobine s'étaient améliorées, de sorte que l'on peut considérer l'action thérapeutique de la première de ces substances comme plus rapide que celle de la seconde.

Même action favorable dans l'eczéma. Cependant on doit, d'après l'auteur, employer dans ce cas le traitement avec précaution, pour éviter une irritation trop vive. (*Journal of cut and Genito-uri. Diseases*, novembre 1888.)

Du strophantus contre le goitre exophthalmique, par M. le docteur R. BROWER. — En raison de l'indigence de la thérapeutique contre cette affection, notre confrère américain a prescrit le strophantus dans trois cas de maladie de Graves. Dans l'un, il s'agissait d'un individu, âgé de vingt et un ans, dont la guérison fut obtenue après quatre semaines de médication strophantinienne : la maladie durait depuis trois mois et la dose du médicament fut croissante en commençant par deux gouttes chaque jour et en augmentant jusqu'à dix gouttes de teinture. On observa le ralentissement et la régularisation du pouls, enfin la disparition de la tumeur thyroïdienne.

Les deux autres malades furent améliorés. Il est vrai que simultanément ils furent bien soumis à un régime hygiénique sévère, et que de plus on fit usage de la galvanisation des branches cervicales du sympathique. (*Journal of amer. med. Assoc.*, 1888, n° 18.)

De l'emploi de l'acide camphorique contre les inflammations catarrhales, par M. le docteur MAX NIESSEL. — On sait que Reichert et Furbringer recommandent cette substance contre les inflammations des muqueuses. M. Max Niessel en a fait usage sous forme de badigeonnages, de gargarismes, de pulvérisations et d'inhalations. C'est ainsi qu'il admet l'efficacité des fumigations de deux grammes d'acide camphorique durant la nuit, pour diminuer les sueurs des phthisiques.

Les préparations liquides s'obtiennent en additionnant l'acide camphorique, de bicarbonate de soude, à 5 pour 100, jusqu'à dissolution de cet acide et cessation dû dégagement d'acide carbonique. Elles rendent des services sous forme de badigeonnages hebdomadaires contre la laryngite ou la rhinite catarrhales.

M. Niessel attribue aux inhalations une certaine utilité contre la phthisie. Elles diminueraient l'irritation et faciliteraient l'expectoration. L'action thérapeutique de l'acide camphorique en gargarisme est plus douteuse. (*Deut. med. Woch.*, 4 octobre 1888.)

De l'adonidine dans le traitement des affections du cœur, par M. THOMAS OLIVER. — Ce glucoside, qui est un médicament diurétique et un tonique du cœur, rend, d'après cet observateur, des services dans les cas d'insuffisance mitrale ou aortique. Sous son influence, il a vu la dyspnée, les palpitations et les douleurs précordiales s'atténuer.

Il en a fait usage dans dix cas de cardiopathies chez des rhumatisants, et a constaté ses propriétés eupnéiques et cardiaques, mais sans observer une augmentation de la diurèse. Il considère donc l'adonidine comme un diurétique peu puissant, plus utile pour tonifier le cœur, restaurer la tension artérielle et amener une sudation comparable à celle que la belladone produit sur l'organe central de la circulation. C'est donc le médicament de l'insuffisance aortique. (*The Lancet*, p. 10 12, 24 novembre 1888.)

Du myrtol comme désinfectant des voies respiratoires, par M. EICHHORST. — Déjà recommandée comme anticatarrhal

dans les bronchites, cette huile essentielle peut être administrée en capsules. Une heure après l'ingestion de l'une de ces dernières, on constate que l'air expiré exhale l'odeur du myrtol, et que cette odeur persiste pendant vingt-quatre à quarante-huit heures. Dans les cas de bronchites fétides ou de gangrène pulmonaire, il y aurait donc indication à prescrire deux de ces capsules toutes les deux heures, chaque capsule contenant 15 centigrammes de substance active.

M. Eichhorst en aurait, de plus, obtenu les meilleurs résultats pour modérer l'expectoration des phthisiques, tout en constatant que le myrtol ne possède aucune action nécrophytique contre le bacille de la tuberculose. (*Wiener. med. press*, 1888, n° 42.)

BIBLIOGRAPHIE

Cours de zoologie médicale destiné aux étudiants en médecine et en pharmacie, rédigé d'après les leçons de M. L. Roule, par M. A. Suis. Edition revue par le professeur et précédée d'une préface de M. G. Moquin-Tandon, avec 420 figures dans le texte. — Toulouse, Ed. Privot; Paris, O. Berthier, petit in-8°, 1889.

Voici un livre vraiment original; de plus, c'est un livre savant, qui fait le plus grand honneur à son auteur. La morphologie générale des animaux, quoique traitée brièvement, est exposée avec netteté. La morphologie spéciale et la classification occupent la plus grande partie de l'ouvrage; des figures schématiques ou demi-schématiques, intéressantes et très compréhensibles, quoique mal gravées, facilitent singulièrement la lecture du texte. Dans ses tendances générales, M. Roule est évolutionniste; sa classification repose sur l'embryogénie et sur d'autres caractères peut-être discutables; mais, telle qu'elle est, elle constitue un effort digne d'intérêt et donne une idée suffisamment nette de l'état actuel de la science en taxonomie animale. Des tableaux d'une disposition spéciale très heureuse permettent de saisir d'un coup d'œil les relations des divers groupes entre eux. « Il est permis, dit l'auteur, de les considérer comme des tableaux phylogénétiques, c'est-à-dire montrant l'évolution suivie dans le temps par les animaux; mais il ne faut pas oublier que nous ne pouvons encore préciser avec certitude les rapports de certains groupes avec les autres types du monde animal. Ces tableaux phylogénétiques ne sont donc exacts qu'en partie, et il ne faut pas leur accorder une importance qui leur manque. » Nous louons la sage réserve de l'auteur, car pour ne parler que d'un de ces tableaux, celui qui résume la classification générale, il ne nous montre nullement les relations qui paraissent exister entre certains annélides et certains arthropodes par leurs larves, ni celles qui permettent de rapprocher à certains égards les échinodermes des vers; mais ce n'est pas là une critique, car nous faisons allusion à des questions litigeuses et controversées, qui ne peuvent dès lors fournir des arguments indiscutables.

M. Roule ne donne que les caractères des grands groupes; il ne mentionne que rarement les familles et les genres et plus rarement encore les espèces. Cependant, en consultant la table, en feuilletant attentivement le livre et en consultant certains tableaux synoptiques, on peut arriver à savoir à quel groupe appartient tel animal, dont la connaissance importe au médecin ou au pharmacien. Mais on ne trouvera guère plus; en effet, l'ouvrage est surtout théorique et ne peut avoir la prétention de rendre les services spéciaux de celui de M. Blanchard, par exemple. Nous le croyons insuffisant pour la préparation aux examens des Ecoles de médecine et de pharmacie; ainsi, pour ne donner qu'un exemple, la description des bothriocéphales et des ténias n'occupe guère que quatre pages. Est-ce à dire que cet ouvrage n'est pas appelé à rendre des services? Certes, il en rendra même à l'étudiant en médecine ou en pharmacie, mais après que celui-ci aura passé son examen de doctorat ou son examen probatoire, et dans le cas où il aura l'intention de pousser plus loin ses études d'histoire naturelle. En d'autres termes, c'est surtout aux candidats à la licence que l'étude du livre de M. Roule sera utile; ce sera pour eux un manuel précieux.

Notre critique ne porte donc nullement sur le fond du livre, que nous déclarons excellent et dont nous faisons sincèrement compliment à l'auteur.

L. Hahn.

Causeries scientifiques. — Découvertes et inventions; progrès de la science, etc. — Tome XXVII, année 1887-1888, par Henri de Parville. — Paris, J. Rothschild, éditeur.

Nous avons déjà, à diverses reprises, signalé tout l'intérêt que présentent ces *causeries* qui passent en revue tous les événements scientifiques un peu importants, mettent en relief tous les progrès accomplis dans toutes les branches des connaissances humaines, et indiquent aux chercheurs la voie à suivre pour progresser encore. Initiateur et vulgarisateur, critique et érudit, M. de Parville est encore et surtout l'un des écrivains scientifiques qui manient le mieux la langue française et qui à la clarté du style savent toujours joindre l'élégance de l'expression.

Nous ne ferons que citer, dans ce nouveau volume, les principaux articles relatifs aux sciences médicales. Nous y trouvons toute une série d'études sur l'hypnotisme, la suggestion, l'action des médicaments à distance, la clinique électro-thérapique de la Salpêtrière, sur les principaux médicaments dont l'usage s'est récemment répandu, tels que le salol et l'iodol, l'acide carbonique, la narcéine, les injections gazeuses sur les maladies microbiennes, les inoculations antirabiques, sur la statistique médicale, etc., etc. On voit que si les astronomes, les physiciens, les chimistes, les ingénieurs, les naturalistes, etc., tiennent tous à garder ce répertoire des inventions et des découvertes modernes, les médecins eux-mêmes y trouveront toujours un résumé aussi exact que précis des communications faites aux sociétés savantes, et de découvertes, sinon définitivement confirmées, du moins dignes de provoquer la controverse.

Le Sinus uro-génital. — Son développement. — Ses anomalies, par le Dr R.-A. Issaurat, membre de la Société d'anthropologie. Paris, O. Doin, 1888.

Cette thèse inaugurale a été faite sous l'inspiration de M. le professeur Mathias-Duval. Elle n'est point fondée sur des recherches originales modifiant les notions classiques, mais elle réunit et groupe d'assez nombreux faits d'anatomie comparée et de tératologie, aussi bien chez l'homme que chez la femme. C'est donc un travail qui sera assez souvent utile à consulter.

VARIÉTÉS

Le « Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales ». — Les lecteurs de la *Gazette hebdomadaire* seront heureux d'apprendre que le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, commencé en 1864 par le regretté directeur de ce journal, est aujourd'hui complètement terminé. Les trois derniers volumes de cette importante publication seront mis en vente cette semaine. En présentant à l'Académie de médecine le centième volume du *Dictionnaire encyclopédique*, M. le Secrétaire perpétuel a bien voulu, en termes dont nous lui sommes profondément reconnaissants, rendre un nouvel hommage à la mémoire de Dechambre, et remercier les nombreux collaborateurs qui ont aidé le rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire* à tenir les engagements de son vénéré maître en terminant, dans les délais voulus, l'œuvre à laquelle il avait consacré les vingt dernières années de sa vie.

Liste des prix de la Faculté de Médecine de Paris pour l'année 1887-1888. — 1° *Prix Barbier*. — Douze appareils ou instruments ont été présentés. La Faculté a décidé : 1° qu'une somme de 500 francs serait attribuée, à titre d'encouragement, à M. le docteur Auvard, pour ses divers *instruments ;* 2° que la somme de 1500 francs, reliquat du prix, serait accordée à la bibliothèque de la Faculté.

2° *Prix Châteauvillard*. — Quatre ouvrages ont été présentés. Le prix est partagé ainsi qu'il suit : 1° 1000 francs à M. le docteur Gilles de la Tourette, pour son ouvrage intitulé : *L'Hypnotisme;* 2° 500 francs à M. le docteur Petit, pour son ouvrage intitulé : *Œuvres complètes de Jean Méry;* 3° 500 francs à M. le docteur Blondel, pour son ouvrage intitulé : *les Strophantus du commerce*.

3° *Prix Corvisart*. — Le prix, qui consiste en une médaille d'or et 400 francs, a été décerné à M. Morau, externe des hôpitaux. La Faculté a décidé que le sujet du concours, pour l'année 1889, serait : *Complications du rhumatisme articulaire aigu*.

4° *Prix Montyon*. — Le prix n'a pas été décerné cette année faute de concurrents.

5° *Prix Jeunesse* (Hygiène). — Cinq ouvrages ont été présentés. Le prix a été partagé également entre les deux concurrents, savoir : 750 francs à M. le docteur A.-J. Martin, pour son *Etude sur la création du Musée d'hygiène*, et son mémoire sur la *Désinfection des chiffons ;* — 750 francs à M. le docteur Thoinot, pour ses manuscrits : *Etude sur la fièvre typhoïde; Etude sur la généralisation de la progression de la diphthérie; Etude critique sur quelques points de la suette miliaire*.

6° *Prix Lacaze* (Phthisie). — La Faculté a décidé que le prix, d'une valeur de 11 500 francs, serait décerné à M. le docteur Malassez, pour ses travaux sur la tuberculose.

7° *Thèses récompensées :*

Médailles d'argent. — MM. Berlioz, Blocq, Bourdillon, Demoulin, Fugairon, Guérard, Guillet, Marty, Potocki, Vassaux.

Médailles de bronze. — MM. Bécavin, Bosselut, Colin, Foubert, Hervé, Joubin, Labrune, Lejars, Lepage (Gabriel), Marage, Marguet, Martin de Gimard, Monprofit, Pavlidès, Polguère, Patein, Pozzi, Raymond, Riocreux, Riomme, Secheyron, Varnier, Yersin.

Mentions honorables. — MM. Belin, Boisvert, Budor, Demelin, Dubar, Dumont, Durel, Engelbach, Evrain, Girode, Guèmes, Jeanselme, Jeanton, Jouliard, Lancial, Leflaive, Le Page (Charles), Luquet, Ninovici, Mirassou-Nouqué, Nivière, Odriozola, Perez, Rendon, Roulland, Saint-Hilaire, Semelaigne, Mme Sollier, Vanneufville, Villemin, Wissard, Ywanovitch.

Faculté de médecine de Paris. — Par décision de la Commission scolaire, en date du 12 avril 1889, MM. les candidats ajournés avant le 9 juin 1889 sont informés que : 1° les épreuves pratiques seront renouvelées dans la dernière quinzaine de juin (à partir du 17 juin) ; 2° les épreuves orales seront renouvelées : à partir du 17 juin pour les candidats ayant échoué avant le 15 mai ; à partir du 1er juillet pour ceux qui ont échoué après le 15 mai et avant le 9 juin.

— La seconde série des travaux pratiques d'histologie du semestre d'été, commencera le mardi 30 avril. MM. les étudiants de deuxième année sont convoqués individuellement par une lettre spécia'e.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Rondot, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de clinique médicale des maladies des enfants.

Hôpital Cochin. — M. le docteur Dujardin-Beaumetz commencera ses conférences de clinique thérapeutique, le 1er mai, à dix heures, à l'hôpital Cochin, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure. Il traitera cette année des nouveaux médicaments et des nouvelles médications.

Le lundi, M. le docteur Bardet traitera de la photographie appliquée à la médecine ; M. le docteur Dubief, des microbes pathogènes, et M. Egasse, des connaissances pharmaceutiques indispensables au médecin.

Le vendredi, M. Alcindor s'occupera du parasitisme au point de vue thérapeutique, et M. Courtois-Suffit, de la séméiologie de quelques affections du système nerveux.

Congrès d'hygiène et de démographie. — Le Congrès international d'hygiène se tiendra, du 4 au 11 août 1889, à la Faculté de médecine.

Questions proposées par le Comité d'organisation. — 1° Mesures d'ordre législatif, administratif et médical prises dans les divers pays pour la protection de la santé et de la vie de la première enfance. Rapporteurs : MM. Landouzy et H. Napias.

2° De l'enlèvement et de l'utilisation des détritus solides (fumiers, boues, gadoues, débris de cuisine, etc.) dans les villes et dans les campagnes. Rapporteurs : MM. du Mesnil et Journet.

3° Régime et distribution de la température dans l'habitation. Rapporteurs : MM. Emile Trélat et Somasco.

4° Action du sol sur les germes pathogènes. Rapporteurs : MM. Grancher et Richard.

5° Protection des cours d'eau et des nappes sou'erraines contre la pollution par les résidus industriels. Rapporteurs : MM. J. Arnould et A.-J. Martin.

6° De l'assainissement des ports. Rapporteur : M. A. Proust.

7° Accidents causés par les substances alimentaires d'origine animale contenant des alcaloïdes toxiques. Rapporteurs : MM. P. Brouardel, Pouchet et Loye.

8° De la statistique des causes de décès dans les villes. Rapporteur : M. J. Bertillon.

Congrès international de médecine mentale. — *Questions posées par le Comité d'organisation :* 1° Pathologie mentale. Obsessions avec conscience (intellectuelles, émotives et instinctives). Rapporteur : M. J. Falret.

2° Législation. Législation comparée sur le placement des aliénés dans les établissements spéciaux, publics et privés. Rapporteur : M. B. Ball.

3° Médecine légale. De la responsabilité des alcoolisés. Rapporteur : M. Motet.

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 10 mai). — *Ordre du jour :* M. Comby : Rapport sur les mesures à prendre pour combattre la transmission des maladies contagieuses dans les hôpitaux d'enfants. — M. Ballet : Sur quelques troubles réflexes d'origine gastro-intestinale. — M. A. Renault : Note pour servir à l'histoire de la pneumonie infectieuse.

Avis. — Le poste de médecin sanitaire de France à Suez est vacant. Le traitement est de 10000 francs. Pour tous renseignements s'adresser à MM. les professeurs Brouardel ou Proust, à Paris.

Mortalité a Paris (16e semaine, du 14 au 20 avril 1889. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 7. — Variole, 7. — Rougeole, 29. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 10. — Diphthérie, croup, 31. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 203. — Autres tuberculoses, 25. — Tumeurs : cancéreuses, 38 ; autres, 7. — Méningite, 46. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 45. — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 39. — Bronchite aiguë, 25. — Bronchite chronique, 39. — Broncho-pneumonie, 25. — Pneumonie, 63. — Gastro-entérite : sein, 6 ; biberon, 36. — Autres diarrhées, 6. — Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 3. — Débilité congénitale, 28. — Sénilité, 31. — Suicides, 11. — Autres morts violentes, 4. — Autres causes de mort, 186. — Causes inconnues, 6. — Total : 972.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Chimie inorganique et organique, botanique et zoologie, notes servant à la préparation de l'examen du premier doctorat, recueillies et publiées par M. le docteur L.-N. Worthington. 1 vol. in-8°. Paris, O. Berthier. 10 fr.

Thérapeutique, ligatures des artères, trachéotomie et laryngotomie, notes servant à la préparation de l'examen du quatrième doctorat, recueillies et publiées par M. le docteur L.-N. Worthington. 1 vol. in-8°. Paris, O. Berthier. 10 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

19005. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

SUPPLÉMENT THÉRAPEUTIQUE

DE LA

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

THÉRAPEUTIQUE

De la Créosote.

La créosote découverte en 1830, par Reichembach, fut tout d'abord l'objet d'un certain engouement bientôt suivi d'un abandon à peu près complet.

La difficulté que les médecins éprouvèrent à obtenir de la créosote vraie fut probablement la cause de cet oubli. En effet, le plus généralement, au lieu de l'extraire du goudron de hêtre, ou simplement du goudron de bois, on l'obtient par distillation des huiles lourdes de houille, et on livre au commerce un mélange impur d'acide phénique qui souvent ne renferme pas trace de créosote.

La créosote n'a pris la place importante qu'elle occupe actuellement dans la thérapeutique qu'à partir des travaux des docteurs Bouchard et Gimbert (*Gazette hebdomadaire*, 1877).

Le professeur Bouchard avait soumis 93 phthisiques à la médication créosotée. La dose initiale était de 40 centigrammes par jour; elle fut continuée, pour la plupart des malades, sans variation, pendant toute la durée de la cure; dans quelques cas, elle fut élevée à 60 ou 80 centigrammes et même 1 gramme. Sur ces 93 malades, 54 ont bénéficié de ce traitement et 25 parurent définitivement guéris.

Un grand nombre de praticiens adoptèrent cette médication et confirmèrent ces résultats, non seulement en France, mais aussi à l'étranger. Pick à Coblentz, J. Sommerbrodt et Prœntzel, à Berlin, l'appliquèrent sur une large échelle. Ces deux derniers ont publié, en 1887, les résultats de leur expérience personnelle.

J. Sommerbrodt a soumis à la créosote tous les tuberculeux qui se sont présentés à lui depuis neuf ans, et, spécialiste très recherché, il n'en évalue pas le chiffre à moins de 5000. Il emploie de préférence des capsules de gélatine contenant chacune 5 centigrammes de créosote, parce que ce mode d'administration est plus pratique, plus agréable et plus économique.

Il en fait prendre progressivement une le premier jour, deux le second, trois par jour jusqu'à la fin de la première semaine, à raison d'une aussitôt après le repas, dans une cuillerée d'eau; la deuxième semaine, il en prescrit 4, la troisième semaine, 5, et 6 la quatrième.

Le malade continue à prendre 6 capsules par jour pendant une *durée de plusieurs mois*. Un grand nombre de malades ont pris ainsi sans interruption de 600 à 1200 capsules, et l'un d'eux est allé jusqu'à 2000.

Ce sont à peu près les mêmes prescriptions que celles des médecins français. Les effets constatés ont également été les mêmes que ceux annoncés par le professeur Bouchard.

Les effets du traitement sont surtout apparents et rapides dans les tuberculoses au début, dans le catarrhe du sommet avec induration.

Au bout de huit à quinze jours, quelquefois plus tôt, on obtient une diminution de l'expectoration, puis secondairement de la toux. Après quelques jours, la fièvre diminue ou cesse, l'appétit, les forces et l'embonpoint ne tardent pas à revenir. Il n'est pas rare de voir les sueurs se supprimer après trois semaines de traitement.

Ces effets remarquables de la créosote dans les affections de poitrine pouvaient être pressentis d'après son origine, étant données les propriétés reconnues du goudron médicinal, qui renferme 25 pour 100 de créosote.

La créosote, qui a donné de si beaux succès dans la phthisie, donne des guérisons plus rapides et plus parfaites dans des affections moins graves, telles que le *catarrhe pulmonaire* et la *bronchite chronique*.

D'après Bouchard (de Paris), la créosote aurait une action élective sur la lésion pulmonaire. De son côté, Sommerbrodt (de Berlin) est convaincu que la créosote possède une *action spécifique* véritable.

Ces expérimentateurs ont employé la créosote à l'exclusion de tout autre médicament dans le but de mieux juger de ses propriétés.

Ce qui a été dit ci-dessus démontre l'importance qu'il y a à s'assurer de la pureté de la préparation dont on se sert. A Paris, dans les hôpitaux, une des préparations de créosote souvent employée, est celle qui est connue sous le nom de « Perles de créosote de Clertan ».

Les perles du docteur Clertan contiennent, chacune, 5 centigrammes de créosote, sous une enveloppe mince et transparente, d'une solubilité parfaite.

Les perles du docteur Clertan sont hautement appréciées par les médecins de tous les pays, pour la perfection de leur fabrication et la pureté des produits qu'elles renferment.

(Extrait du *Bulletin médical*.)

THÉRAPEUTIQUE

Perles du docteur Clertan.

Approbation de l'Académie de médecine de Paris.

Primitivement appliquée à l'éther, la découverte du docteur Clertan a permis d'emprisonner ce corps si volatil et de le porter dans l'estomac à dose fixe et sans aucune perte. Le même procédé a été appliqué à la plupart des substances, liquides ou solides, dont la volatilité, la saveur ou l'odeur rendaient l'administration difficile.

MM. les Médecins pourront ainsi proscrire, sans aucun désagrément pour le malade, l'*Iodoforme*, la *Créosote*, la *Valériane*, le *Castoreum*, l'*Assa-fœtida*, *tous les Sels de Quinine*, *Sulfate*, *Bisulfate*, *Chlorhydrate*, *Bromhydrate*, *Valérianate*, *Salicylate*, *Lactate*, etc., l'*Essence de Térébenthine*, la *Mixture de Durande*, les *Gouttes* ou *Liqueur d'Hoffmann*, l'*Essence de Santal*, et les substances nouvellement introduites dans la Thérapeutique, telles que le *Terpinol*, le *Gaïacol*, etc., etc., auxquelles ce mode de préparation pourra s'appliquer avec avantage.

Ces substances et les perles de nom correspondant peuvent être partagées en séries suivant leurs propriétés et leurs applications :

1re SÉRIE. — MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE.

a. Perles de Créosote de Clertan. — 5 centigrammes par perle. Dose moyenne, 4 par jour.
b. Perles de Gaïacol de Clertan. — 5 centigrammes par perle. Dose moyenne, 4 par jour.
c. Perles d'Iodoforme de Clertan. — 5 centigrammes par perle. Dose moyenne, 4 par jour.
d. Perles de Terpinol de Clertan. — 30 centigrammes par perle. Dose moyenne, 4 par jour.

2e SÉRIE. — LITHIASE BILIAIRE.

a. Perles de Durande de Clertan (Éther, 2 p.; Ess. de tér., 3 p.; ensemble, 20 centigrammes). Dose, 6 à 10 par jour.
b. Perles de Chloroforme de Clertan. — 45 centigrammes par perle. Dose, 4 par jour. (Vomissements, hoquets, mal de mer.)

3e SÉRIE. — MÉDICATION ANTISPASMODIQUE.

a. Perles d'Éther de Clertan. — 20 centigrammes par perle. Dose, 4 à 10 par jour. (Migraines, céphalées rebelles, accès d'asthme, crampes d'estomac, tendances à la syncope.)
b. Perles d'Hoffmann de Clertan (Éther, 1 p.; alcool, 2 p.; ensemble 20 centigrammes). Dose, 4 à 10 par jour. (Mêmes indications que pour les perles d'Éther, et plus particulièrement nausées, digestions douloureuses, indigestions, vomissements.)
c. Perles de Valériane de Clertan. — 20 centigrammes de teinture éthérée. Dose, 4 à 10 par jour. (Vertiges, étourdissements, palpitations nerveuses.)
d. Perles d'Assa-fœtida de Clertan. — 20 centigrammes de teinture éthérée. Dose, 4 à 10 par jour. (Spasmes, suffocation, boule hystérique, œsophagisme, chlorose.)
e. Perles de Castoreum de Clertan. — 20 centigrammes de teinture éthérée. Dose, 4 à 10 par jour. (Dysménorrhée, coliques de la menstruation, gonflements du ventre.)
f. Perles d'Apiol de Clertan. — 5 centigrammes. (Mêmes indications.)
g. Perles d'Essence de Térébenthine de Clertan. — 20 centigrammes. Dose, 4 à 10 par jour. (Migraines, névralgies faciales, sciatique, lumbago.)

4e SÉRIE. — MÉDICATION QUINIQUE OU FÉBRIFUGE.

a. Perles de Bromhydrate de quinine de Clertan, à 10 centigrammes de *sel chimiquement pur*.
b. Perles de Bromhydrate de quinine de Clertan, à 10 centigrammes de *sel chimiquement pur*.
c. Perles de Sulfate de quinine de Clertan, à 10 centigrammes de *sel chimiquement pur*.
d. Perles de Bisulfate de quinine de Clertan, à 10 centigrammes de *sel chimiquement pur*.
e. Perles de Valérianate de quinine de Clertan, à 10 centigrammes de *sel chimiquement pur*.
f. Perles de Salicylate de quinine de Clertan, à 10 centigrammes de *sel chimiquement pur*.
g. Perles de Lactate de quinine de Clertan, à 10 centigrammes de *sel chimiquement pur*.

5e SÉRIE. — MÉDICATION HYPNOTIQUE.

a. Perles d'hypnone de Clertan, à 10 centigrammes. Dose, 2 à 4 par jour.

6e SÉRIE. — MÉDICATION BALSAMIQUE.

a. Perles de Santal de Clertan, à 30 centigrammes. Dose, 2 à 12 par jour.

D'une manière générale, les Perles du docteur Clertan contiennent cinq gouttes de médicament liquide ou 10 centigrammes de médicament solide.

Les Perles du docteur Clertan sont très promptement dissoutes dans l'estomac : peu d'instants après l'ingestion d'une perle d'éther, par exemple, l'ascension de vapeurs témoigne de la rupture de l'enveloppe.

Par leur volume, leur aspect brillant, les préparations du docteur Clertan représentent bien exactement des sortes de perles : la transparence et la minceur de la couche gélatineuse permet de voir le médicament en nature et de s'assurer ainsi de son état de conservation.

En prescrivant, sous le nom du docteur Clertan et avec la garantie de son cachet, les divers médicaments énumérés ci-dessus, MM. les Médecins sont assurés d'avoir des préparations pures et rigoureusement dosées.

Tous les produits inclus sont ou fabriqués de toutes pièces ou analysés à notre laboratoire.

La Maison L. Frere, 19, *rue Jacob*, *Paris*, propriétaire de la marque et des procédés du docteur Clertan, a mérité les plus hautes récompenses, *Médailles d'or uniques*, décernées aux produits pharmaceutiques aux Expositions *universelles* de Paris (1878) et de l'étranger, Amsterdam (1883), Sydney (1888).

Les préparations du docteur Clertan sont recommandées en plusieurs endroits du *Traité de thérapeutique* de Trousseau et Pidoux, notamment p. 289 et p. 614, t. II, 7e édit.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

18832. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

TRENTE-SIXIÈME ANNÉE N° 19 10 MAI 1889

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 8 mai 1889.

Académie de médecine : **Le tétanos.**

La discussion soulevée devant l'Académie, par le rapport de M. Verneuil sur les observations de MM. P. Berger et Richelot, n'aura été ni sans intérêt ni sans utilité. On a pu en suivre, ici même, les diverses phases, et à plusieurs reprises nous en avons fait ressortir les seules conclusions qu'on en puisse aujourd'hui déduire. Les nouvelles observations présentées par M. Verneuil et les remarques de M. Goubaux ne nous semblent pas de nature à les modifier.

Ainsi que l'avait dit M. A. Guérin, aussitôt après la lecture du rapport de M. Verneuil, il reste démontré que le tétanos est inoculable et que, par conséquent, sa contagion ne peut être contestée en principe; mais, d'autre part, les faits positifs invoqués pour prouver la contagiosité du tétanos sont très rares; le plus souvent même ils peuvent être interprétés d'une autre manière. Enfin ce que l'on savait jusqu'à présent du mode de genèse et de propagation de la maladie n'explique pas comment ont pu se développer les grandes épidémies jadis observées sur les armées en campagne. Ces épidémies ne peuvent être comprises que si l'on admet la contagion. De leur côté, presque tous les orateurs qui ont pris part à la discussion académique, en particulier MM. Nocard, Trasbot, Leblanc, admettent aussi que le tétanos est une maladie infectieuse, inoculable. Si quelques-uns d'entre eux contestent encore la valeur des recherches entreprises pour isoler et cultiver le microbe pathogène, ou du moins s'ils hésitent à voir dans ce microbe un agent infectieux dont le rôle reste prépondérant; d'autres, et à leur tête M. Nocard, démontrent, avec l'autorité que donnent leurs recherches personnelles et une connaissance approfondie de tout ce qui a trait aux études microbiologiques, non seulement que le microbe du tétanos existe, mais encore qu'il agit surtout, sinon exclusivement, par les ptomaïnes qu'il sécrète dans le foyer même de la plaie d'inoculation.

Reste il est vrai, au point de vue clinique, l'influence indéniable des conditions extérieures dans lesquelles se sont trouvés les sujets atteints de tétanos et celle non moins évidente des prédispositions individuelles, en ce qui concerne l'espèce humaine. Toutefois, comme l'a si bien dit M. Verneuil, jamais on ne provoquera, jamais on ne déterminera le tétanos en réunissant, voire même en rendant plus intenses dans leurs effets, ces causes prédisposantes ou ces conditions climatériques, atmosphériques, etc., qui

FEUILLETON

Éloge de A. Dechambre

par M. le docteur A. RITTI (1)

Messieurs, notre siècle a vu des médecins qui, sans titre officiel ni attache à aucun corps constitué, surent acquérir, grâce à leur savoir et à leur talent, une autorité légitime : leurs appréciations étaient impatiemment attendues, leurs critiques redoutées et leurs conseils fréquemment suivis. Ces médecins étaient des journalistes; ils se nommaient Jules Guérin, Amédée Latour, Peisse, Dechambre, Brochin : tous esprits supérieurs et écrivains d'un rare mérite, également passionnés pour la propagation de la vérité scientifique et la défense des droits professionnels.

Le premier — le maître — fonda la *Gazette médicale de Paris*, dans laquelle les autres firent leurs premières armes. Savant de premier ordre, mais tempérament agressif, il aimait la lutte et la recherchait; il se jetait volontiers en pleine mêlée, frappant d'estoc et de taille, ne concédant jamais rien, sûr, en agissant ainsi, de faire taire ses adversaires et de rester maître du champ de bataille.

Intelligence de moindre envergure, mais nature plus souple, Amédée Latour était admirablement doué pour faire valoir les idées des autres. Pendant près d'un demi-siècle, il a mis sa plume si vive et si alerte au service des causes les plus diverses, dont la plupart excellentes ; mais ce qu'il a dépensé d'esprit, de verve et de sensibilité, pour fonder et développer l'Association générale des médecins de France, ceux-là seuls le savent qui ont pris la peine de feuilleter la collection de l'*Union médicale*.

Brochin, Dechambre et Peisse étaient, à des degrés et à des titres divers, des philosophes, que le souci constant des idées général s'éloignait de l'empirisme pur. Pour eux, l'étude de la médecine était moins un but qu'un moyen, celui d'augmenter la

(1) Nous sommes heureux de pouvoir mettre sous les yeux des lecteurs de la *Gazette hebdomadaire* l'éloquent hommage que M. le docteur Ritti vient de rendre à la mémoire de Dechambre, dans la dernière séance de la Société médico-psychologique. *La R.*

contribuent cependant à rendre si efficace et si nocive l'introduction du virus dans l'organisme.

M. Goubaux a cité à ce point de vue des faits bien instructifs. A la ferme de Vincennes, il y a vingt-cinq ans, on fit châtrer 33 béliers par un vétérinaire; ces 33 béliers succombèrent au tétanos. Il en restait 28. Après avoir attendu quelque temps, M. Goubaux opéra ces 23 béliers, et pas un d'eux ne fut atteint de tétanos. Au lieu d'expliquer la mort des premiers par l'influence d'un vent un peu frais et d'un air plus ou moins chargé d'électricité, n'est-il pas infiniment plus rationnel d'admettre que le premier vétérinaire a contaminé tous les animaux qu'il a opérés, et cela sans doute à l'aide de ses instruments?

Il ne nous paraît point nécessaire d'insister davantage. Le tétanos étant une maladie infectieuse, sa transmissibilité ne peut être niée. Elle existe au même titre que celle de la tuberculose et de la fièvre typhoïde. Ces maladies, dont on reconnaît aujourd'hui la nature microbienne, ne sont, elles aussi, que très peu contagieuses. C'est en vain que nous avons recherché, pour répondre à l'enquête entreprise il y a quelques années par la *Société médicale des hôpitaux*, des observations positives démontrant la contagiosité de la phthisie. Il en a été de même quand nous avons dépouillé nos observations de fièvre typhoïde. Et, cependant, d'autres médecins ont été plus heureux. Il en sera de même sans aucun doute pour le tétanos. Déjà M. Verneuil et M. Nocard ont cité à cet égard des faits positifs en assez grand nombre pour entraîner la conviction de tous les esprits non prévenus.

Résumons donc cette longue enquête en répétant ce que nous avions dit il y a deux mois : Le tétanos paraît être une maladie infectieuse, inoculable, transmissible des animaux à l'homme, et, réciproquement, par les objets et les instruments qui ont touché un tétanique. Le virus qui détermine la maladie est sécrété par un microbe spécial qui a été inoculé et cultivé. Quant à l'origine première de ce microbe, elle reste encore obscure. D'assez nombreuses observations tendent à démontrer qu'il se trouve le plus souvent mélangé à des produits ayant été en contact avec divers animaux ou ayant reçu leurs déjections. La terre, la paille, etc., seraient le plus fréquemment ces agents de transmission. Il en serait donc du tétanos comme d'un grand nombre d'autres maladies infectieuses. Le germe morbide se régénérerait et prendrait plus d'intensité en passant par le sol.

Quel que puisse être l'avenir de cette doctrine, il faut reconnaître que les considérations prophylactiques qui en découlent sont à la portée de tous, et que leur utilité ne trouve aucun contradicteur. Si, en les appliquant avec la rigueur qui caractérise aujourd'hui les méthodes d'antisepsie, on arrive à restreindre, ou même à faire disparaître le tétanos chirurgical, comme on a vu disparaître le tétanos dit rhumatismal, on ne niera plus l'immense service qu'aura rendu M. Verneuil en appelant sur ce sujet l'attention et la sollicitude des vétérinaires et des chirurgiens.

CLINIQUE MÉDICALE

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu-Saint-Éloi, de Montpellier. (Service de M. le professeur Grasset).

Nouveaux éléments de diagnostic différentiel entre le cancer et l'ulcère de l'estomac. Hypoazoturie cancéreuse.

Le diagnostic différentiel entre le cancer et l'ulcère de l'estomac est quelquefois entouré des plus grandes difficultés. On ne trouve, en effet, dans les traités classiques, aucun signe franchement pathognomonique qui affirme nettement, dans un cas donné, l'existence de l'une ou l'autre affection ; les auteurs se bornent à énumérer un ensemble de caractères, dont la réunion plus ou moins complète chez un sujet fera plus ou moins pencher la balance d'un côté ou de l'autre. En faveur du cancer, on fera valoir l'âge avancé du malade, la localisation de la douleur au creux épigastrique, la manifestation tardive des vomissements après l'ingestion des aliments, la coloration noirâtre des hématémèses, la dilatation stomacale, la présence d'une tumeur ou d'une induration dans la région de l'épigastre, la cachexie jaune-paille, la production de l'œdème blanc douloureux, la marche rapide et régulièrement progressive de la maladie. L'ulcère bénéficiera du syndrome suivant : jeunesse du sujet, irradiation de la douleur épigastrique à la colonne vertébrale, vomissements précoces, teinte rutilante des hématémèses, absence de dilatation, d'induration épigastrique, de cachexie spéciale, marche variable de l'affection et rémissions fréquentes au cours de son évolution.

Malheureusement il est nombre de cas dans lesquels une partie des signes spéciaux qui viennent d'être énumérés font défaut, ou encore dans lesquels on observe le décevant mélange des symptômes propres à chacune des deux affections. Un sujet atteint d'ulcère stomacal, qui se trouvait

---

somme des connaissances scientifiques, seul terrain solide sur lequel puissent s'édifier les plus hautes spéculations. De tels esprits accueillirent avec faveur la création de la Société médico-psychologique, qui devait se consacrer à l'étude de la nature humaine sous ses multiples aspects. Tous trois s'y firent inscrire comme membres fondateurs et prirent une part active à ses travaux.

Nommé, dès le premier jour, secrétaire général, Dechambre eut la délicate mission de guider les premiers pas, nécessairement un peu timides, de notre Compagnie, qui depuis a pris une extension que ses débuts ne permettaient guère de prévoir. Cela seul suffit pour que nous honorions sa mémoire ; mais les services signalés qu'il a rendus à la médecine ne sauraient nous laisser indifférents. C'est pour moi une tâche bien douce de vous les rappeler et de rendre ainsi un dernier et solennel hommage à ce savant distingué, d'un esprit si juste et si pénétrant, à ce moraliste fin et délicat, qui a bien voulu m'honorer de son amitié. . . . .

M. Ritti raconte ensuite les premières années de la vie de Dechambre. Comme il veut bien le dire, cet exposé historique est emprunté en grande partie à la notice qui a paru ici même (1).

Nous ne citerons donc que quelques extraits de cette première partie:

. . . .

L'histoire, dit-on, ne se répète jamais. On serait plutôt porté à dire qu'elle est une imitation, lorsqu'on suit les diverses étapes scientifiques de l'hospice de la Salpêtrière. A cela, rien de surprenant. Les sujets de recherche y sont toujours les mêmes; les observateurs seuls changent, qui contribuent tous, chacun selon

(1) L. Lereboullet, *A. Dechambre, sa vie et ses œuvres*. Paris, 1887. C'est assurément la biographie la plus complète et la plus exacte qui ait été publiée sur Dechambre; nous croyons même qu'il est difficile de faire mieux. Notre savant ami, M. Lereboullet, a épuisé le sujet; nous devons ajouter qu'il l'a traité, non seulement en érudit, mais en homme de cœur. Le portrait qu'il a tracé du maître restera. Venant après lui, notre tâche devenait plus facile: nous n'avions qu'à puiser dans les renseignements si nombreux qu'il nous fournissait. Nous en avons largement profité, et, si cet Élogе a quelque valeur, il le devra surtout à cette collaboration. A. Ritti.

récemment dans nos salles, a présenté, à quelques mois d'intervalle, un vomissement de sang noir et une hématémèse rutilante. On a vu, d'un autre côté, la sclérose hypertrophique, si fréquente aux abords de l'ulcère, être confondue avec une induration spécifique. Enfin l'aspect anémique du malade épuisé par des hémorrhagies tenant à la présence d'un ulcus peut être fort difficile à distinguer de la « cachexie par intoxication » du cancéreux. Inutile d'insister sur les caractères de la douleur, l'époque des vomissements, la présence des œdèmes, la durée de la maladie, qui ne fournissent bien souvent que des données équivoques.

D'ailleurs, sans pénétrer plus avant dans la critique des signes différentiels fournis par la plupart des classiques (sous toutes réserves, il faut l'avouer), il suffit, pour se convaincre de leur insuffisance, de jeter les yeux sur les perfectionnements incessants que la clinique moderne cherche à leur apporter, et de passer en revue les procédés nouveaux tendant à faciliter la solution du problème.

En 1886, M. Troisier observe l'*envahissement des ganglions sus-claviculaires* dans trois cas de cancer de l'estomac, en fait part à la Société médicale des hôpitaux (1), et insiste sur l'importance diagnostique de ce symptôme. En 1888 (2), il revient sur le même sujet; tout récemment enfin (3), il vient de publier une intéressante étude sur l'adénopathie sus-claviculaire dans les cancers de l'abdomen. L'infection ganglionnaire à distance, si on l'observait à tout coup, aurait une importance considérable au point de vue de la diagnose; malheureusement l'inconstance du phénomène lui enlève beaucoup de sa valeur.

M. Hayem (4), en 1887, et, après lui, M. Georges Alexandre, dans sa thèse (5), révèlent un nouveau caractère des tumeurs malignes en général, dont l'application peut être faite au cancer de l'estomac: il s'agit d'une *leucocytose* qui accompagnerait d'habitude les néoplasmes malins et porterait, dans certains cas, au chiffre de 21000 par millimètre cube le nombre des globules blancs du sang, dont la moyenne physiologique ne dépasse jamais 9000. Pareille constatation, émanant d'un maître dont les affirmations reposent toujours sur des faits nombreux et précis, a une valeur incontestable.

(1) Troisier, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, séance du 8 octobre 1886.
(2) Troisier, *ibid.*, séance du 14 décembre 1888.
(3) Troisier, *Arch. gén. de méd.*, février-mars 1889.
(4) Hayem, *Bull. de la Soc. de biologie*, séances du 30 avril et du 7 mai 1887.
(5) Alexandre, *De la leucocytose dans les cancers et de la nature du cancer.* Thèse de Paris, 1887.

Mais la méthode ne s'applique pas à tous les cas, M. Hayem le déclare lui-même; pour que l'examen du sang ait une signification diagnostique, il faut que la tumeur ne soit pas ulcérée. De plus, ces recherches nécessitent un outillage et des manipulations qui ne sont pas à la portée de tout praticien. Aussi le procédé, tout en méritant une considération particulière dans les services hospitaliers auxquels est annexé un laboratoire, paraît devoir difficilement entrer dans la pratique courante.

Une autre méthode d'investigation, signalée il y a trois ans et aujourd'hui à peu près universellement répandue, consiste dans l'examen chimique du suc gastrique et la *recherche de l'acide chlorhydrique libre.*

On sait que, normalement, le contenu de l'estomac en état de vacuité est acidifié par l'acide lactique; demi-heure environ après l'ingestion des aliments, une certaine quantité d'acide chlorhydrique commence à se mélanger à l'acide lactique; au bout d'une heure, on ne trouve plus que de l'acide chlorhydrique. Ce dernier peut être facilement décelé dans les vomissements, grâce à une série de réactifs: violet de méthyle, violet de gentiane, rouge du Congo, orangé Poirier, vert brillant (Lépine), fluoroglycine vanilline (G. Sée), papiers réactifs, etc.

Or, dans le cancer de l'estomac, il se produirait dans le fonctionnement de l'organe une perturbation telle que l'acide chlorhydrique ne serait plus sécrété. L'absence des réactions que nous venons d'indiquer permettrait de constater, à un moment donné de la digestion stomacale, qu'il a complètement disparu du suc gastrique. Un pareil trouble de nutrition ferait entièrement défaut dans l'ulcère où la composition du suc gastrique est normale.

Pour beaucoup d'auteurs [Van den Velden, Debove (1), Jaccoud (2), Dieulafoy (3), G. Sée (4), C. Paul (5), Lannois (6)], le critérium fourni par l'étude chimique des sécrétions stomacales est d'une certitude presque absolue, moyennant certaines précautions prises avant de pratiquer l'examen (repas d'épreuve, etc.). Et cependant, à mesure que les recherches se multiplient, des résultats contradictoires sont obtenus et publiés. M. Lépine (7) refuse à ce

(1) Debove, *Soc. méd. des hôp.*, décembre 1886.
(2) Jaccoud, *Leçons cliniques*, 1887-1888, p. 240.
(3) Dieulafoy, *Semaine médicale*, 1888, p. 3.
(4) G. Sée, *Académie de médecine*, séance du 17 janvier 1888.
(5) C. Paul, *ibid.*, 21 février 1888.
(6) Lannois, *Revue de médecine*, mai 1887.
(7) Lépine, *Soc. méd. des hôp.*, février 1887.

son inclination et son pouvoir, à l'augmentation du capital scientifique déjà accumulé. Parmi ces sujets de recherche, toujours renaissants, il est curieux de trouver, à plus d'un demi-siècle de distance, ce qu'on appelle aujourd'hui l'hypnotisme et qui portait autrefois le nom de magnétisme animal. A l'époque où Rostan, Esquirol et son élève Georget s'en occupèrent, on peut dire que la question n'était pas mûre; elle n'était surtout pas dégagée de cette compromission charlatanesque qui lui a nui si longtemps auprès des corps savants. Ils firent cependant de leur mieux pour extraire la vérité scientifique des multiples singularités de ce phénomène aux allures si mystérieuses; ils poussèrent même plus loin leurs expériences: ils essayèrent les effets du magnétisme sur le traitement de la folie.

Déjà en 1813, puis en 1816, Esquirol avait fait avec le brahmane Faria quelques tentatives de ce genre sur onze femmes aliénées, maniaques et monomaniaques; mais elles n'eurent aucun résultat. Une seule de ces malades, éminemment hystérique, céda à l'influence magnétique; mais son délire n'éprouva pas de changement. Le magnétisme ne produisit aucun effet sur les dix autres aliénées. Le grand aliéniste ajoute qu'il répéta plusieurs fois, avec divers magnétiseurs, ces mêmes essais, sans obtenir plus de succès (1).

Interne d'Esquirol, Georget assista aux expériences de 1816. Doué d'une merveilleuse activité d'esprit et plus excité que rebuté par les difficultés, il reprit les expériences de magnétisme animal, « sans enthousiasme, dès le premier abord », comme il l'avoue lui-même. Après avoir longuement « vu, observé, expérimenté », il passa « de l'incrédulité, ou plutôt de l'ignorance, à la croyance, à la connaissance des faits », selon ses propres paroles. Mais de la croyance à la crédulité, il n'y a, en pareille matière, qu'un très petit pas à franchir, et Georget, on peut le dire, l'a sauté. Il lui a suffi de rencontrer un jour une certaine hystéro-épileptique, atteinte de somnambulisme magnétique qui lui donnât des indications — un peu fantaisistes, il faut l'avouer — sur le jour et l'heure de ses attaques, sur le traitement à lui faire suivre et même sur sa guérison radicale prochaine. Georget, émerveillé, en conclut que « cette personne lui a offert des phénomènes fort étonnants de *prévision* et de *clairvoyance*, telle-

(1) Esquirol, *Des maladies mentales.* Édit. belge, t. I, p. 78.

signe toute créance. Rosenheim trouve l'acide chlorhydrique en excès dans un cas de cancer où la muqueuse n'était pas atteinte; par contre, cet acide fait défaut dans un cas d'atrophie non cancéreuse de l'organe. Ewald et Litten constatent son absence dans certaines névroses de l'estomac, Schœffer dans la dilatation stomacale d'origine non spécifique.

Si la méthode précédente eût donné une absolue certitude, si l'on avait pu affirmer, d'après les résultats de l'examen, l'existence d'un ulcère ou d'un cancer, point n'eût été besoin de rechercher de nouveaux procédés : la seule analyse du suc gastrique eût suffi dans tous les cas, et personne n'aurait songé à reprocher à la méthode ses légers inconvénients. Mais du moment que des doutes s'élèvent sur l'exactitude des données fournies par l'étude du contenu stomacal, il est permis de faire ressortir ces inconvénients, et en particulier de présenter une objection pratique, un peu sentimentale peut-être, mais qui paraît justifiée par les faits.

Un cancéreux ne vomit pas toujours et présente quelquefois, relativement à ce symptôme, des périodes d'accalmie. Vomirait il habituellement, les vomissements peuvent se produire à une autre heure que celle à laquelle l'examen des évacuations serait le plus favorable. Enfin, la qualité des ingesta peut être de nature à altérer la réaction cherchée. Telles sont les idées qui ont conduit les expérimentateurs à imaginer le *déjeuner* ou *dîner d'essai*, qui consiste dans l'administration d'une certaine catégorie d'aliments destinés à être retirés artificiellement au bout d'un temps déterminé. Or, cette évacuation artificielle, à laquelle certains malades se soumettent sans peine, n'est acceptée par d'autres qu'avec hésitation et provoque chez quelques-uns une impression des plus pénibles (témoin le sujet de l'observation que nous allons rapporter, qui a refusé absolument de tenter l'expérience). Garder des doutes après un examen pratiqué dans ces conditions, c'est asseoir une désolante incertitude sur une expérimentation un peu cruelle.

Une dernière méthode dont l'application est facile et dont la réalisation n'est pas de nature à troubler la quiétude du patient, a été proposée, il y a quelques années, par M. le professeur Rommelaere (1) (de Bruxelles); elle a été contrôlée et diversement appréciée par plusieurs savants, entre autres MM. Dujardin-Beaumetz (1), Robin (2), Grégoire (3), Deschamps (4), Kirmisson (5), Thiriar (6), Henrijean et Prost (7) (de Bruxelles). Cette méthode, sur laquelle nous comptons publier prochainement un travail d'ensemble et à laquelle un grand nombre de faits d'ordre chirurgical et médical nous permettent d'accorder certaine créance, repose sur la constatation suivante, formulée en ces termes par M. Rommelaere : « L'observation nous a permis de contater que, dans les tumeurs de mauvaise nature, quel que soit leur siège, quelle que soit leur aspect morphologique, le chiffre de l'urée urinaire descend graduellement et finit par rester inférieur à 12 grammes par vingt-quatre heures. » Il suffit donc, lorsqu'on soupçonne l'existence d'une tumeur maligne, de rechercher, à l'aide du classique procédé d'Esbach, le chiffre de l'urée quotidiennement excrétée; l'examen doit porter sur la quantité totale des urines et être répété, pour éviter toute cause d'erreur, pendant plusieurs jours consécutifs.

Nous n'avons pas l'intention, dans cette courte étude, d'apprécier la théorie de M. Rommelaere sur la malignité morbide en général ; pour lui, toute tumeur est indifférente à l'origine; elle ne devient bénigne ou maligne que si l'état général de l'organisme la fait telle. « La malignité morbide désignée sous la dénomination clinique cancer est le *résultat* de la viciation de la nutrition organique, la réalité de cette viciation étant établie par l'hypoazoturie. » Une telle conception nous paraît discutable et contraire dans bien des cas aux données de la clinique; il est difficile de considérer un carcinome stomacal comme une tumeur indifférente à son origine, ayant évolué dans le sens de la malignité grâce aux aptitudes morbides spéciales du sujet. Avec notre maître, M. le professeur Kiener, nous croyons à la spécificité des néoplasmes et considérons la viciation de la nutrition organique, coexistant avec le cancer et se traduisant par l'hypoazoturie, comme l'*effet* et non la cause de la nature maligne de la tumeur.

(1) Rommelaere, *Recherches sur l'origine de l'urée*. Bruxelles, 1880 ; *Du diagnostic du cancer* (*Ann. de l'Univ. libre de Bruxelles*, t. III, 1883) ; *Du rapport de l'azoturie et de l'alimentation à l'état morbide*. Bruxelles, 1880.

(1) Dujardin-Beaumetz, *Soc. méd. des hôp.*, 1884-1885.
(2) Robin, *Gaz. méd. de Paris*, 1884, p. 385.
(3) Grégoire, *Variations de l'urée dans le cancer*. Thèse de Paris, 1883, n° 15.
(4) Deschamps, *Diagnostic et traitement du cancer de l'estomac*. Thèse de Paris, 1884, n° 78.
(5) Kirmisson, *Compte rendu du Congrès de chirurgie de* 1885, p. 466.
(6) Thiriar, *Compte rendu du Congrès de chirurgie de* 1886, p. 50; *Considérations pratiquées sur les affections chirurgicales du rein et la néphrectomie* (*Rev. de chir.*, 1888).
(7) Henrijean et Prost, *Étude des urines pathologiques* (*Bull. de l'Ac. roy. de méd. de Belgique*, 1886, p. 969).

---

ment que, dans aucun ouvrage de magnétisme, il n'a rencontré rien de plus extraordinaire (1). »

Les erreurs des grands esprits sont des leçons de modestie et d'indulgence. A la distance où nous sommes, la méprise de Georget se perd au milieu des vérités dont il s'est fait le défenseur; elle ne saurait en rien diminuer notre admiration pour ses talents et son mérite. Il avait trente-trois ans à peine, lorsqu'il mourut, et déjà il s'était élevé au premier rang par ses travaux sur la folie et la physiologie du système nerveux, et aussi par sa vigoureuse campagne en faveur de l'irresponsabilité pénale des aliénés.

Lorsque Dechambre arriva à la Salpêtrière, on n'y avait pas perdu le souvenir des expériences de Georget; on s'y montrait même les *sujets* qui lui avaient servi pour ses recherches. Deux étaient même célèbres: Pétronille et Manoury, veuve Brouillard, dite Braguette; — leurs noms ont passé à la postérité. Notre jeune interne trouva l'occasion excellente de contrôler les phénomènes extraordinaires dont on s'entretenait autour de lui. Avec le concours de ses amis H. Roger, Diday, Peisse et quelques autres, il entreprit une série d'expériences, s'entourant soigneusement de toutes les précautions voulues pour déjouer les supercheries des prétendues somnambules. Aussi, à la grande surprise des jeunes expérimentateurs, aucune des merveilles annoncées ne se reproduisit; le charme semblait rompu: une légère brise de scepticisme avait suffi pour tout faire évaporer, et la double vue, et même la découverte des maladies par l'imposition des mains sur les organes.

Dechambre rendit compte de ces résultats dans une lettre publiée dans la *Gazette médicale de Paris* du 11 septembre 1835. Ce feuilleton d'un jeune homme de vingt-trois ans, écrit dans une langue excellente, est plein d'une fine et piquante ironie; dans une série de scènes dialoguées, formant autant de petits tableaux de genre, on assiste aux expériences : on voit la malheureuse somnambule s'ingénier afin de conserver son bon renom de *lucidité;* malgré tous ses efforts, elle fait le contraire de ce qui lui est suggéré; aussi, fatiguée de la lutte, honteuse de son insuccès, elle s'avoue vaincue et disparait, jurant sans doute, « mais un peu tard, qu'on ne l'y prendrait plus. »

(1) *De la physiologie du système nerveux et spécialement du cerveau*. Paris, 1821, t. I, p. 268 (note) et t. II, p. 404.

Sans remonter jusqu'à l'origine de la malignité morbide, il est indispensable de dire ici, pour répondre à un certain nombre d'objections qui ont été faites à M. Rommelaere sur le bien-fondé de sa méthode, qu'il semble exister un rapport direct entre la mauvaise nature d'un néoplasme et la diminution de l'urée. Des hommes éminents ont attribué l'hypoazoturie cancéreuse à la cachexie du sujet et à la diminution des ingesta qui l'accompagne. Cette pathogénie exclusive nous paraît infirmée par des faits nombreux, et les observations qui vont être rapportées viennent à l'appui de cette manière de voir. Pour M. Rommelaere et pour nous, l'explication est la suivante : à l'état normal, le degré de l'azoturie est adéquat au régime alimentaire; un sujet qui ingère beaucoup de matières albuminoïdes émet beaucoup d'urée; un petit mangeur en rend peu. Mais, dans certains états morbides, en particulier dans le cancer, il existe un trouble de la nutrition (cause ou effet, peu importe pour le moment), tel que l'assimilation des matières azotées, quelle que soit l'abondance des ingesta, se fait mal, en sorte que la quantité d'azote excrété n'est nullement parallèle à la quantité d'azote introduit dans le tube digestif.

De là à dire que chez le cancéreux l'azoturie n'est nullement influencée par l'alimentation, il y a loin : un cancéreux qui mange beaucoup rend plus d'urée qu'un cancéreux qui ne se nourrit pas, mais il en rend moins qu'un homme sain soumis au même régime; il en rend d'autant moins que la maladie est plus avancée.

Hâtons-nous d'ajouter maintenant, pour ne point paraître attribuer exclusivement au cancer une action spéciale sur la nutrition et ses déchets, que les tumeurs malignes ne sont point seules à provoquer l'hypoazoturie, même portée à des limites extrêmes : l'inanition, une tuberculose avancée, les lésions du parenchyme rénal, certains troubles hépatiques, divers accidents nerveux, l'ascite, etc., peuvent s'accompagner d'une diminution notable de l'urée.

Les données précédentes sont applicables au sujet qui nous occupe. Lorsqu'on hésite à porter le diagnostic d'ulcère ou de cancer de l'estomac, le dosage de l'urée peut fournir d'utiles enseignements : le cancer provoquera une hypoazoturie d'autant plus marquée qu'à l'influence particulière de la tumeur maligne sur la nutrition viendra s'ajouter l'altération spéciale des voies digestives, avec les troubles mécaniques et chimiques qui l'accompagnent; — l'ulcère, au contraire, offrira un taux normal de l'urée. Cette opposition entre les deux types morbides, relativement à la quantité des déchets azotés quotidiens, fournit à M. Rommelaere, à l'appui de sa théorie, une espèce sur laquelle il s'étend avec détail dans ses travaux.

Si l'on se place au point de vue de la clinique, l'hypoazoturie par elle-même n'est pas l'indice positif de l'existence d'une tumeur maligne; en effet, elle peut être sous la dépendance, non seulement d'un cancer, mais encore des divers états morbides qui ont été énumérés plus haut (tuberculose, néphrite, inanition, etc.). Mais, par contre, la conservation du taux normal de l'urée, incompatible avec l'existence d'un cancer, surtout à une période avancée de la maladie, témoigne d'une façon presque certaine qu'il s'agit d'un ulcère stomacal.

La connaissance de ces faits a permis, dans le cas suivant, de porter un diagnostic exact qui a été confirmé par l'autopsie. Voici l'histoire du malade, résumée d'après les notes qui nous ont été remises par M. Franceschi, élève du service :

Il s'agit d'un homme de trente-sept ans, indemne d'hérédité cancéreuse, sobre dans ses habitudes, qui fut pris brusquement, en octobre 1888, au cours d'une santé parfaite, d'une douleur fixe au niveau des dernières fausses côtes droites ; cette douleur s'irradia peu à peu en avant et en arrière, en sorte qu'au bout de quelques jours le sujet se trouva comme enserré dans un demi-cercle douloureux qui embrassait toute la partie inférieure droite du thorax. L'acuité de la douleur était telle que la moindre exploration, les pressions les plus modérées, le plus léger effleurement déterminaient un malaise considérable et provoquaient de pénibles vomissements. Ces derniers se produisaient aussi spontanément : filants et muqueux à l'origine, ils ne survenaient guère au début qu'une fois par jour, à des intervalles très variables après les repas. Plus tard ils augmentèrent de fréquence et s'accompagnèrent d'hématémèses à sang noir, une fois même de melæna. Avec cela, l'appétit se maintenait satisfaisant; les aliments, même en quantité assez abondante, n'exagéraient pas la douleur, mais les forces déclinaient peu à peu.

Traité quelque temps à l'hôpital de Cette, le malade présente, dans le courant de novembre, une période d'accalmie; puis des douleurs reviennent plus vives et le malade entre, le 10 décembre, à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier, où il occupe le n° 1 de la salle Saint-Lazare.

Au début de janvier, quand le roulement de l'internat

Les mêmes qualités de composition et de style se retrouvent dans une seconde lettre publiée dans le numéro du 22 avril 1837 du même journal. Il s'agit cette fois de somnambules extralucides, de celles qui diagnostiquent les maladies avec plus de sûreté que le meilleur des cliniciens, et dont la thérapeutique est plus riche par son extraordinaire fantaisie que par la variété des indications. Dechambre nous fait assister à deux de ces consultations extra-médicales. C'est certes la plus amusante comédie de mœurs que de voir opérer gravement Céline — ainsi s'appelle l'une des somnambules — magnétisée non moins gravement par un médecin (1), « bien jeune alors, mais qui, heureusement pour la philosophie médicale, s'est voué depuis à des travaux plus sérieux » ; puis d'entendre les dissertations cliniques de Colette, l'autre somnambule, endormie par sa tante à l'aide de passes magnétiques des plus énergiques. Il y a là des scènes dialoguées, prises sur le vif, à faire croire que l'auteur assistait, le carnet à la main, derrière un rideau.

Ces deux feuilletons eurent le plus vif succès; ils le méritaient. En les relisant aujourd'hui, on ne peut s'empêcher de penser aux *Lettres provinciales*. Pascal devait être un des livres de chevet du jeune journaliste; l'imitation du grand écrivain lui avait porté bonheur. Mais ce n'était là que les moments de récréation de cet esprit si actif; le meilleur de son temps était consacré à perfectionner ses études cliniques, à aiguiser son sens d'observation, à réunir enfin de nombreux documents pour de sérieuses publications. . . . .

Dechambre ne resta pas longtemps un journaliste en disponibilité. « Un homme entre tous clairvoyant, sagace, libéral, homme d'ailleurs avec qui l'on a justement pu dire, dans les deux acceptions du mot, que *le commerce était sûr* », l'éditeur Victor Masson vint lui proposer la rédaction en chef d'un nouveau journal de médecine. Il accepta avec empressement; le plus beau de ses rêves se réalisait : avoir un journal à soi, où l'on a ses coudées franches, où l'on peut dépenser sans compter cette ardeur généreuse pour le vrai et le bien que rien n'a pu éteindre, où l'on apporte à la défense des intérêts scientifiques et professionnels cette expérience chèrement

(1) Le docteur Foissac.

nous appelle dans le service de notre cher maître, M. le professeur Grasset, nous trouvons le malade dans l'état suivant : il est pâle, faible, amaigri, le facies souffrant, et n'offre pas de teinte subictérique spéciale; il présente depuis quelque jours des vomissements noirs et des selles noirâtres très abondantes. La douleur en demi-ceinture droite persiste dans toute son intensité et n'a pu être modifiée ni par l'eau chloroformée, ni par l'absorption quotidienne de 10 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne. L'hypéresthésie est telle dans la région épigastrique, la moindre pression provoque des crises douloureuses si effrayantes qu'il a été impossible de pratiquer un examen local suffisant pour porter un diagnostic. Tout au plus a-t-on pu constater que le foie présente, au voisinage de son bord libre et à la partie externe de lobe droit, en dehors de la vésicule biliaire, une petite tumeur mamelonnée; il n'existe pas de ballonnement de l'épigastre. L'examen minutieux de la région sus-claviculaire ne révèle aucune adénopathie.

Malgré l'emploi de toniques et d'astringents de tous ordres, l'administration du régime lacté absolu, les hémorrhagies continuent par en haut et par en bas; le 8 janvier, il survient de la paralysie vésicale, des selles involontaires; le pouls acquiert une fréquence exessive, devient filiforme, et le malade meurt à peu près exsangue le 10 janvier.

Quelles présomptions pouvait-on légitimement déduire des phénomènes observés, en l'absence d'investigations locales suffisantes? on se trouvait en présence d'une affection stomacale se traduisant par des douleurs excessives et continues à l'épigastre, des vomissements fréquents, des hématémèses noires et abondantes, une évolution ayant abouti en trois mois à la mort dans la cachexie. Evidemment de pareils symptômes affirmaient l'existence d'un ulcère ou d'un cancer; mais il était impossible, par les seules constatations symptomatiques, de différencier nettement l'une et l'autre affection. L'absence de teint jaune-paille, de ganglions sus-claviculaires, d'hérédité cancéreuse, l'âge relativement peu avancé du sujet, etc., étaient un bien minime appoint en faveur de l'ulcère; au contraire, la coloration noire des hématémèses, la rapidité de l'évolution morbide, et surtout l'existence d'une tumeur du foie concomitante (à laquelle on pouvait rapporter les douleurs en demi-ceinture éprouvées par le malade) accumulaient les probabilités du côté du cancer.

Et pourtant ce fut le diagnostic d'ulcère qui l'emporta. C'est que l'examen de l'urine, pratiqué à diverses reprises, avait toujours révélé un chiffre d'urée normal; l'avant-veille de sa mort, le malade rendait 1600 grammes d'urines claires et ambrées renfermant 27gr,2 d'urée. Ce cachectique, au moment de mourir de sa lésion stomacale, assimilait encore le lait qu'il ingérait en abondance, il pouvait en transformer les albuminoïdes et les amener à leur terme ultime d'oxydation. Si la loi de Rommelaere était exacte, le cancer devait être mis hors de cause; on se trouvait en présence d'un ulcère.

De fait, l'autopsie confirmait le diagnostic : à l'ouverture de l'abdomen, pas trace de péritonite ni d'engorgement ganglionnaire. Une incision pratiquée le long de la grande courbure de l'estomac permettait de constater, au voisinage du pylore et sur la paroi postéro-supérieure de l'estomac, une vaste ulcération, parfaitement elliptique, offrant 6 centimètres de diamètre transversal et 4 centimètres de diamètre vertical, à bords taillés à pic et profonds de 3 ou 4 millimètres, à fond grisâtre et uni; tout autour, la paroi stomacale était épaissie et mesurait un demi-centimètre d'épaisseur. Au niveau de l'ulcération, l'estomac était adhérent au foie sur une surface de 1 centimère carré environ, et au pancréas dans une étendue beaucoup plus considérable.

Le foie était volumineux, pesait 1820 grammes, et présentait, à la partie antéro-externe de son lobe droit, une tumeur grosse comme une orange qui faisait saillie à la face supérieure et à la face inférieure de l'organe. La surface en était blanchâtre et cicatricielle; c'était bien l'aspect d'une grosse nodosité cancéreuse et la consistance de la tumeur justifiait cette présomption. Mais, à la coupe, on se trouvait en présence... d'un *kyste hydatique* multiloculaire dont certaines loges, grosses comme des noisettes, étaient occupées par une collection liquide entourée de la membrane germinative; d'autres, du volume d'une noix, renfermaient un certain nombre de petites vésicules secondaires.

Voici donc un cas dans lequel, l'examen local étant rendu impossible par l'hyperesthésie du sujet, l'ulcère et le cancer se partageaient les incertitudes. La balance pouvait à bon droit pencher du côté de la tumeur maligne par suite de la cachexie rapide et de la coexistence d'une tumeur hépatique; mais le diagnostic d'ulcère, affirmé par la constatation du chiffre normal de l'urée, est vérifié par l'autopsie.

A côté de ce fait où l'absence d'hypoazoturie a seule permis d'asseoir le diagnostic, nous signalerons le cas de

---

acquise dans les luttes les plus diverses. N'était-ce pas un programme bien noble et bien ambitieux? Et cependant il fut rempli, grâce à l'association de deux esprits d'élite, faits pour s'entendre. « En fondant ensemble la *Gazette hebdomaire*, dit avec raison M. le docteur Diday (1), Dechambre et Masson s'étaient mutuellement devinés, pressentis jusqu'au bout, et — de la part de l'éditeur, de père en fils — ces deux pures et vives forces alliées convergeant toujours en ligne droite vers le but le plus élevé, ont imprimé au journalisme médical un triple caractère d'utilité, de dignité, de moralité dont la science, l'enseignement, la profession n'ont pas cessé et ne cesseront pas sitôt de bénéficier. »

Le premier numéro de la *Gazette hebdomaire* parut le 7 octobre 1853. Depuis ce jour jusqu'à la veille de sa mort, pendant plus de trente ans, Dechambre appliqua les idées qui lui étaient chères et qu'il avait émises dès 1841. « Le journalisme médical, écrivait-il à cette date, sauf quelques exceptions rares et accidentelles, ne consiste guère qu'en un recueil de faits; ces faits tels qu'ils sont ne suffisent pas à constituer *scientifiquement* la plupart des parties qui composent le domaine de la médecine; il faut ouvrir de nouvelles voies à l'observation; il importe peu que les observations particulières soient plus longues ou plus courtes, mais il importe surtout de les recueillir à la lumière d'idées générales; un contrôle rigoureux doit être exercé sur les prétendus faits qui se produisent journellement dans le domaine public : le journalisme médical *critique* est donc un besoin de l'époque (1). »

La collection de la *Gazette* n'est que le long commentaire de ce vœu de jeune homme. Dechambre était admirablement préparé pour le mettre en action : ses connaissances étendues, sa vaste érudition, ses qualités de style, donnent à tous ses articles la solidité en même temps que le charme. Personne mieux que lui n'avait approfondi l'histoire de la médecine; il avait étudié en philosophe les nombreuses doctrines qui se sont succédé depuis Hippocrate et, à propos de discussions mémorables, il a prouvé que s'il savait les apprécier historiquement, il ne se

(1) *Lyon médical*, 1886, p. 66.

(1) *Examinateur médical*, 1841, p. 2.

deux malades, actuellement traités dans le service de la clinique pour des ulcères de l'estomac dont ils présentent le syndrome au grand complet, et qui rendent quotidiennement 28gr,9 et 23gr,4 d'urée (moyenne de vingt et douze analyses consécutives).

Nous pouvons conclure, en résumé : dans les cas où les symptômes classiques sont insuffisants à établir le diagnostic différentiel du cancer et de l'ulcère de l'estomac, il faut, sans négliger les autres procédés d'investigation récemment indiqués (adénopathie sus-claviculaire, leucocytose, recherche de l'acide chlorhydrique libre), accorder au chiffre de l'azoturie quotidienne une importance diagnostique toute spéciale.

G. Rauzier,
Interne des hôpitaux.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

De l'administration de la créosote à l'intérieur.

On connaît la répugnance des malades pour cette substance et la difficulté de la leur faire ingérer en capsules. Voici quelques préparations, sur l'utilité desquelles M. Kerstew a récemment insisté, bien qu'elles ne soient pas absolument nouvelles.

1° *Capsules créosotées.* — Leur formule usuelle est la suivante :

Créosote	0gr,05
Baume de Tolu	0gr,02

Pour une capsule. Trois par jour.

2° *Émulsion créosotée.* — Destinée à remplacer l'huile de foie de morue créosotée, cette préparation est ainsi formulée :

Huile d'amandes douces	150 grammes.
Créosote de hêtre	8 —

Faire une solution,, à laquelle on ajoutera :

Gomme arabique	120 grammes.
Eau distillée de menthe	500 —

Administrer à raison de deux à cinq cuillerées à soupe quotidiennement.

3° *Gouttes créosotées.* — La mixture recommandée sous ce nom se prescrit à raison de L à XL gouttes par jour dans un vin d'Espagne :

Créosote	4 grammes.
Teinture de cannelle	40 —

4° *Pilules créosotées.* — Utiles surtout dans les cas où il existe de la toux et de la diarrhée, ces pilules sont composées de :

Créosote	2 grammes.
Acétate de plomb	0gr,25
Extrait d'opium	0gr,20
Sirop de sucre	ãã q. s.
Gomme arabique	ãã q. s.

Pour 100 pilules.

On les administre à raison de quatre à cinq, trois fois par jour.

5° *Potion créosotée.* — Cette potion s'administre à raison de deux grandes cuillerées par jour et contient :

Créosote de hêtre	1 gramme.
Alcool	20 —
Sirop de cannelle	130 —

On peut toutesles semaines en augmenter la dose jusqu'à cinq cuillerées.

Ch. Éloy.

REVUE DES COURS ET DES CLINIQUES

Faculté de médecine. — Cours de pathologie interne : M. le professeur Dieulafoy.

Syphilis du poumon et de la plèvre.

(Leçons recueillies par le docteur Fernand Widal, interne des hôpitaux.)

(Suite. — Voy. le n° 18.)

2° *Type simulant la phthisie tuberculeuse vulgaire.* — C'est la forme la plus fréquente et je ne saurais mieux vous la faire connaître qu'en vous citant encore quelques observations.

En novembre 1878, M. Fournier (1) rapportait devant l'Académie de médecine l'histoire d'une femme jeune

(1) A. Fournier, *Phagédénisme tertiaire du pied; Phthisie syphilitique simulant la phthisie commune*, traitement spécifique; guérison (*Académie de médecine*, 19 novembre 1878).

laissait pas dominer par elles. S'il admirait les anciens, s'il admettait la tradition, ce n'était point par soumission aveugle, il aimait trop le libre examen; mais il était convaincu que l'amour passionné du progrès n'exclut pas le respect des ancêtres et que les plus grands génies se sont honorés en reconnaissant ce qu'ils devaient à leurs prédécesseurs.

Si on voulait représenter une allégorie du journalisme médical, on pourrait emprunter aux Romains la figure d'un de leurs dieux, le dieu de la paix, aux deux faces adossées l'une à l'autre : celle qui est en arrière contemple le passé; celle qui regarde en avant cherche à scruter l'avenir. Ce n'est qu'en se plaçant entre ces deux points de vue opposés que l'écrivain et le penseur peuvent juger sainement les questions, générales ou spéciales, qui s'agitent autour d'eux.

« L'histoire, a dit un philosophe (Diderot), est le flambeau de la vie et l'œil de l'avenir. » Dechambre s'est servi de ce flambeau pour éclairer les jeunes générations médicales. Dans son ardent amour du progrès, il s'efforça de faire entrer la médecine dans les voies nouvelles, en aidant aux transformations si profondes qui se sont produites et dans les méthodes et dans l'enseignement. Les discussions des Académies et des Sociétés savantes, les livres nouveaux, tout ce qui se disait et se publiait lui donnait l'occasion de développer les idées qui lui paraissaient justes et progressives. On goûtait ses articles, non seulement pour le style d'une clarté et d'une précision si caractéristiques, mais aussi pour leur extrême bon sens, cette « puissance de bien juger et distinguer le vrai d'avec le faux ». Il était rare qu'on ne fût pas de son avis et qu'on ne se rendît à ses appréciations.

Dès le premier jour, il s'entoura d'une phalange de jeunes savants, les choisissant dans toutes les branches de la médecine, parmi ceux qui avaient déjà marqué dans les concours ou qui avaient su se mettre en vue par quelque travail original. C'était là une source intarissable où le rédacteur en chef venait puiser au fur et à mesure des besoins du journal. Il serait trop long de citer ici les noms; j'en pourrais passer, et des meilleurs, parmi ceux qui, depuis un quart de siècle, ont acquis dans la science une juste renommée.

Dechambre donna toujours, dans sa *Gazette hebdomadaire*, une place importante à la médecine mentale; il aimait l'étude si attachante des problèmes qu'elle soulève, et s'il ne lui consa-

encore, qui était venue lui demander ses soins à l'hôpital de Lourcine pour un énorme ulcère phagédénique, occupant toute l'extrémité du pied, de la face plantaire à la portion antérieure du métatarse et ayant déterminé à ce niveau des mutilations considérables. La nature syphilitique de cette altération étant attestée par des antécédents non douteux (plaques muqueuses, éruptions cutanées, ganglions cervicaux, céphalalgie nocturne, chute abondante des cheveux), M. Fournier ordonne les frictions mercurielles et l'iodure de potassium.

Cette malade avait en outre un aspect cachectique; sa physionomie était celle d'une phthisique, si bien que l'on soupçonnait chez elle tout d'abord une tuberculose pulmonaire.

« Cette présomption, déduite de l'habitus extérieur, disait M. Fournier, trouvait immédiatement un appoint formel dans certains troubles accusés par la malade qui disait tousser, et tousser avec quintes intenses depuis plusieurs mois, qui expectorait en abondance des crachats verts et purulents, qui souffrait d'oppression, d'anhélation, avec points de côté fréquents, qui, de plus, se plaignait d'accès fébriles et de sueurs nocturnes profuses, qui ne mangeait plus, qui ne digérait plus, etc., etc.

« L'examen physique du thorax achevait de diriger le diagnostic dans le même sens. La percussion et l'auscultation, en effet, nous révélaient ceci : au sommet gauche (là seulement, il est vrai, le reste des poumons paraissant indemne), matité assez étendue, soit en avant, soit en arrière, et matité bien nette, bien accentuée, avec perte absolue d'élasticité sous le doigt; — au même niveau, souffle rude, intense, et véritablement caverneux; en plus, râles caverneux, gargouillement à grosses bulles après la toux.

« En résumé, troubles généraux, troubles fonctionnels locaux, signes physiques, tout concordait à accuser la phthisie pulmonaire. »

Bien que l'idée d'une affection pulmonaire d'origine syphilitique soit venue à l'esprit de M. Fournier, bien qu'il ait discuté avec ses élèves la possibilité d'une caverne gommeuse, ce maître éminent crut devoir s'en tenir au diagnostic le plus simple et le plus probable, à celui de phthisie tuberculeuse. — L'évolution ultérieure ne devait pas lui donner raison.

Cette malade « dont on eût escompté les jours à brève échéance. » se prit soudainement à mieux aller, l'appétit lui revint, ses forces se relevèrent, si bien que lorsqu'elle quitta l'hôpital après un séjour de quatre mois, cette femme était grosse et grasse, absolument bien portante, ayant repris toutes ses forces, toute sa santé première.

Ce n'est pas tout. Les lésions locales et les troubles fonctionnels s'étaient amendés en même temps que l'état général. L'oppression, les points de côté s'étaient dissipés et les bruits d'auscultation s'étaient réduits à quelques craquements ou quelques râles sous-crépitants disséminés.

Lorsque M. Fournier revit la malade après plusieurs mois, « il fallait véritablement une auscultation minutieuse pour retrouver des indices minimes de la lésion, à savoir : tout au plus, un léger degré de rudesse relative de la respiration avec quelques très rares craquements secs, perceptibles seulement après la toux. »

A quelle intervention providentielle la malade devait-elle cette résurrection miraculeuse, si ce n'est à la médication iodurée et mercurielle instituée en raison de l'ulcère phagédénique du pied qui par son apparition avait sauvé la vie du malade? On avait fait ainsi la thérapeutique du poumon sans le savoir. La guérison simultanée de l'ulcération du pied et de la caverne pulmonaire à la suite du traitement spécifique témoignaient de la nature syphilitique de l'une et l'autre lésion.

M. Landrieux, dans sa thèse, a rapporté une observation non moins instructive recueillie dans le service de Gübler :

Un homme de trente-cinq à quarante ans, toussant et crachant depuis un an déjà, entre à l'hôpital Beaujon, dans un état de cachexie profonde avec matité, gargouillements et souffle aux deux sommets. On s'était déjà arrêté au diagnostic de phthisie pulmonaire arrivée à la troisième période, lorsque Gübler, découvrant le malade, aperçut sur la crête d'un tibia une exostose dont le développement avait été contemporain des premiers accidents pulmonaires. Le malade, interrogé, répondit avoir contracté un chancre induré quelques années auparavant.

En présence de ces constatations et de cet aveu, Gübler prescrivit immédiatement la liqueur de Van Swieten et l'iodure de potassium. Le résultat de cette thérapeutique antisyphilitique fut le suivant :

« Tous les accidents cessèrent avec une rapidité surprenante : la toux, l'expectoration diminuèrent peu à peu, puis disparurent complètement, les signes physiques s'amendèrent parallèlement; le malade reprit ses forces avec de l'embonpoint, et trois mois environ après son entrée, il quittait l'hôpital. L'amélioration ne fut pas momentanée, car, six mois après, Gübler revit le malade et put constater que sa santé ne laissait aucunement à désirer. »

Voici maintenant une observation qui m'est personnelle :

Il y a quatre ans, on venait me demander de voir un jeune homme condamné comme phthisique et décider s'il pouvait encore passer dans le Midi les quelques semaines qui lui restaient à vivre. Je me rendis auprès du malade, mais, dès que j'eus pénétré dans sa chambre il me regarda d'un œil significatif. Il venait de me reconnaître, comme je le

---

crait pas tout le temps qu'il aurait désiré, c'est que d'autres soins l'en détournaient. Mais il se souvenait qu'il était membre de la Société médico-psychologique; parmi ses collègues, il trouvait des écrivains compétents pour exposer dans son journal les questions si délicates de psychologie morbide. Il choisit ainsi successivement notre vénéré maître, M. Delasiauve, puis Morel, Linas, d'autres encore.

S'il laissait liberté entière à ses collaborateurs, qui, sous son habile direction, se mettaient vite au ton bienséant de la maison, il se réservait de traiter certains points particulièrement délicats, ceux qui ont trait à la déontologie médicale. En ce qui concerne la médecine mentale, on n'a pas oublié le remarquable article qu'il écrivit à propos de la discussion sur le divorce et la folie, qui eut lieu en 1881 à l'Académie de médecine.

La question avait été portée à la tribune de cette Compagnie par M. Blanche. Notre éminent collègue, se plaçant au point de vue clinique et aussi à celui de l'intérêt des malades, se posa en adversaire décidé de la dissolution du mariage dans les cas d'aliénation mentale d'un des deux conjoints, la folie fût-elle même reconnue comme absolument incurable par une commission de médecins. Notre savant confrère, M. Luys, se constitua, on s'en souvient, le champion de la thèse opposée, en s'appuyant sur des preuves anatomo-cliniques et sur des arguments de sentiment qui avaient trait non à l'aliéné lui-même, mais à son conjoint sain d'esprit.

Dechambre (*Gazette hebdomadaire*, n° du 2 juin 1882), abandonnant le côté médical de la question, la transporta du domaine de la biologie pure dans les régions plus élevées de la morale sociale. Laissant « ces disputes d'asile et d'amphithéâtre », il posa hardiment les principes suivants : « En soi, dans son essence même, cette invasion de la pathologie dans le contrat de mariage est anormale et subversive. Jusqu'ici la loi ne s'est enquise de la maladie de ses justiciables qu'à leur profit, pour les décharger de devoirs onéreux, ou pour les soustraire à l'action pénale. Rien de plus juste ni de plus moral : devant la puissance publique, l'infirmité est un malheur, un objet de commisération et de respect. Et voilà qu'on lui demande de la traiter en réprouvée. Et cela pour le plus grand bien du conjoint ou de la conjointe qui, peut-être, aura par sa dissipation, par

reconnaissais moi-même, pour être venu me consulter quelque temps auparavant au sujet d'une syphilide ulcéreuse qu'il portait alors au bras, au coude et à l'avant-bras. Je me rappelais, en outre, qu'il m'avait confié être syphilitique depuis dix ans. Aussi, en présence de cet homme dyspnéique, qui avait des hémoptysies et des crachats nummulaires, qui portait au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate du côté droit une caverne grosse comme le poing accusée par du souffle amphorique et du gargouillement, je ne me laissais pas surprendre par les apparences, je soupçonnai la syphilis, et je prescrivis le traitement antisyphilitique consistant en frictions mercurielles et en iodure de potassium dont j'élevais la dose jusqu'à 10 grammes par jour. Je dis au père que j'espérais le voir partir bientôt avec son fils bien portant.

La métamorphose fut complète en quelques semaines. En même temps que le malade revenait à la vie, les signes physiques disparaissaient. Je me contenterai de vous dire que quinze jours après ma première visite le malade venait me voir dans mon cabinet, et qu'au bout de trois semaines, il partait pour le Midi, presque guéri.

Cette phthisie syphilitique à marche lente est le plus souvent le résultat de gommes du poumon qui ont fini par s'ulcérer. La structure générale de ces gommes est celle de toutes les tumeurs de ce genre, mais je dois vous signaler en outre les altérations des alvéoles pulmonaires. Ils sont remplis d'un exsudat inflammatoire dont le contenu, d'après Porter (1), peut varier comme il suit. On trouve :

1° Des globules sanguins, des leucocytes, des cellules endothéliales desquamées, des fibrilles de fibrine semblables à celles que l'on trouve dans la deuxième période de la pneumonie lobaire;

2° Des cellules rondes décolorées comme dans l'hépatisation grise;

3° Des cellules endothéliales volumineuses arrondies;

4° Une substance granuleuse qui ne peut se colorer et qui résulte évidemment d'un processus dégénératif.

Chacun de ces quatre aspects peut se voir dans des alvéoles voisins les uns des autres, aussi semble-t-il que dans chaque alvéole pulmonaire le processus évolue d'une manière distincte.

Vous avez pu voir que les symptômes de cette forme de la syphilis pulmonaire présentent une grande analogie avec ceux de la première variété que je vous ai décrite.

Le début comme dans la phthisie tuberculeuse vulgaire est souvent marqué par des signes de bronchite, des douleurs disséminées dans le thorax, de la dyspnée parfois excessive, augmentant surtout le soir, pour atteindre son maximum vers le milieu de la nuit. Si le syphilitique pulmonaire devient moins rapidement un phthisique que le tuberculeux, si tout en expectorant des fibres élastiques, voire même des fragments de gomme, il peut conserver pendant un certain temps une bonne santé apparente, il ne faut cependant pas exagérer cette idée de Bazin, que le syphilitique est toujours un « caverneux bien portant ».

Les hémoptysies sont fréquentes mais rarement abondantes; le malade ne rend le plus souvent que des crachats hémoptoïques. Dans une observation de M. Lancereaux, l'hémoptysie avait été cependant assez copieuse, pour qu'un litre de sang fût expectoré. Dans une observation recueillie dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine par le docteur Bernheim et consignée dans la thèse de Jacquin, la quantité de sang rendu avait atteint la valeur de deux verres.

Les signes physiques sont localisés le plus souvent à droite, à la partie moyenne du poumon et en dehors du hile, comme dans les pneumopathies à marche aiguë. Le foyer des bruits d'auscultation est donc localisé au niveau de l'épine de l'omoplate en arrière et au niveau des troisième et quatrième espaces intercostaux en avant. A cette règle il y a des exceptions, vous en trouvez la preuve dans l'observation de M. Fournier et dans celle de Gübler.

Quel que soit le mode de début de cette pneumopathie syphilitique, alors même que le malade est resté pendant un certain temps un phthisique à peu près bien portant, tôt ou tard les troubles fonctionnels apparaissent, les crachats deviennent nummulaires, la fièvre s'allume le soir, les sueurs sont profuses la nuit, l'amaigrissement fait des progrès rapides, et, si le traitement n'intervient pas à temps, le malade meurt en pleine consomption, comme meurt un phthisique tuberculeux.

De cette phthisie syphilitique, il nous reste à chercher la cause.

Messieurs, nous comprenons facilement comment des gommes, s'étant développées dans le poumon d'un syphilitique arrivé à la période tertiaire de sa maladie, finissent après ramollissement par laisser des cavernes; nous comprenons encore que le malade puisse devenir cachectique par le fait du développement simultané de lésions spécifiques ou de dégénérescences amyloïdes dans les autres parenchymes, mais nous comprenons plus difficilement comment la syphilis peut faire du malade un phthisique. Il n'est pas dans les allures de la syphilis tertiaire de déterminer la fièvre hectique avec 40 degrés de température et la consomption rapide avec sueurs nocturnes et ongles hippocratiques. Les découvertes microbiologiques récentes semblent simplifier le problème, et pour moi la fièvre hectique

(1) W.-H. Porter, *Observations sur les rapports de la phthisie et de la pneumonie* (*New-York med. Journ.*, 1er août 1885, p. 192).

---

son inconduite, par l'adultère, provoqué la folie du pauvre divorcé sans le savoir ! »

Il sait bien qu'en parlant ainsi, il se fera classer parmi ceux qu'on appelle les *sentimentaux;* mais qu'importe! Comment d'ailleurs s'y prendre « pour ne l'être point dans une question qui met en jeu le sentiment le plus universel et le plus respecté dans les temps anciens comme dans les modernes : celui de la famille. »

Un des arguments invoqués en faveur du divorce dans les cas de folie incurable, c'est que cette terrible affection ne saurait être comparée à d'autres maladies non moins incurables; Dechambre y répond en terminant son article : « Un fou, dit-on, est bien différent d'un phthisique ou d'un cancéreux; il n'a plus sa personnalité psychique. C'est incontestable, et quand nous prenons les intérêts de l'aliéné, nous n'oublions pas qu'il a perdu la raison. La conséquence brutale, c'est que, en lui, le conjoint ne perd pas grand'chose. Peu à peu, l'aliéné devient insensible à la sollicitude des siens; il finit même par ne plus les reconnaître. Mettons, si vous voulez, qu'il ne les reconnaît plus dès le premier jour : la thèse reste la même. C'est un spectacle cruel, révoltant pour un *sentimental*, que celui d'un malheureux, — victime peut-être, nous l'avons déjà dit, de l'union conjugale, — dont la vie physique et la vie intellectuelle achèvent de se dissoudre dans un coin d'asile, pendant que l'épouse étale, dans une existence nouvelle, la fortune qui lui a été gagnée; pendant que, possédée par l'autre époux à qui il faut plaire, riche de nouveaux enfants qu'il faut élever et amuser, elle est amenée par la force des choses à délaisser entièrement, à oublier celui qui n'a jamais eu d'autre pensée que celle de l'aimer et de l'enrichir. Qu'on en pense ce qu'on voudra, oui, encore une fois, nous sommes sensible à ce genre d'infortune. »

C'est ainsi que ce juste et ce sage comprenait ces questions qui agitent et troublent notre époque. En démontrant par un fait particulier, que toute législation, si elle doit s'appuyer sur la science, ne doit pas oublier le point de vue moral, Dechambre a rendu un grand service et qui fut très apprécié. Cet article, si judicieux et si honnête, fit le tour de la presse et il ne fut pas sans exercer une heureuse influence sur les décisions de nos législateurs.

n'est pas plus le fait de la syphilis qu'elle n'est le fait de la tuberculose chez le phthisique vulgaire; elle est le résultat d'infections secondaires dont la genèse est facile à saisir. La syphilis crée dans le poumon une ulcération, une caverne dans laquelle s'engouffre à chaque inspiration un grand nombre de micro-organismes répandus dans l'atmosphère. Quelques-uns de ces microbes, trouvant dans l'excavation pulmonaire un terrain favorable à leur développement et à l'exaltation de leur virulence, s'y multiplient, en déterminant ainsi la suppuration de la caverne ou des fermentations que l'on peut considérer comme le résultat d'infections secondaires. Ce sont ces infections secondaires, je le répète, qui par le même mécanisme déterminent la phthisie du tuberculeux. La microbiologie nous fournit à cet égard des résultats positifs. En même temps qu'il découvrait sur les parois des cavernes tuberculeuses le bacille qui porte son nom, Koch, vous le savez, y a trouvé des parasites étrangers développés secondairement.

Parfois l'infection secondaire développée sur la caverne du syphilitique est d'ordre moins banal. Ce sont les microbes de la gangrène ou les bacilles de la tuberculose qui sont venus germer sur la lésion syphilitique et aident le malade à mourir par gangrène ou par tuberculose pulmonaire.

(*A suivre*).

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Sur deux cas de surmenage, par M. le docteur G. Colleville, médecin de l'Hôtel-Dieu de Reims.

(Suite. — Voyez le numéro 18.)

II. L'observation qui suit n'est plus relative à un cas de néphrite. Il s'agit ici de l'athérome précoce que peut engendrer de toutes pièces le surmenage physique et des désordres qui en résultent dans une partie quelconque de l'arbre circulatoire artériel.

Obs. — *Surmenage, athérome, affection bulbaire (noyaux des pneumogastriques)*. — Jac..., ouvrier de filature à Sains (Nord), quarante ans. Constitution vigoureuse.

Antécédents héréditaires. — Mère morte du choléra en 1855. Père mort de vieillesse à quatre-vingt-cinq ans. Fils unique. Aucune tare héréditaire parmi les collatéraux.

Antécédents personnels. — Il a eu la variole en 1870, il en porte encore des cicatrices sur le visage. A la suite d'un traumatisme, il eut une kérato-conjonctivite qui se termina par une taie sur la cornée gauche, empiétant un peu en bas sur le champ papillaire, mais ne gênant pas beaucoup l'accès des rayons visuels. Pas de syphilis ni de rhumatisme. Aucune trace d'alcoolisme. Il s'est toujours très bien porté. On l'employait comme manouvrier aux plus rudes labeurs pendant huit à dix heures par jour. Lorsqu'il ne trouvait pas d'ouvrage, il allait en chercher à une quinzaine ou vingtaine de lieues qu'il parcourait en l'espace d'une journée. Ces courses forcées se sont répétées très souvent dans ces derniers temps; il n'a jamais accusé la moindre lassitude ni le moindre trouble rénal ou digestif. (Nous ferons remarquer qu'il s'agit dans ce second cas d'un homme *fait* et non d'un jeune homme encore en voie de croissance comme Dr...)

Symptômes actuels. — Il est venu de la vallée de la Meuse à Reims à pied (voyage : deux jours). Le dimanche 4 mars, peu de temps après son arrivée, il s'est senti faible. Il est entré dans une buvette pour se reposer et prendre du sirop. A peine assis, il est tombé sans connaissance : on l'a conduit de là à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Nicolas, n° 15.

5 mars. — Le lendemain matin, lorsque nous voyons le malade, nous constatons chez lui un état d'abattement très marqué. La perte de connaissance avait duré de quatre heures du soir jusque vers deux ou trois heures du matin. D'après les renseignements recueillis, il n'avait eu ni agitation, ni stertor, ni morsure de la langue. Jac... tient tout le temps les paupières baissées. Il répond lentement mais nettement aux questions qui lui sont posées, comme le ferait un homme à moitié éveillé. Les pupilles sont contractiles; les yeux suivent parfaitement les objets dans toutes leurs excursions. Le grattage sur la paroi abdominale provoque une dilatation pupillaire très notable. La langue n'est nullement déviée; pas de paralysie faciale. Pas de troubles de sensibilité en général ni de motilité au niveau des membres ou de la poitrine. Abattement profond. Pas de troubles des réservoirs. N'ayant pas uriné depuis la veille, on le sonde et l'on obtient une urine un peu foncée en couleur, mais ni albumineuse ni sucrée. Constipation.

Appareil respiratoire. — Respiration très fréquente et très superficielle comme chez les malades atteints de péritonite aiguë avec battement des ailes du nez et mise en activité des muscles inspirateurs auxiliaires. A la percussion, submatité légère dans les fosses sus et sous-épineuses droites. On entend à peine le murmure vésiculaire par suite de la petite quantité d'air qui pénètre dans les poumons; pas de bruits anormaux. Resp., 68.

Appareil circulatoire. — Le cœur contraste par la lenteur de ses battements avec la fréquence dans le nombre des respirations. Pouls, 60. Pas de dilatation ni d'hypertrophie ventriculaire; aucun bruit anormal. Le pouls radial est dur et tendu, athéromateux; pas de bruit clangoreux au niveau de l'aorte; la sous-clavière n'est pas accessible aux doigts plongeant dans le creux sus-claviculaire. Léger gérontoxon; le front et les doigts ont un peu l'aspect lisse de la peau des vieillards. Température, 38 degrés le matin et 37°,7 le soir.

6 mars. — Temp., 37°,3 le matin et 37°,7 le soir. Pouls, 60. Resp., 84.

L'abattement est plus marqué. Mouvements spasmodiques incessants de la lèvre inférieure; le malade accuse de l'oppression et de la douleur derrière le sternum. L'auscultation fait

---

Avec un tel souci de la morale, on ne s'étonnera pas que Dechambre eut le soin le plus jaloux de la dignité de sa profession. Il redoutait par-dessus tout le reproche de mercantilisme auquel n'échappe pas même le journalisme médical. Ce n'est que dans ces dernières années qu'il voulut condescendre à la publication d'annonces sur la couverture de la *Gazette;* mais jamais il n'accepta d'insérer, sous quelque forme que ce soit, une réclame quelconque dans le corps du journal.

Un jour, un fabricant de spécialités pharmaceutiques vint dans son cabinet pour lui apporter un de ses articles pompeusement intitulés : *Thérapeutique*, qui, sous une apparence scientifique, prônent un médicament nouveau et se terminent invariablement par le nom et l'adresse d'un pharmacien. Dechambre parcourait le manuscrit, lorsqu'il vit son interlocuteur glisser timidement quelques billets de banque sur le coin de son bureau. Il se demanda s'il fallait rire ou se fâcher de l'aventure. Il prit le parti d'en rire : il éconduisit poliment ce solliciteur au portefeuille si bien garni, en lui faisant comprendre qu'il s'était trompé d'adresse et qu'en frappant à la porte de tel autre journal de médecine, son or et sa prose seraient reçus avec empressement. Le marchand d'orviétan, d'abord surpris de ce refus, dut ensuite sourire d'un pareil désintéressement. En effet, pourquoi ne pas faire comme tout le monde? C'est justement ce qui distinguait Dechambre; il semblait avoir pris pour maxime de sa vie ce conseil de la marquise de Lambert à sa fille: « Il faut être, dit-on, comme les autres; ce *comme* s'étend bien loin. Ayez une émulation plus noble : ne souffrez pas que personne ait plus d'honneur, de probité et de droiture que vous. »

(*A suivre.*)

Hospice des Enfants assistés. — M. le docteur Sevestre commencera le vendredi 17 mai, à neuf heures et demie, ses conférences de clinique infantiles et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

entendre comme un bruit de scie aux deux temps de la respiration; bruit anormal dû au frottement des deux plèvres. Traitement : ventouses scarifiées sur le côté droit de la poitrine.

7 mars. — Temp. matin, 37°,5 ; 36°,8 le soir. Resp., 36. Pouls, 60.

Cessation des spasmes de la lèvre inférieure. Disparition de l'angoisse rétro-sternale, de la submatité à droite ; mouvements respiratoires bien moins fréquents. Le murmure vésiculaire est encore obscur. Jac... revenu complètement de son abattement demande à manger.

8 mars. — Temp. le matin, 38 degrés ; le soir 38°,5. Resp., 28. Pouls, 76.

Accentuation de l'amélioration. Le malade est sorti complètement de sa prostration. Lavement purgatif.

9 mars. — Temp. le matin, 38°,4 ; le soir, 37°,5. Resp., 28. Pouls, 52.

Le malade se plaint de lassitude et de faiblesse générales. L'exploration des pneumogastriques est absolument négative soit au niveau du plexus (2e espace intercostal gauche), soit sur le trajet *cervical* de ce nerf, soit enfin par la pression des apophyses épineuses au niveau de la colonne cervicale. Il n'a jamais fait de chute et ne se souvient d'aucun traumatisme portant sur le rachis. Il a toujours pu faire les courses ou les travaux les plus fatigants sans éprouver en aucun moment de l'oppression.

10 mars. — Respiration, 24 ; pouls, 48. Température, matin, 37°,2 ; soir, 37°,3.

11 mars. — Respiration, 20 ; pouls, 56. Température, matin, 37°,2 ; soir, 37°,1.

12 mars. — Respiration, 24 ; pouls, 55. Température, matin, 37 degrés ; soir, 37 degrés. — Trois capsules de térébenthine.

13 mars. — Respiration, 20 ; pouls, 56. Température, matin, 37°,8 ; soir, 37°,8. — Trois capsules de térébenthine. 2 litres 700 grammes d'urine claire ; rien d'anormal.

14 mars. — Respiration, 24 ; pouls, 64. Température, matin, 37°,5 ; soir, 37°,3. — Trois capsules de térébenthine. 2 litres 500 grammes d'urine claire.

15 mars. — Respiration, 20 ; pouls, 60. Température, matin, 37°,4 ; soir, 36°,7. — Trois capsules de térébenthine. 2 litres 400 grammes d'urine claire.

16 mars. — Respiration, 20 ; pouls, 72. Température, matin, 37°,1 ; soir, 37°,7. — Suppression de la térébenthine.

17 mars. — Respiration, 20 ; pouls, 60. Température, matin, 38°,2 ; soir, 37°,5. — 2 litres 650 grammes d'urine claire.

18 mars. — Respiration, 20 ; pouls, 60. Température, matin, 37°,5 ; soir, 36°,8. — 2 litres 500 grammes d'urine claire.

19 mars. — Respiration, 20 ; pouls, 72. Température, matin, 37°,5 ; soir, 37 degrés. — 1 litre 400 grammes d'urine claire ; légère diarrhée.

20 mars. — Respiration, 20 ; pouls, 68. Température, matin, 37 degrés ; soir, 37 degrés. — 2 litres 100 grammes d'urine claire. Suppression de la diarrhée.

21 mars. — Respiration, 18 ; pouls, 70. Température, matin, 37 degrés ; soir, 37 degrés. — 1 litre 500 grammes d'urine claire.

Le malade est sorti du service le 25 mars avec une moyenne de 1 litre 500 d'urine depuis le 21, resp. 18 et pouls 72. Il commençait à recouvrer des forces ; mais il était encore incapable d'aller sans s'appuyer sur une canne jusqu'au bout de la salle.

Réflexions. — Cette seconde observation nous paraît présenter les points intéressants suivants :

1° Jac... est pur de toute intoxication autre que celle que produisent chez les ouvriers la fatigue du travail, les longues courses et la misère physiologique. Ici, pas d'alcoolisme ni de ces tares habituelles à ceux qui viennent journellement solder leur athérome dans les lits d'hôpital.

2° Il a eu un ictus à la suite duquel sont survenus les symptômes classiques d'excitation des nerfs *vagues* au point de vue de la respiration et de la circulation. Cette excitation, se traduisant pendant quelque temps par le pouls lent permanent et la fréquence dans les mouvements respiratoires, se localise au niveau des noyaux bulbaires des pneumogastriques. C'est un de ces cas de dissociation dans les lésions nerveuses, tels que la clinique, plus que la physiologie expérimentale, nous en offre quelquefois des exemples. Ici, ni traumatisme de la région cervicale, ni dégénérescence graisseuse du cœur ou tumeur sur le trajet des pneumogastriques. Les commémoratifs de l'observation en font foi. Jamais Jac... n'a ressenti la moindre douleur ni la moindre oppression au plus fort de ses fatigues, avant l'ictus qui l'a amené à l'hôpital. Nous ajouterons enfin que le nerf, interrogé avec le doigt, n'a manifesté aucun signe d'irritation en un point quelconque de son trajet. L'oppression des premiers jours tenait si bien à la fréquence dans les mouvements respiratoires, qu'elles ont disparu ensemble. Nous n'avons pas trouvé dans Nothnagel de cas semblable au nôtre. Il a dû se produire vraisemblablement un arrêt momentané de la circulation cérébrale suivi d'une excitation circulatoire au niveau des branches vasculaires irriguant les noyaux des nerfs vagues jusqu'au retour complet et progressif de l'équilibre de cette circulation.

3° C'est bien là le produit de la fatigue ; car, le malade qui avait fait pendant deux jours bien des lieues sans rien ressentir, éprouvait même en quittant notre service, après un certain repos forcé, une lassitude encore très marquée.

4° La question devient plus délicate, si nous cherchons à pénétrer plus avant dans l'étiologie et le mécanisme de ce qui s'est passé chez notre malade. Je cite, à titre de simple hypothèse possible, la production dans le sang d'un poison particulier agissant sur le bulbe, sous l'influence du surmenage. Il y a eu ischémie cérébrale, ceci est un fait incontestable. Parmi les substances retenues dans le sang de ce fatigué, il y aurait-il comme pour les paralysies pneumoniques (d'après Rosenstein) un poison agissant sur les nerfs vaso-moteurs cérébraux ? Cette explication est bien problématique au moins avec le peu de connaissances que nous avons sur les données de la question, la réaction cérébrale étant circonscrite. Il nous semble que M. Huchard, dans son article sur les causes de l'artériosclérose, nous fournit quelques éléments de la réponse.

Laissons de côté l'influence du végétarisme, ayant oublié de demander à Jac... s'il était végétariste.

A côté des *cœurs forcés* et de l'action du surmenage sur le myocarde, il faut compter avec le système artériel. Keim étudie l'athérome chez les manouvriers qui ont le *sang noir*, comme l'on disait à Venise. Notre malade avait de l'athérome incontestable ; son arc sénile de la cornée, l'état lisse de sa peau en certaines régions et surtout la dureté des artères radiales, en l'absence de toute hypertrophie ventriculaire, en sont le témoignage. Quoi d'étonnant alors que les déchets de désassimilation insuffisamment éliminés, portant souvent leur action nocive sur les muscles vasculaires, n'aient un beau jour, avec ou sans caillot obstructeur, déterminé une contracture capable de suspendre momentanément la circulation vasculaire en un point quelconque de l'arbre artériel ? L'équilibre rompu pour quelques heures reviendrait progressivement à l'état normal, même au prix d'une excitation dans la circulation collatérale, jusqu'à l'élimination complète de tout ce qui est nocif.

Quelle que soit l'explication qu'on adopte, le fait nous a paru aussi intéressant à signaler que le premier cas. La question de surmenage, pour être élucidée, a besoin de faits cliniques venant confirmer et corroborer les résultats physiologico-chimiques. C'est dans ce but que nous publions ces deux observations sortant du cadre habituel des autotyphisations et du surmenage cardiaque bien connu des auteurs.

Clinique médicale

UN CAS DE MALADIE DE MORVAN (PANARIS ANALGÉSIQUE) SUIVI D'AUTOPSIE, par M. le docteur PROUFF (de Morlaix). Examen anatomique par MM. GOMBAULT, médecin de l'hospice d'Ivry et REBOUL, interne des hôpitaux. — Communication faite à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 26 avril 1889.

Dans la séance du 22 février, au cours d'une communication relative à un cas de syringomyélie, M. le docteur Debove (*Société médicale des hôpitaux*, 22 février 1889) a fait allusion à une autopsie pratiquée récemment chez un sujet atteint de maladie de Morvan (paréso-analgésie des extrémités supérieures); nous venons soumettre à la Société le résultat de cette autopsie. Nous avons pensé que sa relation pouvait présenter quelque intérêt, parce que, pour la première fois, il est donné, dans un cas de ce genre, de mettre l'examen nécroscopique en regard de l'histoire clinique.

En effet, si la forme morbide décrite par M. le docteur Morvan a donné lieu à des travaux cliniques importants (Roger de Spéville, thèse de Paris, juillet 1888), on a dû jusqu'ici se contenter d'hypothèses quant au siège précis et à l'étendue des lésions qui lui correspondent. La seule constatation anatomique qui ait été pratiquée (Monod et Reboul, *Arch. de méd.*, mai 1888) a porté sur un doigt atteint de panaris et amputé pour cette raison. Elle a montré une lésion profonde des nerfs de ce doigt, mais n'a pu renseigner en aucune façon sur l'état du reste du système nerveux, en particulier sur l'étendue en hauteur de la névrite, et sur l'existence ou sur l'absence de lésions concomitantes de la moelle épinière.

L'existence d'une névrite périphérique a donc seule été démontrée jusqu'ici, et cela dans un seul cas. Toutefois, en se fondant sur des considérations diverses, concernant surtout l'évolution de la maladie, la symétrie des lésions, la coexistence de troubles trophiques autres que le panaris, la déviation fréquente de la colonne vertébrale, la nature des désordres sensitifs (thermo-anesthésie précoce et prédominante), certains auteurs ont admis à titre d'hypothèse la probabilité d'une lésion médullaire.

Parmi ces auteurs, les uns, et M. le docteur Morvan est, croyons-nous, du nombre, se sont contentés de dire que la moelle devait être atteinte, les autres ont cru pouvoir aller plus loin et spécifier la localisation et la forme anatomique de la lésion probable. Ils ont cru, ainsi que M. Debove l'indique dans sa note, pouvoir rattacher les cas de maladie de Morvan à la syringomyélie.

L'exposé des lésions que nous avons constatées pourra, non trancher la question, mais fournir aux débats certaines données positives.

La première partie de cette observation a été publiée dans la *Gazette hebdomadaire* (1887, p. 249) par M. le docteur Prouff.

OBS. — Catherine Poupon (de Plougasnou), cinquante-six ans, célibataire, nous consulte, en juillet 1886, pour un panaris de la deuxième phalange de l'annulaire droit. A première vue, l'attention est sollicitée par l'aspect de ses deux mains mutilées, et l'idée d'une paréso-analgésie de Morvan se présente immédiatement à l'esprit. En effet, à la main droite, le pouce a perdu sa deuxième phalange; l'index et le médius, leurs deux dernières phalanges; l'annulaire est intact, mais la deuxième phalange est pliée à angle droit sur la première; le petit doigt est intact aussi, mais toutes les phalanges sont repliées les unes sur les autres.

A la main gauche, le pouce a perdu l'ongle, remplacé par une petite corne en forme de virgule; l'index, sa troisième phalange; le médius et l'annulaire ont perdu l'ongle; le petit doigt est intact, mais, comme les autres doigts de cette main, il est replié en dedans. A l'une comme à l'autre main, l'extension volontaire ou forcée est impossible. On se sent arrêté par la rigidité de la peau autant que par les tendons.

Peau. — A la paume, la peau est calleuse, presque cornée et présente, à plusieurs plis articulaires, des traces de crevasses profondes.

A la face dorsale, la peau est assez souple, mais très tendue sur des moignons épais. La position déclive ou le froid y développent rapidement une teinte cyanotique.

Sensibilité. — La sensibilité à la piqûre est abolie aux deux avant-bras, jusqu'à 5 ou 6 centimètres du coude. Abolie aussi la sensibilité thermique. Catherine Poupon joue impunément avec le feu et l'eau bouillante. Le froid cyanose les mains, mais n'est pas senti.

Mobilité. — En revanche, il y a eu à plusieurs reprises des douleurs spontanées sur lesquelles nous reviendrons. Le membre droit est très musclé dans toutes ses parties et de force peu commune.

Catherine Poupon est droitière. Le gauche est encore bien musclé, bien qu'inférieur de 2 ou 3 centimètres au bras droit. La vigueur est pour le moins ordinaire; mais les éminences thénar et hypothénar et les interosseux sont fortement atrophiés. Aux membres inférieurs, la motilité et la sensibilité sont intactes.

Ainsi donc, voilà une femme qui est analgésique aux deux membres supérieurs et qui a eu les deux mains rongées par des panaris successifs. Elle n'a pas eu de paralysie musculaire, il est vrai, ni d'atrophie d'ailleurs, que dans la main gauche; mais, malgré cette particularité intéressante, le diagnostic s'impose, et M. Morvan, à qui nous avons eu la bonne fortune de la montrer, l'a, sans hésiter, reconnue pour l'un de ses cas de paréso-analgésie. Comment se sont développés chez Catherine Poupon, ces troubles sensitifs et trophiques?

Dans les ascendants, on ne trouve ni fous, ni paralytiques. Elle a eu deux frères et deux sœurs bien portants, dont l'un vit encore. Elle-même a été d'une bonne santé habituelle et encore d'une vigueur plus qu'ordinaire.

Vers l'âge de douze ans, une scoliose gauche s'est établie peu à peu sans douleur, sans aucun accident. C'est à cette même époque que, la première fois, l'annulaire droit a été pris de panaris de la pulpe.

A vingt ans, ce fut le tour de l'index et du médius droit ensemble. Cette fois le mal dura dix mois; l'amputation du poignet fut proposée et refusée. Chacun des deux perdit ses deux dernières phalanges et la guérison se fit.

A vingt-trois ans, le pouce droit perdit sa dernière phalange à la suite d'un nouveau panaris, et, depuis lors, est resté rétracté.

A quarante ans, la main gauche se prend, les trois doigts du milieu successivement. L'index y a laissé sa dernière phalange; les deux autres ont eu des panaris de la pulpe. Tous les trois, après fusées de gaines, sont rétractés dans la paume de la main.

A cinquante-cinq ans, panaris du pouce gauche, traînée phlegmoneuse jusqu'à l'avant-bras. Pouce et petit doigt restent rétractés.

A cinquante-six ans, panaris osseux de l'auriculaire, et c'est à ce moment que, pour la première fois, nous voyons Catherine Poupon. Remarquons que jamais elle n'a subi aucun traumatisme. Nous avons dit que les deux membres supérieurs étaient analgésiques jusqu'au coude; et, en effet, nous avons pu inciser le panaris, explorer l'os dénudé, sans que la malade accuse aucune douleur. Guérison normale avec élimination des deux extrémités de la deuxième phalange.

L'évolution de chacun de ces panaris, au contraire, a été très douloureuse et franchement fébrile. Dans l'intervalle même des panaris, Catherine Poupon a souffert de l'épaule et du bras droits, fort peu du côté gauche. Nous allons en voir la raison.

En examinant notre malade avec nous, en octobre 1886, M. Morvan remarqua qu'elle avait l'articulation scapulo-humérale droite atteinte d'arthrite sèche, caractérisée par un gonflement notable de la région, l'existence d'hydarthrose et de craquements articulaires et le peu d'étendue des mouvements volontaires ou imprimés. Fait remarquable, le deltoïde et les autres muscles péri-articulaires ne sont nullement atrophiés. Les douleurs du bras peuvent être attribuées à cette arthrite.

M. Morvan fit encore sur cette malade une remarque. Le sens musculaire était aboli au bras droit et très diminué au bras gauche, car Catherine Poupon, les yeux fermés, ne peut avec sa

main retrouver son autre main ni une partie quelconque qu'on lui indiquait. La nuit, elle est incapable de s'habiller sans lumière.

— Au mois de mai 1888, la femme Poupon se présente à la consultation de M. le docteur Prouff, à Morlaix, pour un panaris de l'index droit avec fusée purulente dans la paume de la main. M. le docteur Prouff fait admettre cette malade à l'hôpital de Morlaix, où on ne tarde pas à constater des phénomènes d'infection purulente, à laquelle la femme Poupon succombe le 10 juin.

Grâce à l'obligeante intervention de M. le docteur Morvan et de M. le docteur Prouff, l'autopsie a pu être faite. Les pièces recueillies à Morlaix ont été examinées par M. le docteur Gombault et M. Rehonl, dans le laboratoire de M. le professeur Cornil.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

SÉANCE DU 7 MAI 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MAURICE PERRIN.

M. *Laboulbène* dépose, au nom de M. le docteur *Chavernac*, une *Histoire de l'Université d'Aix-en-Provence*.

M. *Dujardin-Beaumetz* offre son ouvrage sur *l'hygiène prophylactique*.

M. *Javal* présente une Étude médicale et pratique sur *les lunettes et les pince-nez*, par M. le docteur *George J. Bull*.

M. *Budin* fait hommage de ses *Leçons de clinique obstétricale*.

M. *Léon Colin* dépose un rapport manuscrit de M. le docteur *Cassedebat*, médecin-major de 2e classe, sur *les vaccinations et les revaccinations* à l'arrivée de la classe 1888 dans le 15e corps d'armée.

M. *Rochard* présente, au nom de M. le docteur *Aubert*, médecin-major de 1re classe, un mémoire manuscrit sur une *épidémie de fièvre typhoïde à Bourg en 1888-1889*.

M. *Tillaux* offre la seconde partie du tome II de son *Traité de chirurgie clinique*

M. *Leblanc* dépose une note manuscrite de M. *Cagny* sur la *vaccination animale*.

ABCÈS DU FOIE. — M. le docteur *Chauvel*, professeur à l'Ecole du Val-de-Grâce, lit une note sur quatre abcès du foie ouverts au bistouri avec des remarques sur l'opportunité de l'intervention et sur ses conditions. De ces quatre faits deux se sont terminés par la guérison, deux par la mort, due à la présence d'autres collections purulentes dans le foie, et surtout à l'état cachectique avancé dans lequel se trouvaient les malades au moment de l'intervention. Tous avaient contracté dans les colonies la dysenterie et la fièvre. L'affection remontait à plusieurs mois quand on soupçonna l'hépatite suppurée et qu'une ponction exploratrice en vint confirmer l'existence. Dans deux cas l'abcès siégeait à droite, dans les deux autres cas il occupait le lobe gauche ; ces derniers furent suivis de mort. L'incision faite au bistouri ne présenta pas de difficultés sérieuses; elle correspondait au siège du gonflement, au point de ponction du trocart. M. Chauvel conclut :

1° L'ouverture immédiate, directe, au bistouri des abcès du foie, ne présente pas de dangers au point de vue de la péritonite, si elle est pratiquée antiseptiquement.

2° L'ouverture doit être large, conduire directement dans le foyer. En raison du relèvement du foie après l'évacuation du liquide, il est bon de la faire aussi haut que possible; si elle se rétrécit par le rapprochement des côtes, la résection de celles-ci peut être indiquée.

3° Il est inutile et peut-être dangereux de suturer le foie à la plaie pariétale.

4° L'ouverture large doit être faite hâtivement, et des ponctions exploratrices sont nettement indiquées sitôt qu'on soupçonne du pus.

5° Il est presque toujours impossible de reconnaître l'existence d'autres abcès assez sûrement pour rejeter toute intervention. Dans ces conditions fâcheuses, l'incision large du foyer principal fait disparaître une des sources de la fièvre, elle favorise l'ouverture des foyers secondaires dans la cavité devenue vide. Si elle n'arrête pas la marche de l'affection, elle n'exerce sur son cours aucune influence nuisible.

6° Les abcès du lobe gauche paraissent plus graves, tant en raison de la péricardite par propagation, que de la probabilité d'autres collections dans le volumineux lobe droit. — (Cette note est renvoyée à l'examen d'une Commission composée de MM. *Tillaux* et *Rochard*.)

TÉTANOS. — M. *Verneuil* répond aux objections qui lui ont été faites dans les séances précédentes à sa théorie sur l'origine équino-tellurique du tétanos. Il s'efforce surtout de réfuter l'argumentation de M. Leblanc, dont le séparent à la fois ses doctrines médicales et la manière d'interpréter les faits eux-mêmes. Par contre, avec M. Nocard, il admet comme démontrées la nature spécifique, infectieuse et virulente de la maladie et sa transmissibilité de l'homme aux animaux et des animaux entre eux par inoculation ; le tétanos n'a qu'une cause réelle, le virus tétanique, indépendant, distinct, que rien ne peut créer, sans lequel l'affection ne saurait apparaître et dont à son tour la maladie atteste absolument la présence alors même que la provenance resterait tout à fait inconnue. Sans rejeter l'influence, exceptionnelle d'ailleurs, des causes banales : froid, chaud, sécheresse, humidité, émotions, excès, fatigue, malpropreté, etc., dont nos pères reproduisaient invariablement la liste monotone à propos de chaque maladie infectieuse, M. Verneuil estime que toutes ces causes, isolées ou réunies, sont impuissantes à produire un seul cas de tétanos si le virus tétanique est absent. L'homme ne pouvant créer ce virus, il doit nécessairement le recevoir des objets animés ou non qui l'entourent; parmi ces objets se trouvent la terre cultivée, puis les animaux, l'homme en tête, les animaux domestiques, le cheval entre autres. D'autre part, il faut considérer le cheval tétanifère comme un animal malsain, qui néanmoins et pour cela n'est pas malade, tout comme le médecin qui transmet une maladie infectieuse à son client. M. Verneuil accumule les preuves à l'appui de sa manière de voir : sa conception de la triple provenance du tétanos, fût-elle erronée, lui paraît n'avoir aucun inconvénient en pratique ; en faisant tout dériver du cheval, on n'en prend pas moins des précautions contre l'homme, la terre et en général tous les objets qu'on soupçonne contaminables et contaminés. Si l'on n'a peur que de la terre et qu'on méprise les autres sources de danger, on risque par cet optimisme de négliger la plupart des mesures prophylactiques que M. Verneuil énumérait dans un précédent discours et qui diminueraient certainement le péril jusqu'au jour où l'on aura trouvé le moyen de détruire le microbe tétanique lui-même.

M. Leblanc, rappelle M. Verneuil, fait jouer à la prédisposition un rôle primordial dans l'étiologie du tétanos ; pour lui, cette prédisposition est presque tout, le virus tétanique presque rien ; pour un peu on pourrait s'en passer. Or, la proposition doit être absolument renversée, car on voit tous les jours le virus infecter des sujets chez lesquels on ne peut découvrir aucune prédisposition, tandis qu'on ne constate jamais la réunion complète de toutes les causes prédisposantes produire le tétanos, si le virus tétanique fait défaut. En un mot, ce virus est nécessaire, la prédisposition n'étant que contingente. Du reste M. Leblanc ne dit pas à quels signes il reconnaît la prédisposition. Passant ensuite rapidement en revue les observations présentées par MM. Trasbot, Lagneau et Laborde, M. Verneuil maintient les conclusions qu'il a précédemment lues.

M. *Goubaux* n'est pas d'accord avec M. Verneuil sur l'origine du tétanos, car il pense qu'en dehors des causes invoquées par celui-ci, il en est beaucoup d'autres dont il n'a pas parlé. En effet, M. Goubaux a fait lui-même un grand nombre d'autopsies d'animaux tétaniques ; il s'est

blessé très souvent avec les instruments ou avec des esquilles osseuses et jamais il n'a contracté le tétanos. Depuis 1763 jusqu'à nos jours, un seul élève est mort de tétanos à l'Ecole d'Alfort. D'autre part, M. Trasbot a recueilli soixante observations de tétanos; tous les animaux atteints ont été autopsiés par les élèves et pas un de ceux-ci n'a contracté le tétanos; enfin, il n'a jamais vu un seul cas de contagion du tétanos à l'hôpital, et cependant, dès qu'un cheval était mort de cette affection dans une stalle, on le remplaçait par un autre cheval atteint d'une maladie quelconque. Si un grand nombre de chevaux tétaniques avaient des plaies, surtout au pied, il en a vu d'autres chez lesquels le tétanos s'était développé, bien qu'ils n'eussent aucune plaie; on invoquait alors le froid, l'insolation, etc. D'ailleurs, dans l'opération du *fouettage* qui se fait au moyen d'un bout de fouet noué plusieurs fois sur le cordon, il arrive fréquemment que les moutons se relèvent de leur lit de paille avec le trismus; on ne peut pas dire qu'il y a là contagion. A la ferme de Vincennes, il y a vingt-cinq ans environ, on fit châtrer 33 béliers par un vétérinaire; ces 33 béliers moururent du tétanos. Il en restait 28 qu'on pria M. Goubaux d'opérer; il s'y refusa tout d'abord, parce qu'il avait remarqué un certain vent frais et un état atmosphérique particulier qui ne lui paraissaient pas favorables. Il fit la castration quelques jours après, et pas un des béliers ne mourut. On ne peut ici invoquer l'origine équine, puisque, dans cette ferme, il n'y avait pas de chevaux. Il a vu d'autres personnes, il est vrai, qui sont mortes de tétanos après avoir été en rapport avec des chevaux ou des voitures; par exemple, un élève de l'Ecole polytechnique qui, en descendant de l'impériale d'une diligence, s'était enfoncé un clou dans le pied et mourut du tétanos quelques jours après. Ce n'est pas l'origine équine qu'il faut faire intervenir ici, mais bien plutôt l'existence d'une plaie dans une partie excessivement sensible comme la plante du pied. En somme, il est absolument de l'avis de M. Leblanc et il ne peut admettre que le tétanos chez les animaux domestiques soit exclusivement le résultat de l'action tellurique et de la contagion équine.

M. *Verneuil* croit n'avoir pas besoin de répondre à M. Goubaux, puisque celui-ci déclare être absolument de l'avis de M. Leblanc, avec qui il vient de déclarer être tout à fait en désaccord. Il fait seulement remarquer que M. Goubaux a cité des observations qui sont complètement en faveur de sa doctrine.

— L'Académie se forme ensuite en comité secret afin d'entendre la lecture d'un rapport de M. *Gariel* sur les candidats au titre de correspondant national dans la quatrième division (*Physique et chimie médicales, pharmacie*). La liste de présentation est établie comme il suit: 1° M. Balland; 2° M. Haller; 3° M. Soubeiran; 4° *ex æquo*, MM. Fleury, Lacour-Eymard et Merget.

— L'ordre du jour de la séance du 14 mai est fixé ainsi qu'il suit: Communication de M. *Worms* sur la forme lente du diabète et son traitement.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 1er MAI 1889. — PRÉSIDENCE DE M. LE DENTU.

Résection du pied : M. Ollier. — Suppression du drainage : M. Jules Bœckel (de Strasbourg). Discussion : MM. Segond, Ollier, Quénu, Reclus, Berger, M. Sée.

M. *Ollier* ne pense pas que les indication de l'*opération de Mikulicz* soient fréquentes dans les tumeurs blanches. Il relate une observation d'extirpation sous-périostée du calcanéum et de l'astragale suivie de régénération partielle du calcanéum.

— M. *J. Bœckel* (de Strasbourg) est partisan de la *suppression du drainage des plaies*, il qualifie même le drainage d'erreur chirurgicale lorsque les tissus réunis sont sains. Il cite trente-trois opérations faites depuis un an sans drainage, sans aucun accident (cures radicales de hernies, ablation de ganglions, amputation du sein, amputations, etc.). Au début, il a mis dans un des angles de la plaie un crayon fusible à l'iodoforme, depuis il y a renoncé. Parmi ces opérations nous relevons dix résections du genou. Dans tout cela, pas une goutte de pus. Et cependant, ajoute M. Bœckel, rien de plus défectueux, de plus antique que la salle d'opérations de l'hôpital civil de Strasbourg. Cette installation, tout à fait rudimentaire, démontre qu'un chirurgien soigneux peut assurer l'antisepsie dans n'importe quel local, avec n'importe quelles substances et n'importe quels fils à ligature. M. Bœckel fait d'ailleurs aussi peu de ligatures que possible et il proscrit les éponges. Il insiste sur ce qu'ont de ridicule à ses yeux les excès minutieux de l'antisepsie pré-opératoire.

M. *Segond* admire les résultats de M. Bœckel, et rappelle que naguère encore M. Trélat montrait à la Société qu'avec une plaie aseptique et bien affrontée le drainage est inutile. Mais M. Segond continue à considérer le drainage comme une conquête importante de la chirurgie et non comme une erreur. Il ne faut dire ni toujours, ni jamais : comme pour les laparotomies, le drainage a des indications dans la chirurgie courante. M. Segond est le premier à s'en passer dans bon nombre de cas et il cite à cet égard quelques observations fort nettes, mais il persiste à croire que souvent on s'exposerait à des déboires si l'on refusait d'user d'un drainage de sûreté, très peu durable : c'est même ce que M. Championnière érige en principe, et il n'a pas à s'en plaindre. Une des conditions les plus importantes de la réunion sans drainage des tissus sains et aseptiques est d'exercer sur la région une compression exacte et prolongée, ce qui n'est pas toujours possible.

M. *Ollier* est partisan en principe de la suppression du drainage après la résection du genou. Mais en pratique il croit que c'est souvent impossible à réaliser. Son désaccord avec M. Bœckel vient probablement en partie de ce qu'il opère lorsque les lésions sont plus avancées, lorsque la tumeur blanche a suppuré : dans ces cas, le drainage est indispensable. M. Ollier est partisan des drains résorbables en os décalcifié; quelquefois il écarte un angle de la plaie avec un faisceau de fils de catgut. Il assure de la sorte un drainage temporaire. Pour les plaies aseptiques, on peut faire la réunion totale : ainsi pour les résections orthopédiques, tout comme pour les fractures compliquées bien antiseptisées.

M. *Quénu* s'associe aux réserves de MM. Segond et Ollier. Il ajoute qu'à ses yeux l'antisepsie pré-opératoire par les pansements de la région à opérer et la stérilisation des instruments ont une grande importance. Il pense que les éponges sont bonnes si elles sont bien préparées; que le lavage fréquent de la plaie pendant l'opération est une mauvaise pratique.

M. *Reclus* depuis 1888 a presque toujours évité le drainage, pour les opérations les plus variées. Il a vu quelquefois des rétentions de sang, de sérosité, voire de pus, mais il n'a jamais eu à déplorer les accidents d'inflammation diffuse contre lesquels on préconise le drainage de sûreté. M. Reclus remplit d'ailleurs la plaie d'une pommade antiseptique à la vaseline additionnée d'acide borique, d'iodoforme, d'antipyrine. L'antipyrine est fort utile comme analgésique, car elle rend indolente la compression de la plaie, et la compression est indispensable : un léger amas

de sérosité, et les microcoques oubliés s'y cultivent. C'est précisément pour cela qu'au sein, par exemple, une compression énergique sur le thorax étant pénible à supporter, le drainage est peut-être avantageux. Aussi M. Reclus, tout en agissant à peu près comme M. Bœckel, ne saurait-il désapprouver M. Segond. La différence n'est pas bien grande entre les résultats des deux pratiques et il convient d'ajouter que la meilleure antisepsie est celle à laquelle on est le plus habitué.

M. *Berger* admet en principe la suppression du drainage, et avoue qu'il draine encore beaucoup, par un reste de préjugés sans doute. Pour les cures radicales, pour beaucoup d'extirpations de tumeurs, il ne draine plus. Mais pour les résections du genou il partage les idées de M. Ollier. Pour les ablations du sein avec évidement de l'aisselle, le drainage est bon : c'est un inconvénient léger, qui met à l'abri de gros inconvénients possibles.

M. *Marc Sée* a depuis six à sept ans la même tendance que M. Bœckel. Il croit fort utile d'assurer un affrontement exact en roulant une bande élastique autour du pansement : c'est le seul moyen pour obtenir une compression égale et permanente. M. Sée proscrit les grands lavages des plaies pendant les opérations. Avant d'affronter les surfaces, il y insuffle de la poudre de bismuth.

M. *Bœckel* reconnaît avoir un peu exagéré sa pensée quand il a traité le drainage d'erreur chirurgicale. Il pense seulement que le drainage est le plus souvent inutile, et constate dès lors qu'il n'est pas en contradiction avec les orateurs précédents. Il a essayé les drains résorbables de Neuber et en a été mécontent. Il répond à M. Quénu qu'il maintient son dire pour les appareils compliqués destinés à stériliser les instruments, mais que ses critiques de l'antisepsie pré-opératoire ne visent pas la désinfection préalable et prolongée de la région à opérer. Elles s'adressent seulement à quelques chirurgiens qui, par exemple, ne sauraient opérer s'ils n'avaient pris, juste auparavant, un bain antiseptique.

A. Broca.

Société de biologie.

SÉANCE DU 4 MAI 1889. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Action thérapeutique de la pyrodine : M. G. Lemoine. — Transmission de la tuberculose : M. Sanchez Toledo. — Sur la toxicité des urines de la pneumonie : MM. Gaume et Roger. — Nouvelle méthode pour la recherche des matières colorantes : M. d'Arsonval. — Nouveau spectrophotomètre : M. d'Arsonval. — Influence du milieu sur le développement d'une espèce de « Palæmon » : M. Giard. — Présentation d'appareils : M. Malassez. — Sur une cause d'immunité contre la maladie pyocyanique : M. Charrin.

M. *Gley* présente une note de M. *G. Lemoine* (de Lille) sur l'emploi thérapeutique de la pyrodine. Il résulte des recherches de M. Lemoine, faites surtout sur des malades tuberculeux, que cette substance constitue un antithermique très puissant et un analgésique non moins puissant, à faible dose. A forte dose, elle peut déterminer des accidents assez graves.

— M. *Sanchez Toledo* a cherché à voir dans de nombreuses expériences sur des cobayes si la tuberculose se transmet de la mère au fœtus. On sait que Baumgarten a cru pouvoir ramener à ce fait, dont il aurait constaté la réalité, l'influence de l'hérédité dans la tuberculose. Les expériences de M. Sanchez Toledo montrent que ce passage du bacille à travers le placenta n'a effectivement pas lieu.

— M. *Roger*, à propos du procès-verbal, s'attache à prouver que les expériences qu'il a faites avec M. *Gaume* sur la toxicité des urines dans la pneumonie sont en réalité très différentes de celles de M. A. Robin et de celles de M. Lépine.

— M. *d'Arsonval* expose une nouvelle méthode qu'il a imaginée pour la recherche et le dosage des matières colorantes, comme l'hémoglobine, par exemple, au moyen de procédés optiques. Le procédé consiste essentiellement à obtenir la photographie du spectre des matières colorantes : M. d'Arsonval a remarqué que la plaque photographique révèle des colorations qui sont invisibles pour l'œil, comme, par exemple, des bandes d'absorption dans la région ultra-violette.

— M. *d'Arsonval* présente le modèle définitif du spectrophotomètre qu'il a décrit l'année dernière.

— M. *Giard* a constaté que les œufs d'une espèce de crevette très analogue au *palæmon varians* sont à Wimereux beaucoup plus petits, mais beaucoup plus nombreux que sur les côtes de la Méditerranée ou dans d'autres lieux, et il trouve la raison de ce fait dans la moindre salure de l'eau.

— M. *Malassez* présente un système d'objectif donnant des images droites et dont le foyer peut être à volonté allongé, et présente en second lieu un nouveau pied porte-loupe.

— M. *Charrin* montre que l'inoculation de la maladie pyocyanique au cobaye ne détermine qu'une lésion cutanée assez insignifiante. Mais cette lésion n'est purement locale qu'en apparence. Car si, après qu'on a produit deux ou trois ulcérations successives de ce genre, on veut déterminer une nouvelle inoculation, on ne réussit pas. L'état général de l'animal a donc été modifié et il s'est produit une véritable immunité.

BIBLIOGRAPHIE

Surgical bacteriology, par M. Nicholas Senn, professeur de pathologie chirurgicale à « Rush medical college », Chicago. — Lea Brothers and C°. Philadelphia, 1889.

« Depuis quelques années, la bactériologie a révolutionné la pathologie chirurgicale Toutes les complications des plaies et presque toutes les lésions inflammatoires aiguës et chroniques que le chirurgien doit traiter sont causées par des micro-organismes. » Aussi M. Senn a-t-il cru utile d'exposer en un traité didactique les faits principaux, grossiers pour ainsi dire, que le chirurgien a besoin de connaître s'il veut s'élever un tant soit peu au-dessus des vulgarités de la pratique pure et simple. Nous sommes heureux de constater l'apparition de ce livre, écrit au point de vue spécial qui intéresse les chirurgiens.

Les premiers chapitres sont consacrés à l'étude des problèmes généraux que soulèvent aujourd'hui les recherches bactériologiques. L'auteur aborde d'abord la question de la transmission héréditaire des maladies microbiennes, et, laissant de côté la transmission d'un état général tel que les microbes trouvent un terrain favorable à leur culture, s'attache surtout à l'exposé des faits qui prouvent que les micro-organismes peuvent passer de la mère au fœtus à travers le placenta. Puis vient l'histoire des sources de l'infection, puis celle des causes qui localisent cette infection, et dans ce dernier chapitre les types considérés sont avant tout l'ostéomyélite aiguë et la tuberculose ostéo-articulaire, cette dernière donnant lieu à des considérations sur les auto-inoculations traumatiques ; mais aussi l'organisme se défend, détruit et élimine les microbes qui l'envahissent : de là l'étude de la phagocytose, de l'élimination par les reins. Enfin ces généralités se terminent par un aperçu sur l'antagonisme qui existe entre certaines variétés de micro-organisme.

Nous entrons après cela dans la description des cas particuliers : inflammation, suppuration, gangrène, septicémie, pyohémie, érysipèle, tétanos, tuberculose, charbon, actinomycose, blennorrhagie, syphilis. A propos de tous ces processus ou maladies, sont indiquées les propriétés biologiques et pathogènes principales du ou des microbes qui entrent en jeu. L'ouvrage se termine par un chapitre sur l'origine microbienne des tumeurs.

En somme, traité élémentaire et clair, contenant le résumé de faits nombreux et appuyé sur une bibliographie dont les indications ont une précision qui inspire la confiance. Nous dirons encore que M. Senn a eu soin de dresser une table analytique des matières et des auteurs, d'où une grande facilité de recherches.

Traité d'ostéologie comparée, par MM. G. Pouchet, professeur d'anatomie comparée au Muséum et H. Beauregard, aide naturaliste de la chaire, avec 331 figures dans le texte. Paris, G. Masson, 1889.

Il existait déjà des traités d'ostéologie comparée, mais aucun d'eux ne s'étendait sur toute la série des vertébrés. Ils s'attachaient tous à la description plus ou moins précise d'un certain nombre de types. Mais l'étudiant se trouvait ainsi mal guidé lorsque, désireux de connaître l'anatomie comparée, il se dirigeait vers les galeries d'ostéologie du Muséum. Aujourd'hui, il sera pourvu d'un *vade mecum*. Ce livre est en effet un résumé des caractères ostéologiques principaux de tous les groupes de vertébrés : c'est dire que pour chacun de ces groupes la description est forcément très brève. Mais elle est amplement suffisante pour que l'élève puisse s'y reconnaître en examinant les os mis à sa disposition; et cela d'autant plus qu'à l'ouvrage sont annexées de nombreuses figures, intercalées dans le texte. C'est donc là un traité qui est appelé à rendre de grands services.

Il est certain que l'analyse d'un tel livre est absolument impossible à faire ; et que dès lors nous devons nous borner à dire dans quel sens il a été conçu. Nous ajouterons seulement que les auteurs ont cru devoir procéder du connu à l'inconnu; partir d'une description assez détaillée du squelette humain pour descendre peu à peu dans la série des vertébrés. Et pour terminer nous dirons combien ceux qui s'intéressent aux choses de l'anatomie comparée seront reconnaissants à MM. Pouchet et Beauregard de n'avoir point reculé devant un aussi grand labeur.

A. Broca.

VARIÉTÉS

Concours d'agrégation d'anatomie et physiologie. — Ce concours commencera le mercredi 15 mai 1889 à quatre heures du soir. Le jury se compose de : 1° *Juges titulaires:* MM. Mathias-Duval, président; Farabeuf, Charles Richet, François-Franck, Paulet (de Montpellier), Tourneux (de Lille), Morat (de Lyon);

2° *Juges suppléants:* MM. Straus, Poirier, Remy et Reynier.

Les candidats de la section d'anatomie sont au nombre de trois, tous trois pour la Faculté de Paris. Ce sont MM. Guinard, Retterer et Variot.

Les candidats de la section de physiologie sont au nombre de neuf. Ce sont: 1° pour la *Faculté de Paris:* MM. Grosnier de Varigny, Gley, Langlois, Pagès; 2° pour la *Faculté de Montpellier:* MM. Abelous et Lapeyre; 3° pour la *Faculté de Bordeaux:* M. Hédon; 4° pour la *Faculté de Lille:* M. Meyer; 5° pour la *Faculté de Lyon:* M. Vialleton.

Concours d'agrégation de physique, chimie et pharmacie. — Ce concours s'ouvrira le mercredi 15 mai 1889 à midi.

Le jury se compose des professeurs et agrégés dont les noms suivent:

1° *Juges titulaires:* MM. Gavarret, président; Gariel, Armand Gautier, Regnauld, Engel (de Montpellier), Charpentier (de Nancy), Figuier (de Bordeaux);

2° *Juges suppléants:* MM. Proust, Hanriot, Gabriel Pouchet, Villejean.

Concours pour le Bureau central (*Médecine*). — Ont été déclarés admissibles aux épreuves définitives les dix candidats dont les noms suivent: MM. Dreyfous, André Petit, Richardière, Marfan, Robert, Variot, Galliard, Duplaix, Giraudeau et Lermoyez.

Légion d'honneur. — Par décret en date du 4 mai sont promus ou nommés *au grade de commandeur :* MM. les docteurs Gaujot, médecin inspecteur, directeur de l'École d'application de médecine militaire; Frilley, médecin principal de 1re classe; Duplouy, directeur du service de santé de la marine à Rochefort.

Au grade d'officier : MM. les docteurs Delahousse, Boisseau, Debousseaux, médecins principaux de 1re classe; Lortat, Jacob, médecin principal de 1re classe en retraite; Bouchard, médecin-major de l'armée territoriale; Weber, Willigens, médecins-majors de 1re classe; Friocourt, Dupont, Guès, médecins en chef de la marine.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Moizard, médecin des hôpitaux de Paris, chef du service médical de l'Exposition; Tibal, Baillif, Ocana, Michaud, Robert, Sauveroche, Lœwel, Audet, Strauss, Doubre, Dantin, Rouire, Courtot, Villedary, médecins-majors; L'héritier de Chazelle, médecin aide-major; Isaac, ancien médecin militaire; Viguier, Paulus, médecins de la gendarmerie; Bertrand, Griès, Hercouet, Grisolle, Henaff, Galibert, Canolle, Bohéas, Baril, Quédec, Rafaelli, médecins de la marine; Clos et Treille, médecins de l'armée territoriale.

Souscription Chevreul. — Le Conseil municipal de la ville d'Angers vient de décider qu'une souscription nationale serait ouverte en vue d'élever sur une des places publiques d'Angers une statue à la mémoire de M. Chevreul.

Souscription Auzoux.— La Société des sciences, agriculture, arts et belles-lettres du département de l'Eure a pris l'initiative d'une souscription pour élever un buste à la mémoire d'Auzoux, l'inventeur de l'*anatomie clastique*. Les souscriptions peuvent être adressées à MM. Maxime Buisson, rue de la Petite-Cité, à Evreux; docteur Tanrin, 3, rue Perronnet, à Paris ; docteur Baudré, au Neubourg.

Asile Sainte-Anne. — M. le professeur Ball reprendra le cours de clinique des maladies mentales à l'asile Sainte-Anne le dimanche 12 mai à dix heures du matin, et le continuera les dimanches et jeudis suivants à la même heure.

— M. le docteur Rouillard, chef de clinique, médecin adjoint de l'asile Sainte-Anne, fera des conférences cliniques les mercredis à quatre heures de l'après-midi.

Mortalité a Paris (17e semaine, du 21 au 27 avril 1889.—Population: 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 10. — Variole, 5. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 14. — Diphthérie, croup, 37. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 218. — Autres tuberculoses, 24. — Tumeurs: cancéreuses, 41 ; autres, 1. — Méningite, 37. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 46. — Paralysie, 2. — Ramollissement cérébral, 13.—Maladies organiques du cœur, 54. — Bronchite aiguë, 25. — Bronchite chronique, 48. — Broncho-pneumonie, 32. — Pneumonie, 71. — Gastro-entérite: sein, 12; biberon, 41 — Autres diarrhées, 5. —Fièvre et péritonite puerpérales, 4. —Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 27. — Sénilité, 24. — Suicides, 26. — Autres morts violentes, 13. — Autres causes de mort, 193. — Causes inconnues, 15. — Total: 1055.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

19064. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 15 mai 1889.

Académie de médecine : **Du diabète à évolution lente et de son traitement. — De la résection de la hanche dans les cas de coxalgie suppurée.** — *Société médicale des hôpitaux :* **Prophylaxie des maladies contagieuses dans les hôpitaux d'enfants.** — *Association générale des médecins de France :* **Séance annuelle.**

La discussion qui s'est élevée récemment devant l'Académie (voy. *Gazette hebdomadaire*, p. 233) au sujet du traitement du diabète sucré par l'antipyrine, a suggéré à M. Jules Worms l'idée de faire connaître ses observations personnelles et d'insister sur la nécessité de ne pas confondre, les uns avec les autres, sous une même dénomination exclusivement symptomatique, des états morbides essentiellement différents. Dès le début de ses considérations sur le diabète sucré à marche lente, M. J. Worms fait remarquer, en effet, que l'étude expérimentale des conditions physiologiques dans lesquelles le sucre peut apparaître accidentellement dans l'urine n'éclaire que peu le pronostic de la maladie connue sous le nom de diabète sucré et qu'il convient dès lors de faire appel à l'observation et à l'expérimentation cliniques pour juger et classer les médications vraiment utiles.

Se plaçant à ce point de vue et analysant dans leurs détails essentiels les 41 observations de malades qu'il a pu suivre, depuis vingt-cinq ans, dans tout le cours de leur affection, M. J. Worms étudie avec la plus minutieuse attention les antécédents héréditaires, le mode de début, l'évolution clinique, les accidents qu'il a observés. Il arrive ainsi à pouvoir affirmer que les symptômes considérés d'ordinaire comme pathognomoniques de l'état diabétique, c'est-à-dire l'exagération de la soif et de la faim ainsi que l'augmentation notable de la quantité d'urine émise dans les vingt-quatre heures, ne s'observent pas toujours, surtout au début, en même temps que le sucre apparaît dans les urines; il fait remarquer avec non moins de raison que la proportion du glycose constaté à l'analyse importe moins encore que sa persistance. Lorsque, malgré la rigueur du régime et l'administration successive des médicaments les plus divers, on n'arrive pas à faire disparaître le sucre et surtout lorsqu'on ne parvient pas à diminuer, au moins accidentellement, sa proportion, il faut en conclure que la maladie est grave et que les complications du diabète sont toujours à redouter.

Dans l'une de ses observations, prise avec beaucoup de soin et d'attention, M. J. Worms démontre aussi une fois

FEUILLETON

Éloge de A. Dechambre.

Par M. le docteur A. RITTI.

(Fin. — Voyez le numéro 19.)

En 1864, deux éditeurs aux grandes initiatives, Asselin et Victor Masson, décidèrent la publication d'un *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales;* ils en confièrent la direction à Dechambre et à Raige-Delorme. Au bout de deux volumes, ce dernier se retira; Dechambre resta seul à la tête de cette œuvre monumentale, « qui fut comme le couronnement de sa vie et qui restera l'honneur de sa mémoire ».

Il en conçut le plan sur l'échelle la plus vaste; car il s'agissait de parcourir tout le cycle des connaissances médicales, dans leur plus large acception : ce qui explique la place importante donnée aux sciences dites accessoires, telles que la physique, la chimie, la botanique et la zoologie, et à celles que j'appellerai volontiers dérivées, comme l'anthropologie, la géographie médicale, l'hygiène et la démographie, sans oublier l'histoire, la biographie et la bibliographie. L'immensité et la variété de ce programme n'étaient pas faites pour effrayer Dechambre; mais il ne s'illusionnait pas sur les difficultés d'exécution. Il possédait heureusement toutes les qualités nécessaires pour mener à bien une pareille entreprise : l'opiniâtre ténacité, la patience persévérante, le savoir multiple, et surtout une grande facilité de travail.

On se fait difficilement une idée de la tâche à remplir, rien que pour l'établissement de la table des matières d'une encyclopédie. Et cependant c'est par elle qu'il faut commencer. Aucun terme, ancien ou nouveau, ne doit être oublié, si l'on veut être complet. Et être complet, n'est-ce pas la qualité maîtresse d'un tel ouvrage?

Littré raconte quelque part comment il fit son *Dictionnaire de la langue française* (1). Dans ce récit d'une exquise bou-

(1) *Études et glanures, pour faire suite à l'Histoire de la langue française*, Paris, 1880.

de plus — car des faits analogues ont été cités à diverses reprises, en particulier par M. le docteur Farge (d'Angers), par M. le docteur Duhomme, etc. — qu'il convient, pour juger l'état d'un diabétique, de pratiquer des analyses excessivement fréquentes de ses urines. D'un jour à l'autre, voire même dans une seule journée, on peut constater les variations les plus extrêmes dans la proportion du glycose éliminé par les urines. Et ce n'est pas seulement sur les malades atteints de diabète aigu, rapide, à oscillations extrêmes, que s'observent ces changements si considérables, qui font tomber, dans une même journée, la proportion du sucre urinaire de 50 et 60 grammes à 2 grammes. Les diabétiques vrais, ceux dont la maladie est lente et relativement bénigne, présentent eux aussi ces variations considérables dans la proportion du sucre éliminé.

Il en est de même du rapport qui semblerait devoir exister entre la quantité du sucre et celle de l'urée que rendent les malades. Comme la plupart de ceux qui ont étudié cette question, M. J. Worms a reconnu qu'il n'existe aucun parallélisme entre la glycosurie et l'azoturie du diabétique.

Mais nous n'avons pas à insister ici sur les considérations théoriques abordées à diverses reprises au cours de ce savant travail. Celui-ci, essentiellement pratique, a eu surtout pour but de montrer que les médications les plus diverses peuvent convenir aux diabétiques. Il ne faut pas s'efforcer de trop combattre la glycosurie, qui, suivant une pittoresque expression de M. Bouchard, « est la sauvegarde du diabétique ». Il convient de rechercher avant tout et surtout à relever le taux de la nutrition, à prévenir les déperditions qui seraient la conséquence inévitable de l'exagération avec laquelle se produisent chez le diabétique le sucre et surtout l'urée. M. J. Worms pense qu'à ce point de vue l'adjonction du sulfate de quinine au régime alimentaire formulé par Bouchardat répond aux indications principales du traitement. Celui-ci doit varier suivant les formes de la maladie et même suivant les malades. Pour le diabète sucré, comme pour toutes les maladies par ralentissement de la nutrition, il ne saurait exister de spécifique, de médication exclusive.

— Au début de la séance, M. le professeur Ollier (de Lyon) avait fait une importante communication relative aux résultats que donnent les résections de la hanche dans les cas de coxalgie suppurée. Les résultats définitifs de cette opération ne peuvent être jugés qu'après trois années. Si, à ce moment, on interroge longuement les opérés; si l'on tient compte des efforts qu'ils ont à exécuter pour la marche, pour la station debout, etc., on arrive, dit M. Ollier, à cette conclusion que l'ankylose osseuse est souvent préférable à une néarthrose mobile.

— La *Société médicale des hôpitaux* a entendu dans sa dernière séance la lecture d'un rapport rédigé par M. le docteur Comby au nom de la Commission chargée d'étudier les *mesures à prendre pour combattre la transmission des maladies contagieuses dans les hôpitaux d'enfants*. Le titre seul de ce rapport indique nettement que la Commission a voulu limiter son mandat à l'étude *pratique* des procédés à mettre en usage pour améliorer l'hygiène des hôpitaux consacrés aux maladies de l'enfance. Toutes les considérations relatives aux modes divers aussi bien qu'à la durée de la contagion de ces maladies ont été systématiquement écartées. Les conclusions que nous reproduisons plus loin (p. 342) ne répondent donc point aux questions posées par M. Gouraud et par divers autres de ses collègues qui auraient désiré voir la Société des hôpitaux s'efforcer de résoudre quelques-uns des problèmes qui se posent journellement aux médecins appelés à traiter les maladies de l'enfance. Mais, ces réserves faites, il convient de louer la lucidité avec laquelle M. le docteur Comby a résumé les débats dont nous avons rendu compte et le talent avec lequel il a exposé les idées défendues par ses collègues de la Commission.

La *Société médicale des hôpitaux*, se préoccupant surtout de diminuer la mortalité que causent dans les hôpitaux d'enfants les cas intérieurs, adopte dans leur ensemble les propositions qui lui ont été soumises par M. Sevestre d'abord, dont l'intéressante communication a été le point de départ de la discussion, par M. Grancher ensuite, dont on connaît la lettre-programme si remarquable à tant d'égards. Après avoir affirmé que la mortalité dans les hôpitaux d'enfants paraît due aux contagions diverses et multiples que détermine et qu'entretient l'absence de mesures de désinfection suffisamment énergiques (en particulier la désinfection par l'étuve de MM. Geneste et Herscher), elle reconnaît, avec M. Cadet de Gassicourt, que la morbidité dépend surtout de l'importation des maladies venues du dehors par suite de l'admission, dans les salles communes ou dans les salles de consultation, d'enfants dont la maladie a été méconnue.

---

homie et d'une modestie touchante, l'illustre penseur nous fait assister aux préparatifs et aux progrès de son œuvre. Il avait adopté un système de fiches, consacrées chacune à un mot, et sur laquelle étaient inscrits successivement tous les renseignements relatifs à ce mot, qu'il trouvait ou qu'on voulait bien lui faire parvenir. Je vois encore, sur une table proche de celle sur laquelle il travaillait, cette énorme caisse contenant par ordre alphabétique des milliers et des milliers de cartons blancs, recouverts de son écriture un peu archaïque. Lorsqu'on lui apportait un terme nouvellement usité — il aimait beaucoup, cet excellent maître, cette collaboration volontaire, venant surtout de jeunes gens — il prenait une fiche, l'y inscrivait, établissait son étymologie, en donnait la définition; puis elle allait trouver sa place dans la caisse à côté de ses aînées.

On trouvait dans le cabinet de Dechambre une caisse semblable : c'était la table des matières de son *Encyclopédie*. Chacun des petits cartons contenait, écrits de sa main, outre le mot, sujet de l'article, le nombre de pages qui devaient lui être consacrées, le nom de son auteur et la date à laquelle celui-ci devrait s'exécuter. Sur ces petits cartons, se lisaient les noms les plus illustres de la médecine, à côté de ceux de personnalités plus modestes. Tous tenaient à honneur de collaborer, sous la direction d'un chef estimé et aimé, à une œuvre aussi éminemment utile.

Ce système de fiches, outre cette incontestable utilité administrative, en présente une non moindre pour ce qui concerne les *renvois*. Ces renvois sont, on le sait, la grande préoccupation, l'écueil aussi de tous les auteurs de dictionnaires. Cet écueil, d'Alembert et Diderot le connaissaient déjà et ils s'étaient appliqués à l'éviter, sachant très bien que de renvoi en renvoi on finit souvent par l'omission. Et, selon la sage parole de Diderot (1), « il vaut encore mieux qu'un article soit mal fait que de n'être point fait. Rien ne chagrine tant un lecteur que de ne pas trouver le mot qu'il cherche. » Comme de coutume, mettant l'exemple à côté du précepte, il raconte l'anecdote suivante : « Un honnête homme achète un ouvrage auquel j'ai collaboré (il s'agit du *Dictionnaire de médecine* de James) :

(1) Art. Encyclopédie, in *Œuvres complètes*, publiées par J. Assézat et M. Tourneux, Paris, 1876, t. XIV, p. 414 et suiv.

A ce double point de vue, la Commission a recherché d'une part les moyens propres à assurer, dans les meilleures conditions possibles, l'hygiène hospitalière et la propreté du personnel qui doit être en contact journalier avec les malades hospitalisés, d'autre part les conseils à donner à l'Administration pour obtenir d'elle que l'isolement des enfants atteints de maladies contagieuses soit fait dans les conditions les plus pratiques et les moins onéreuses.

Sur la demande de M. Ollivier, elle a reconnu la nécessité de réformer le service des consultations externes en demandant à un interne spécialement chargé de ce service, de faire la sélection des enfants et de diriger sur les pavillons d'isolement, ou sur de petites salles distinctes des salles d'attente, tous ceux qui seraient suspects. Elle a reconnu comme tout aussi urgent d'annexer aux pavillons d'isolement de la diphthérie des chambres à lit unique destinées aux cas de diphthérie compliqués de rougeole, de scarlatine, de coqueluche, etc. Enfin elle a adopté toute une série de mesures ayant pour but d'assurer la propreté du personnel (élèves, surveillantes, infirmières, etc.), et du matériel (lits, linges, rideaux, etc.), dans les salles d'isolement. L'obligation imposée aux médecins et aux élèves de se soumettre à une antisepsie rigoureuse après avoir quitté l'amphithéâtre d'autopsie ou au sortir d'un pavillon d'isolement consacré à la diphthérie (on en sera dispensé, nous l'espérons, quand on quittera le pavillon de la rougeole) est une excellente mesure. Il en est de même de toutes celles qui ont pour objet la suppression des rideaux et la création de pavillons d'isolement et de rechange. C'est pourquoi nous reproduisons *in extenso* au compte rendu de la Société (p. 326) les conclusions de l'excellent rapport de M. Comby qui pourront être adoptées par les administrations hospitalières en province aussi bien qu'à Paris.

— La trentième réunion de l'*Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France* s'est tenue, sous la présidence de M. le docteur H. Roger, les 12 et 13 mai derniers. Nous aurions voulu pouvoir analyser, avec les détails qu'ils comportent, tous les rapports présentés à cette assemblée et publier *in extenso* le discours, si plein d'esprit, d'éloquence et de charme, prononcé par le président général de l'Association. Malheureusement pour nous, l'encombrement des colonnes de la *Gazette* nous interdit un compte rendu détaillé; heureusement pour nos lecteurs, ils appartiennent presque tous — nous aimons à l'espérer — à notre grande fédération médicale; beaucoup d'entre eux assistaient à la séance et tous les autres tiendront à lire, dans l'Annuaire, ce qui a pu être réalisé jusqu'à ce jour par l'Association des médecins de France.

Il est cependant dans le discours de M. H. Roger tout un passage que nous ne pouvons ne pas citer ici. C'est celui où, après avoir rendu un hommage de gratitude à la mémoire de ceux qui ont enrichi l'Association par leurs généreuses offrandes, le Président général rend compte de la situation financière de l'œuvre.

« Notre incomparable trésorier, dit à ce sujet M. Roger, qui depuis trente ans veut bien rester inamovible, est satisfait et justement fier de la prospérité financière de l'Association : tout à l'heure il montrera la plénitude de ses caisses, la progression incessante des recettes, et le budget de notre république médicale toujours en excédent, comme à Salente, de fabuleuse mémoire, d'où l'espoir fondé que notre avoir total atteindra bientôt deux millions et demi. M. le docteur Passant vous donnera aussi la bonne nouvelle que la Commission des pensions a pu, cette année encore, n'écarter aucune demande, et elle proposera demain, au vote de l'Assemblée, toutes les pensions réclamées par les Sociétés locales : le nombre en sera demain de quatre-vingt-cinq, qui représentent un capital d'environ douze cent mille francs. Merveilleuse puissance de l'économie et de la bienfaisance confraternelle; payer des cotisations annuelles de douze francs et s'en faire cinquante mille livres de rente !

« Il convient cependant de ne pas se faire trop illusion sur une opulence plus apparente peut-être que réelle : notre organisation même ne permet guère l'accumulation de richesses permanentes; notre Société en participation fonctionne très différemment des autres; les actionnaires les plus humbles sont seuls à toucher des dividendes; les bénéfices leur sont partagés au prorata de leurs souffrances ; les administrateurs faisant emploi des ressources disponibles ne mettent presque rien à la réserve, et, tout le long des jours sombres, le trésor s'écoule, s'épuise en bienfaits.

« Certes, l'Association a beaucoup, mais il lui manque davantage. Pour qu'elle soit constamment en mesure de tenir envers ses sociétaires des engagements imprescriptibles, il lui faut travailler incessamment à grossir la fortune de la communauté ; il lui faut posséder des ressources toujours supérieures aux besoins, de manière à fournir aux Sociétés locales défaillantes un appui plus efficace, et surtout à élever le nombre et la valeur des pensions viagères, pensions qui sont à la fois, pour les dignes titulaires, une retraite et un diplôme d'honneur. »

Il nous semble difficile de mieux caractériser le rôle de

---

il était tourmenté par des crampes, et il n'eut rien de plus pressé que de lire l'article *Crampe :* il trouve ce mot, mais avec un renvoi à *Convulsion ;* il recourt à *Convulsion*, d'où il est renvoyé à *Muscle*, d'où il est renvoyé à *Spasme*, où il ne trouve rien sur la *Crampe*. Voilà, je l'avoue, ajoute-t-il, une faute bien ridicule; et je ne doute point que nous ne l'ayons commise vingt fois dans l'*Encyclopédie*. »

L'œuvre de Dechambre tombe-t-elle aussi souvent dans le péché d'omission, et risque-t-on, en la feuilletant, de courir la mésaventure de l' « honnête homme » dont parle Diderot? J'en doute fort, surtout pour toutes les grandes questions, qui sont magistralement traitées et constituent des monographies dont la science et l'érudition sont au-dessus de toute critique. Je ne dis pas que si quelque esprit chagrin se mettait à éplucher les cent volumes du *Dictionnaire*, il ne trouverait pas deçi, delà, quelque oubli, quelque erreur à signaler ; mais je suis convaincu qu'il ne relèverait que des fautes vénielles, ne diminuant en rien la magistrale grandeur de l'ensemble.

Une critique plus juste, et qu'on n'a pas manqué de faire à l'*Encyclopédie des sciences médicales*, c'est que, dans l'espace de vingt-cinq ans qu'a nécessité sa publication, la science a progressé, des découvertes importantes ont été faites, des idées nouvelles ont été jetées dans la circulation ; par suite, les articles des premiers volumes semblent être de la science ancienne lorsqu'on les compare à ceux des volumes plus récents. A cet inconvénient, Dechambre a su heureusement parer, grâce à la riche synonymie médicale. Je n'en citerai qu'un exemple : Axenfeld a donné, en 1868, une excellente monographie de l'ataxie locomotrice qui résume admirablement la science du moment. En vingt ans, une question de cette importance, qu'une nuée d'observateurs s'acharne à élucider, subit une transformation presque complète. Le lecteur du *Dictionnaire* n'en perd rien, un heureux hasard voulant que cette douloureuse maladie de la moelle porte aussi le nom de *tabes dorsalis*.

De nombreux faits analogues pourraient être cités ; ils démontrent avec quel soin vigilant Dechambre se tenait au courant de la science, il n'avait pas d'ambition plus élevée que de faire de son œuvre une représentation exacte des connaissances médicales de la fin de ce siècle, et pour y arriver, il travaillait sans cesse, il travaillait toujours, sans se lasser ni

l'assemblée générale, de répondre plus dignement à ceux qui cherchent à établir une distinction entre les secours accordés par l'Association et les *pensions de droit* que donneraient d'autres Sociétés. Nous aurons à revenir prochainement sur cette question. Bornons-nous à répéter avec M. H. Roger que les pensions de retraite accordées aux déshérités de notre profession sont aussi honorables pour ceux qui les reçoivent que pour la Société de secours qui les accorde. C'est la main d'un confrère qui les reçoit; ce sont des confrères qui les offrent.

Mais, pour pouvoir secourir toutes les infortunes imméritées et donner à ceux qui ont besoin des pensions suffisantes, il faut être riche.

« Pour les Associations telles que la nôtre, dit encore M. H. Roger, le superflu est chose nécessaire; on l'a dit avec raison, les Sociétés de bienfaisance ne sont jamais vraiment riches, en regard de l'accroissement plus rapide des misères à soulager. « Les affaires de la charité ne vont jamais bien; elle est l'éternelle pauvresse: à peine a-t-elle réussi à se garnir les mains que le malheur les vide. »

« Donnons donc, chers associés, donnons sans cesse ni relâche à la communauté, dans notre fédération confraternelle tous les membres sont solidaires, et le bien que nous faisons à autrui nous le faisons à nous-mêmes. Il ne suffit pas d'avoir constitué la famille médicale, il faut pourvoir à son existence.

« Il faut que l'Association soit grande et puissante par le nombre, par la richesse, par la concorde et l'union intime entre ses membres égaux, en même temps qu'elle forcera, par les services rendus, l'estime et la reconnaissance publiques.

« Le moyen de gagner ces avantages est très simple, la recette infaillible je la retrouve dans l'Evangile, vieux formulaire de thérapeutique morale: « Soyons-nous de bons et vrais frères; aimons-nous, c'est la douce loi; sachons aimer, c'est la meilleure science. »

Est-il besoin d'ajouter que ce discours a été souvent interrompu par d'unanimes applaudissements. Ceux-ci ont redoublé lorsque, après le rapport de M. Passant, M. H. Roger a tenu à rappeler l'éminent service rendu à l'association par l'un de ses conseillers les plus dévoués et les plus actifs. Ami du docteur Roth, M. Passant l'avait déterminé à faire de sa fortune le plus généreux usage, à léguer à l'Association générale des médecins de France, une somme de 150 000 francs. M. le président H. Roger a su, en termes aussi éloquents que délicatement exprimés, rendre hommage au donateur et à celui qui avait inspiré cette charitable pensée. Si M. le Président de l'Association générale sait rajeunir et rendre plus parfaites chaque année les allocutions qu'il adresse à ses confrères, ceux-ci éprouvent quelque embarras à trouver une formule nouvelle pour rendre hommage à ce maître de la parole. Ils ne peuvent que répéter à leur vénéré président les sentiments de gratitude et de respect qu'inspirent à tous ses confrères son dévouement à l'œuvre qu'il dirige avec une si paternelle autorité, avec une dignité si parfaite.

A M. H. Roger succédait M. le docteur Brun, le trésorier modèle, dont le compte rendu signale l'accroissement des sociétaires (plus de trois cents nouveaux membres en 1888) et la prospérité financière de l'Association, qui possède aujourd'hui 1 364 603 francs non compris les rentes constituées et les nues propriétés, non plus que l'avoir des sociétés locales des départements qu'on peut élever à environ un million de francs. C'est avec ces ressources que la caisse des pensions fournit en ce moment soixante-dix pensions de 600 francs et qu'elle va, pour l'exercice 1889, en assurer quinze nouvelles.

Ainsi quatre-vingt-cinq sociétaires malades, infirmes ou nécessiteux auront été dans le courant de l'année prochaine secourus par l'Association générale.

Le très remarquable rapport de M. le docteur Riant nous montre que si l'Association est une œuvre de charité, elle est aussi une œuvre de solidarité et de moralité professionnelles. Nous lui devons plus qu'une simple mention et, dans notre prochain numéro, nous en analyserons les principaux passages. Disons seulement ici que les applaudissements souvent répétés de l'assemblée ont remercié le secrétaire général de l'Association du zèle et du talent dont il a su faire preuve.

M. le docteur Passant, rapporteur de la commission des pensions viagères, venait de rendre, comme nous l'avons dit, un éminent service à l'Association dont il est un des membres les plus justement estimés. Son rapport, après avoir énuméré les infortunes que l'Association est appelée à secourir, se termine par un appel que nous devons reproduire.

« En résumé, a dit M. Passant, l'année 1888, entre toutes, a été excellente pour l'Association, puisque, ayant beaucoup reçu, elle a beaucoup donné. Quand elle aura recueilli le legs important du docteur Belle, je pourrai dire, avec M. Horteloup, que notre dévoué et incomparable trésorier, M. Brun, pourra regarder avec fierté la grande œuvre dont il aura, par sa merveilleuse gestion, assuré la fortune. C'est à nous qui savons la part im-

---

désespérer. Le chemin dans lequel il s'était volontairement engagé était rude; il le suivait allègrement et avec confiance, car il en connaissait le but, celui d'être utile à ses contemporains et aux générations futures.

« Le moment le plus glorieux pour un ouvrage de cette nature, écrit Diderot en parlant de son *Encyclopédie*, ce serait celui qui succéderait immédiatement à quelque grande révolution qui aurait suspendu les progrès des sciences, interrompu les travaux des arts, et replongé dans les ténèbres une partie de notre hémisphère. Quelle reconnaissance la génération qui viendrait après ces temps de trouble ne porterait-elle pas aux hommes qui les auraient redoutés de loin, et qui en auraient prévenu le ravage, en mettant à l'abri les connaissances des siècles passés! »

Peu s'en fallut que ces mélancoliques paroles du philosophe ne devinssent, il y a dix-huit ans, une triste réalité. Une fureur incendiaire s'était emparée d'une insurrection en déroute; elle n'épargnait rien, ni musées, ni bibliothèques, ni habitations privées. Dechambre eut l'inexprimable douleur de voir consumer par les flammes tout ce qu'il possédait. De la quantité de matériaux qu'il avait accumulés depuis dix ans, des nombreux manuscrits de ses collaborateurs, il ne restait plus qu'un amas de cendres. Tout était à recommencer.

On a beau être stoïcien et s'être même répété à satiété, avec Lucrèce, qu'il est doux de contempler des calmes hauteurs de la philosophie les luttes et les erreurs de la pauvre humanité; lorsque pareil malheur vous arrive, il faut du temps pour s'en consoler. Dechambre, qui avait l'âme forte et le caractère élevé, eut bientôt fait de surmonter cette période d'affaissement, suite naturel de tout choc moral; il se remit à l'œuvre avec une ardeur nouvelle et, au bout de peu de temps, il put reprendre la publication de son *Dictionnaire* au point où de douloureux événements l'avaient interrompue. Diriger une telle œuvre jusque dans ses moindres détails, revoir les manuscrits, corriger les épreuves, surveiller la mise en pages, exciter le zèle de ses collaborateurs en entretenant avec chacun d'eux une correspondance assidue, tel fut, jusqu'aux derniers jours de sa vie, le labeur de Dechambre. On se demande comment il faisait pour y suffire et pour rédiger encore une quantité innombrable d'articles dont plusieurs ont une importance capitale.

mense qu'il a prise à l'idée de la création de cette caisse des pensions viagères, l'énergie avec laquelle il l'a défendue au milieu des difficultés de tout genre, de lui exprimer ici toute notre reconnaissance, et nous le faisons de grand cœur. Son rêve, que nous caressons aussi, est que, dans un avenir prochain, le taux des pensions soit élevé de 600 à 1200 francs. Cet âge d'or n'est peut-être pas très éloigné de nous! Pour achever l'œuvre si bien commencée de notre ministre des finances modèle, unissons-nous tous, grands et petits, dans un même élan de mutualité et de solidarité! Sociétaires modestes qui ne pouvez nous aider de votre bourse, aidez-nous de votre parole, faites de la propagande et amenez-nous de nouveaux adhérents; praticiens dont le succès a récompensé le travail, donnez largement à notre caisse et surtout ne négligez pas de perpétuer votre cotisation; et vous, médecins riches, imitez les docteurs Roth et Belle, pensez à vos confrères déshérités et dites-vous qu'en leur léguant une partie de cette fortune qu'il faut nécessairement laisser ici-bas, vous n'assurerez pas seulement votre nom contre l'oubli, mais vous emporterez avec vous la saine jouissance qu'apporte toujours avec lui un devoir généreusement accompli. »

Dans notre prochain numéro nous résumerons le rapport général de M. le docteur Riant et nous exposerons les diverses questions qui ont été l'objet de rapports spéciaux et les votes qui en ont été la conséquence.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Du traitement de l'incontinence nocturne urinaire des enfants par le rhus aromaticus.

Employée, mais exceptionnellement par Trousseau, l'écorce de ce végétal a été recommandée récemment par MM. Max, Guinon, Burwensch, Descroizilles et d'autres médecins d'enfants en France et à l'étranger, parfois avec des résultats appréciables.

1° *Teinture d'écorce de rhus aromaticus* (Max). — Elle est obtenue par la macération de 200 grammes d'écorce dans 800 grammes d'alcool.

Dose : XX à L gouttes par jour : en dilution dans l'eau.

2° *Teinture de feuilles de rhus aromaticus* (Descroizilles). — Préparée par déplacement avec 200 grammes de feuilles pour 800 grammes d'alcool à 80 degrés.

Dose : XV à LX gouttes par jour ingérées en une ou plusieurs fois et véhiculées dans l'eau.

Ch. Éloy.

REVUE DES COURS ET DES CLINIQUES

Faculté de médecine. — Cours de pathologie interne : M. le professeur Dieulafoy.

Syphilis du poumon et de la plèvre.

(Leçons recueillies par le docteur Fernand Widal, interne des hôpitaux.)

(Suite. — Voyez les n°s 18 et 19.)

3° *Type simulant la sclérose pleuro-broncho-pulmonaire.* — Dans cette forme, la lésion est constituée par une hypertrophie du tissu conjonctif qui forme le stroma du poumon. Un véritable tissu de sclérose est ainsi répandu et disséminé dans tout le parenchyme. Cette *cirrhose pulmonaire syphilitique*, qui cliniquement revêt le plus souvent l'aspect de la broncho-pneumonie chronique vulgaire, présente, en général, les altérations anatomiques suivantes :

Dans un lobe du poumon apparaît un bloc gris rougeâtre, dur, criant sous le scapel, parsemé de bronchectasies ampullaires ou sacciformes, recouvert d'une plèvre très épaissie et avoisinée par des lésions de périostite intercostale.

Parfois le poumon est raviné à sa surface par des sillons qui irradient à la façon des cicatrices que l'on observe sur le foie des syphilitiques; il est encore segmenté dans sa profondeur par de larges bandes de sclérose ayant l'aspect blanc nacré des tendons.

La lésion peut offrir un mode d'agencement très variable :

Elle peut être *purement scléreuse*, sans nodules caséeux ou gommeux apparents.

Elle peut être *scléro-gommeuse*. On découvre alors sur les bronches ou autour d'elles, ou dans le tissu sclérosé péri-lobulaire, des gommes parfois si petites qu'on ne saurait dire alors si ce sont des granulations tuberculeuses ou des gommes microscopiques.

Elle peut revêtir une forme analogue à une pneumopathie des nouveau-nés syphilitiques, que nous aurons à étudier plus tard sous le nom de *pneumonie blanche*.

Le processus de cette sclérose pulmonaire et son histogénèse présentent quelques particularités intéressantes.

La lésion débute le plus souvent autour des bronches de moyen calibre, au niveau même du hile, d'où elle semble irradier dans le parenchyme pulmonaire. Le tissu de nouvelle formation forme ainsi un manchon fibreux, parfois chondroïde autour des bronches et des artérioles qui les accompagnent. Il entoure enfin l'alvéole, puis le lobule pulmonaire lui-même, et constitue, par sa répartition, une broncho-pneumonie véritable.

Au directeur incombait la tâche délicate de présenter la nouvelle œuvre au public. Il le fit dans une *Introduction*, écrite en un style simple et mesuré, où, après avoir fait l'histoire des lexiques et des dictionnaires publiés depuis l'invention de l'imprimerie, et avant de faire connaître le plan de l'*Encyclopédie*, il jette un coup d'œil, « non pas précisément sur l'état présent de la médecine, mais plutôt, pour employer une expression d'outre-Rhin, sur son *devenir*; en un mot il examine brièvement d'où elle vient et où elle va. »

Quelles directions suivent les sciences médicales ? Elles sont, dit excellemment Dechambre, engagées dans des voies neuves; voies d'expérimentation et de pénétrante analyse, où elles semblent se précipiter chaque jour avec plus d'ardeur, et d'où elles ont rapporté déjà un bagage considérable de notions précieuses. Ces notions, sorties de l'analyse, ont permis, par leur précision et leur caractère d'évidence, de constituer nombre de synthèses partielles qui ont éclairé d'un jour magnifique certaines parties, naguère profondément obscures, de la physiologie et de la pathologie (pour ne rappeler que ce qui nous touche le plus). Avec l'accroissement des faits, l'accroissement des termes; avec la révolution des choses, la révolution des mots. La langue médicale a subi un remaniement tel que, sur beaucoup de points, elle n'est plus intelligible à ceux qui ont dormi une quinzaine d'années. Nous voyons, en second lieu, toutes les branches de la science médicale en corrélation étroite, ou, pour emprunter à la philosophie un mot heureux, dans un état forcé d'*interdépendance*, en même temps que chacune d'elles se développe dans une direction particulière; semblable à ces fleurs appelées *diclines*, qui vivent séparées, mais qui, à de certains moments, se rapprochent pour se féconder. »

Des nombreuses monographies qu'il a données dans son *Dictionnaire*, il faut spécialement citer les articles suivants: *Anatomie des beaux-arts*, *Asthénie*, *Déterminisme*, *Eléments morbides*, *Songes*, et enfin *Déontologie*. Ce dernier fut très vivement goûté dès son apparition. Tous les amis de l'auteur, tous ses collaborateurs, tous ceux enfin, qu'avaient impressionnés ces pages d'un sens droit, d'une fine observation et d'une saine morale, l'engagèrent vivement à leur donner le développement du livre. Il résista d'abord à ces amicales

La prolifération conjonctive exerce une action déformante sur les bronchioles, qui peuvent être dilatées ou diminuées de volume. Quant aux alvéoles, elles sont tassées les unes contre les autres, et leur épithélium desquamé est gonflé, trouble et souvent en dégénérescence graisseuse.

D'après Porter, le tissu conjonctif nouvellement formé présente, dans sa texture, les variations suivantes :

1° C'est du tissu fibreux, blanchâtre, ne renfermant que fort peu d'éléments embryonnaires;

2° C'est un tissu moins dense que le précédent, farci de nombreux petits éléments arrondis et présentant, en d'autres points, des éléments fusiformes;

3° Le tissu renferme des éléments nucléaires ressemblant tout à fait à des éléments de sarcome globo-cellulaire;

4° Il offre, au microscope, un aspect granuleux, comme s'il subissait un processus dégénératif.

On n'observe presque jamais de pigmentation du tissu, ce qui prouve bien qu'il ne s'agit pas de pneumokoniose. Malgré cela, sans une périostite saillante à la surface d'un os, sans une lésion gommeuse farcissant un parenchyme, vous n'arriverez jamais à reconnaître anatomiquement la nature de cette cirrhose pulmonaire, qui n'a en elle rien de spécifique.

Si la lésion est difficile à reconnaître pour l'anatomo-pathologiste, elle est plus malaisée encore à dépister pour le clinicien.

On diagnostique bien une broncho-pneumonie chronique aux signes que le malade porte depuis des mois, quelquefois même depuis des années; plus tard, si des crachats abondants et fétides apparaissent, en même temps que s'installent des gargouillements et du souffle caverneux, on reconnaît aisément une dilatation des bronches. Ce diagnostic est facilité d'ailleurs par la connaissance des antécédents pulmonaires et par l'absence de bacilles de Koch dans les crachats. Un médecin soucieux des signes d'auscultation arrive donc à poser un diagnostic anatomique précis, et dit : broncho-pneumonie chronique, état fibroïde du poumon, dilatation des bronches. Mais ce qui lui échappe, c'est l'origine de cette pneumopathie; il ne trouve, pour l'expliquer, ni rougeole, ni coqueluche, ni diphthérie, ni fièvre typhoïde antérieure, et sans l'apparition d'une lésion spécifique du larynx, de la peau, d'un os, d'un parenchyme, la nature syphilitique de la lésion passerait inaperçue.

Cette broncho-pneumonie, dont la marche est en général lente, peut, par exception, procéder par poussées aiguës. Elle est susceptible d'être améliorée rapidement par le traitement anti-syphilitique.

(A suivre.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Un cas de maladie de Morvan (panaris analgésique) suivi d'autopsie, par M. le docteur Prouff (de Morlaix). Examen anatomique par MM. Gombault, médecin de l'hospice d'Ivry et Reboul, interne des hôpitaux. — Communication faite à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 26 avril 1889.

(Fin. — Voyez le numéro 19.)

Autopsie le 12 juin. — Cœur gras, très gros.

Poumons fortement congestionnés, surtout aux bases. Quelques adhérences pleurales aux sommets.

Rate volumineuse diffluente.

Foie augmenté de volume, gros.

Reins congestionnés, gros. Abcès périnéphrétique, volumineux à droite.

Utérus, renferme plusieurs fibromyomes et un polype pédiculé implanté sur la partie moyenne du canal cervical.

Cerveau congestionné. Pas de traces d'hémorrhagies ou de ramollissement.

Dure-mère épaisse, très adhérente à la voûte crânienne.

Sur les plexus choroïdes des deux ventricules latéraux, petite tumeur ovoïde, dure.

Déviations considérables de la colonne vertébrale: scoliose à convexité gauche très prononcée. Courbures de compensation latérales et antéro-postérieures, très accentuées; ces déformations rendent fort difficile l'extraction de la moelle. En plusieurs points, on est obligé d'abandonner le marteau pour se servir de la scie et de cisailles. Infiltration sanguinolente entre les méninges et le canal rachidien, particulièrement dans la région dorsale.

La moelle est recueillie ainsi que les ganglions rachidiens de la région cervico-dorsale. La moelle est plongée dans la liqueur de Muller; quant aux ganglions, les uns sont mis dans le même liquide, les autres sont placés dans une solution d'acide osmique au 100°.

Examen histologique. — A. *Nerfs périphériques.* — 1. *Nerf médian.* — Le nerf médian a été examiné au niveau des doigts (collatéraux), au poignet, à la partie supérieure de l'avant-bras et au niveau du plexus brachial. D'une façon générale, les lésions sont d'autant plus prononcées que l'on se rapproche de la périphérie.

Résultat des dissociations. Nerfs collatéraux des doigts. Il n'y a plus de tubes nerveux normaux. Les quelques tubes qui se colorent par l'acide osmique présentent simplement des boules noires de distance en distance. Le reste du nerf est représenté par des faisceaux conjonctifs complètement dépourvus de myéline et présentant d'assez nombreux noyaux longitudinaux.

Au poignet, la lésion est encore très accentuée: les fibres colorées en noir sont rares et dans toutes celles-ci la myéline est fragmentée.

---

instances; mais convaincu à la fin qu'il y avait un service à rendre à ses confrères, il céda et écrivit ce volume, petit par le format, mais riche par son contenu — *multa paucis* — qu'il intitula simplement *Le Médecin*, en lui donnant pour épigraphe cette noble et fière devise : *Obliquam fuge, ama rectam.*

A l'enseignement de ses devoirs, l'homme préfère généralement l'affirmation de ses droits. Dechambre se garde bien de flatter cette faiblesse de notre nature. Le médecin — il le prouve surabondamment — a beaucoup moins de droits à revendiquer qu'il n'a de devoirs à remplir. Il ne s'agit pas seulement de ces obligations légales qu'il ne saurait enfreindre impunément, mais aussi et surtout de cet ensemble de qualités morales qui ennoblissent notre profession, l'élèvent au-dessus de toutes les autres et lui amènent l'estime. Mais, selon les paroles du maître, « la première condition pour que la dignité médicale soit respectée, c'est que le médecin lui-même en soit pénétré plus que personne. Quand il se sera dit que son importance dans la société, découlant du bien qu'il est appelé à faire, ne doit être employée qu'à faire le bien en réalité, et ne doit pas dégénérer en une force abusive dont les malades aient à souffrir, il aura posé la grande règle de toute sa conduite. « Là où est l'amour des hommes est aussi l'amour de l'art », est-il écrit excellemment dans les *Préceptes d'Hippocrate.* »

Le médecin se trouve constamment en face de situations difficiles, délicates, où sa réputation, son honneur même peuvent être mis en jeu. Dans ces moments d'hésitations et d'incertitudes, plus fréquents qu'on ne l'avoue, n'est-on pas heureux de trouver un guide sûr et éclairé, qui écarte des voies obliques et mène dans le droit chemin? Pour remplir ce rôle élevé, personne plus que Dechambre ne possédait l'autorité morale nécessaire, « cette grande autorité que seule peut conférer une existence digne de l'estime et du respect de tous. Il fallait toujours avoir été honnête. » Il fallait aussi une connaissance approfondie de la nature humaine, une observation aussi perspicace que bienveillante, mais ne se laissant jamais tromper par ce qu'on a appelé avec raison les sophismes du cœur. Grâce à ces qualités, Dechambre était un « directeur » incomparable; il « était devenu l'arbitre suprême et respecté de toutes les dissensions déontologiques ». Son livre, dont on peut dire qu'il est l'homme lui-même, est une sorte de casuistique médicale

A la partie supérieure de l'avant-bras, les fibres nerveuses colorées en noir sont plus abondantes ; un certain nombre d'entre elles présentent les caractères de l'état normal.

Au niveau du plexus, les lésions, si elles existent, sont très légères.

Le nerf médian est considérablement hypertrophié à la main et au poignet. Cette augmentation de volume va en diminuant en s'éloignant de l'extrémité.

Etude des coupes transversales. Sur des coupes transversales pratiquées aux différentes régions indiquées, on constate les lésions suivantes : au doigt, le tissu conjonctif interfasciculaire est beaucoup plus dense et dépourvu de graisse. Les vaisseaux qu'il contient sont épaissis. La gaine lamelleuse a triplé de volume au moins; les faisceaux qu'elle limite sont petits et contiennent à peine un ou deux points noirs indiquant la présence de tubes pourvus de myéline.

Au poignet, l'augmentation considérable de volume des nerfs tient surtout à la grande quantité de tissu conjonctif interfasciculaire qu'il renferme. Ce tissu est dense, presque fibreux et contient de rares pelotons adipeux; les vaisseaux qu'il renferme sont épaissis, leur cavité rétrécie. La gaine lamelleuse est très épaissie, les faisceaux nerveux, petits, ne renferment que très peu de fibres à myéline. Sur certains points, le mode de groupement des fibres nerveuses ou des faisceaux conjonctifs qui les remplacent est complètement modifié : les tubes nerveux forment de très petits faisceaux arrondis, séparés par des tractus conjonctifs denses. Les gaines lamelleuses ne sont plus visibles. L'aspect du nerf rappelle celui que présentent sur les coupes les névromes d'amputation. Dans toute cette partie du nerf, les artères sont profondément altérées, la paroi est épaisse, la cavité rétrécie. La lésion est beaucoup plus prononcée sur les vaisseaux intrafasciculaires; sur nombre d'entre eux, la paroi épaissie a subi une dégénérescence hyaline et souvent la cavité est complètement oblitérée. A la partie supérieure de l'avant-bras, on constate les mêmes modifications, mais moins prononcées : les faisceaux nerveux sont toujours petits, les gaines lamelleuses épaissies, le tissu conjonctif interfasciculaire dense.

Au niveau du plexus, le mode d'arrangement du nerf rappelle celui d'un nerf normal. On constate cependant que les cylindres-axes, colorés par le carmin, sont beaucoup moins nombreux qu'à l'état normal.

2. *Nerf cubital.* — Le nerf cubital, examiné de la même façon, montre des lésions analogues, mais beaucoup moins prononcées.

3. *Nerf sciatique poplité interne.* — Examiné sur des coupes transversales, ne présente pas de lésions.

B. *Racines rachidiennes.* — 1. *Ganglions rachidiens.* — Les cellules nerveuses sont normales et nombreuses. Le tissu conjonctif n'a pas augmenté en quantité.

2. *Racines rachidiennes.* — A l'aide des dissociations, on n'a trouvé de modification que dans les racines antérieures cervicales qui renferment un certain nombre de fibres privées de myéline. Sur des coupes transversales, on constate qu'à la région lombaire les racines antérieures sont normales, tandis que les racines postérieures, un grand nombre de fibres, ne présentent pas de cylindres-axes colorés.

C. *Moelle épinière.* — En raison de nombreuses courbures de la colonne vertébrale, l'extraction de la moelle épinière a présenté de grandes difficultés. Aussi, sur bien des points, l'organe a-t-il été atteint par le marteau et plus ou moins écrasé. Cependant il a été extrait complètement, durci en masse et a pu, après inclusion dans le collodion, être coupé et examiné dans toutes ses parties. Si donc l'examen a été malaisé, il a été complet, et, si certains détails n'ont pu être absolument élucidés, nous pouvons être affirmatifs quant à la présence ou à l'absence des lésions importantes.

Du reste, un premier examen par dissociation a été pratiqué presque à l'état frais (après deux jours de macération dans le bichromate de potasse). Cet examen a porté sur les différentes régions et plus spécialement sur les parties effondrées. Il a été négatif en ce sens qu'il n'a révélé l'existence ni de corps granuleux, ni de cellules araignées ; il a montré, de plus, que le détritus des parties contuses était formé principalement par la substance des tubes nerveux, à savoir par des boyaux de myéline et des fragments de cylindres-axes.

Il existe cependant des lésions de la moelle, ainsi que le montre l'étude des coupes transversales.

1. *Région cervicale supérieure.* — Un tractus scléreux peu compact, mais très net, occupe le cordon de Goll. Toutes les autres régions sont saines. Seuls les tractus périvasculaires y sont élargis. La pie-mère est épaissie.

2. *Renflement cervical.* — Epaississement de la pie-mère et des tractus périvasculaires. Les sillons médians antérieur et postérieur, surtout ce dernier, sont occupés par une large bande fibreuse renfermant des vaisseaux à cavité rétrécie, presque oblitérée. Toute la zone corticale de la moelle est légèrement sclérosée, les cordons latéraux sont sains, à part l'élargissement des tractus périvasculaires. Les cornes antérieures ont leur volume normal, les cellules nerveuses y sont nombreuses et très volumineuses; quelques-unes d'entre elles sont arrondies, privées de prolongements et de noyaux, leur protoplasma est homogène, réfringent, non granuleux. Les cornes postérieures sont petites, uniformément rouges, leur tissu est dense, scléreux. Les filets radiculaires qui les traversent d'habitude ne sont pas visibles. Le cordon de Goll est manifestement sclérosé Les zones radiculaires postérieures renferment beaucoup de tissu interstitiel; ce tissu est surtout abondant autour des vaisseaux dont les parois sont très épaisses, la cavité rétrécie, parfois oblitérée, mais il est aussi plus abondant que de coutume dans l'intervalle des tubes. Toutefois, il ne s'agit pas d'une sclérose avec rétraction. Le canal central est très volumineux, complètement rempli de petites cellules. La substance grise centrale épaisse renferme beaucoup plus de fibrilles conjonctives, beaucoup moins de tubes nerveux qu'à l'état normal. Sur beaucoup de coupes, on constate un effondrement de la région centrale qui est réduite en détritus; souvent cette région centrale est occupée par une cavité émettant en arrière, de chaque côté, un prolongement qui suit la direction de la corne postérieure. Un certain nombre de fissures partent en rayonnant dans tous les sens des différents points de cette cavité et de ses prolongements; mais on peut s'assurer que la cavité n'est pas préformée dans la moelle, qu'elle résulte des manipulations, qu'elle est le résultat du départ des détritus qui

---

qu'on ne consulte jamais en vain. Tous les cas de conscience professionnels, depuis les plus simples jusqu'aux plus complexes, y trouvent une solution, toujours dictée par le bon sens, l'honneur et la justice, qu'il s'agisse du devoir du médecin vis-à-vis de lui-même ou de ses relations avec ses clients et ses confrères. Tout jeune docteur, en quittant les bancs de l'Ecole, devrait se munir, comme d'un talisman, de ce code des devoirs et des droits de notre profession. N'est-ce pas le plus bel éloge à faire de l'œuvre de notre regretté collègue ?

De si importants travaux faits concurremment ne se mènent point, on peut le penser, sans une existence d'une invariable régularité. Littré, ce bénédictin laïque, travaillait habituellement de nuit; il se mettait à l'ouvrage vers sept heures du soir, après un frugal repas, et, pendant plus de vingt ans, il ne s'est jamais couché avant trois heures du matin. Dechambre, lui, se levait lorsque Littré se couchait. Dès l'aube, en été, et bien avant l'aube, en hiver, il était à sa table de travail. C'est durant ces premières heures du jour, dont le calme est si propre à la méditation, qu'il écrivait ses articles du journal et du *Dictionnaire*. La journée était occupée par la clientèle, les devoirs académiques, les recherches; quelques-unes de ses soirées étaient données au monde, à des amis, à des élèves, heureux de le posséder, mais il se retirait toujours à une heure déterminée, qu'on ne pouvait lui faire passer. Une de ses soirées était consacrée à son excellent ami Brochin ; c'était celle du mercredi. Après avoir donné le bon à tirer du numéro de la *Gazette*, il se rencontrait avec lui dans un restaurant du quartier du Luxembourg. C'étaient deux esprits faits pour s'entendre, deux natures qui, en se rencontrant, devaient se lier d'une amitié que le temps et les circonstances ne parvinrent ni à interrompre, ni à refroidir. N'ont-elles pas quelque chose de touchant ces agapes fraternelles, réunissant périodiquement ces deux amis que les exigences d'une vie occupée tenaient séparés l'un de l'autre?

Tous ceux qui ont connu Dechambre, et qui l'ont approché, n'oublieront jamais son abord réservé, presque froid, sa figure impassible à la bouche railleuse, aux yeux vifs, brillants derrière les lunettes. Mais, lorsqu'on avait le bonheur d'entrer dans son intimité, on n'était pas peu surpris de trouver, sous cette froideur et cette réserve, le cœur le plus chaud, l'intelli-

l'encombraient; on peut facilement, du reste, constater directement ce départ. Les bords des différentes pertes de substance sont irréguliers, déchiquetés; ils sont formés par la substance nerveuse; nulle part on ne constate de membrane limitante. Le détritus, quand on peut le conserver sur la préparation, est formé par un mélange de tubes nerveux et de tractus conjonctifs, surtout des tractus périvasculaires.

3. *Région dorsale.* — Le cordon postérieur est légèrement sclérosé ainsi que la zone corticale. Pie-mère épaissie. Les tractus vasculaires qui sillonnent la coupe sont fibreux et épais. Le maximum de la lésion se rencontre dans les cordons postérieurs.

4. *Renflement lombaire.* — Sclérose très légère des cordons postérieurs. La substance de la corne postérieure est dense. Les fibres nerveuses y sont rares. Les cellules des cornes antérieures sont nombreuses et normales.

Le bulbe rachidien est absolument sain.

Ainsi qu'on a pu le voir, notre observation rentre bien dans la catégorie des faits qui ont été groupés par M. le docteur Morvan sous la dénomination de panaris analgésique ou paréso-analgésie des membres supérieurs. Nous pouvons du reste, à cet égard, invoquer l'autorité de M. Morvan qui, à plusieurs reprises, a examiné la malade.

Il s'agit d'une femme chez laquelle, à l'âge de douze ans, en même temps que s'établissait une scoliose, se montrait un premier panaris. Puis, à des intervalles variables, les panaris se sont succédé, produisant sur les doigts des deux mains des mutilations profondes. Il faut joindre à ces premiers symptômes l'existence de troubles trophiques portant sur la peau des mains et sur les muscles des éminences thénar; des troubles de la sensibilité (analgésie, thermo-anesthésie), occupant les mains et les avant-bras; la perte de la notion de position dans les membres supérieurs. On doit noter enfin la marche progressive des accidents, leur localisation exclusive aux membres supérieurs, l'évolution très lente de la maladie qui n'a, somme toute, amené la mort qu'accidentellement, par le fait d'un complication, l'infection purulente survenue à la suite de l'un des panaris.

Au point de vue anatomique, le fait le plus important est assurément: 1° la coexistence de lésions portant à la fois sur les nerfs périphériques et sur la moelle épinière; 2° d'autre part, la prédominance très marquée, sinon la présence exclusive de ces lésions dans le renflement cervical de la moelle et dans les nerfs des membres supérieurs, c'est-à-dire dans les parties du système nerveux correspondant aux régions où les symptômes ont été plus précoces et plus marqués.

La lésion des nerfs consiste dans une production exubérante de tissu conjonctif s'accompagnant de la dégénérescence, et en fin de compte de la disparition d'un grand nombre de tubes nerveux. Elle se distribue de telle façon que, présentant son maximum de développement à la périphérie, elle s'atténue progressivement au fur et à mesure qu'on se rapproche de la racine du membre offrant ainsi le mode de disposition assigné à la névrite ascendante.

Le résultat des constatations faites à propos du premier cas, à savoir l'existence d'une névrite périphérique, se trouve donc confirmé. Nous sommes, de plus, renseignés sur le mode de distribution de cette névrite. Elle est beaucoup plus prononcée dans le nerf correspondant aux parties les plus malades, mais, de plus, elle est loin d'atteindre les troncs nerveux. Sur toute leur étendue, même au niveau du nerf le plus altéré, elle reste cantonnée à la périphérie.

Dans la moelle épinière, il s'agit d'un développement anormal de tissu interstitiel occupant le cordon postérieur, les cornes postérieures et probablement aussi la substance grise centrale. Cette sclérose s'accompagne d'un épaississement des parois vasculaires, pouvant aller sur certains points jusqu'à l'oblitération presque complète des vaisseaux. Il est certain que la production de tissu conjonctif n'affecte nulle part le mode de disposition d'une tumeur isolée ou isolable. Il y a partout mélange intime des deux substances nerveuse et conjonctive. La question de savoir s'il n'existait pas au sein de la substance grise centrale des cavités accidentelles, analogues à celles qui caractérisent la syringomyélie, est plus difficile à juger d'une façon définitive, parce que la moelle a été, sur bien des points, contusionnée pendant les manœuvres nécessitées par l'extraction. On peut cependant se prononcer contre l'existence d'une syringomyélie, en tenant compte des considérations suivantes. Les déformations constatées sont identiques, comme mode de disposition, à celles qui résultent du coup de marteau. Les cavités ne sont nulle part limitées par une membrane, ni même par une condensation manifeste du tissu conjonctif. Enfin, le contenu des cavités est formé par des débris de tubes nerveux nettement reconnaissables.

Du reste, la lésion dans la moelle est prédominante au niveau du renflement cervical, mais elle n'est pas limitée au renflement. L'épaississement des parois vasculaires et du tissu interstitiel se retrouve jusque dans la région lombaire, moins prononcé, il est vrai, mais toujours plus marqué au niveau des parties postérieures de la moelle. L'épaississement de la pie-mère est, d'autre part, uniforme et généralisé à toute la longueur de l'organe.

Nous ne nous croyons pas autorisés à trancher la question de savoir si la lésion médullaire a déterminé celle des nerfs périphériques, ou si, au contraire, elle n'est pas la conséquence de cette dernière. Le fait de la double localisation nous paraît, pour le moment, devoir être seul retenu. Il y a

---

gence la plus enthousiaste; on se donnait alors tout entier. Il excitait des affections respectueuses, des amitiés fidèles, dont à défaut de famille — Dechambre ne s'était jamais marié — il sentait tout le prix. Pour nous, les jeunes, il y avait comme de la vénération dans les sentiments qu'il nous inspirait. Et c'était justice; n'était-il pas pour nous l'image vivante de l'honnêteté et de la probité médicales, dans leur acception la plus élevée?

Ce qui donnait encore plus d'agrément et de charme à son commerce, c'était la variété de sa culture intellectuelle. D'une érudition très étendue, il avait un goût particulier pour l'art et la littérature de la Grèce et de Rome. Il excellait particulièrement à traiter ces questions médicales qui sont sur les confins de l'archéologie et de l'histoire. Les juges les plus compétents ont favorablement accueilli sa savante *Étude sur le caractère de la figure d'Alexandre le Grand et de celle de Zénon*, et ont apprécié les recherches qu'il a publiées, en collaboration avec M. Charcot, sur *Quelques marbres antiques concernant des études anatomiques*. On n'a pas oublié non plus ses mémoires sur la *Maladie de François Ier*, sur le *Service de santé militaire chez les Romains*, sur le *Pansement chez les anciens*, sur d'autres points historiques encore, qui tous, portent la marque d'un sens critique très juste, mis au service d'une érudition de bon aloi.

Comme tous les esprits élevés, Dechambre avait une prédilection pour la poésie; avec Voltaire, il pensait que « si elle occupe un si haut rang parmi les beaux-arts », c'est qu'elle est « la musique de l'âme, et surtout des âmes grandes et sensibles ». Poète à ses heures, rompu aux mille difficultés de la versification, il a écrit un grand nombre de petits poèmes, des fables, des nouvelles. Les pièces qu'il a publiées, l'*Ode à Bichat*, un *Episode de la vie médicale*, les *Commandements du médecin*, d'autres encore, prouvent une fois de plus, après Haller, après Littré, que « le positivisme des sciences naturelles n'exclut pas l'inspiration poétique ».

Dechambre avait gardé de sa jeunesse un goût très vif pour le théâtre. Il en parlait volontiers et les jugements, pleins d'aperçus ingénieux, qu'il portait sur l'art dramatique contemporain, montraient qu'il était bien au courant de cette partie si riche et si variée de notre littérature. Rien de ce qui con-

lieu de faire remarquer toutefois qu'il y a disproportion entre l'intensité des deux lésions, celle des nerfs étant extrêmement prononcée, grossière en quelque sorte, celle de la moelle étant, non pas douteuse, mais beaucoup moins marquée. Nous pensons qu'il ne s'agit pas là d'un fait exceptionnel, que des affections très diverses présentent avec la maladie de Morvan cette ressemblance, qu'elles sont caractérisées, au point de vue clinique, par des troubles de la sensibilité et de la nutrition auxquels correspond une double localisation anatomique, très marquée dans les nerfs périphériques, moins accentuée, mais indiscutable au niveau des régions postérieures de la moelle.

Syphiliographie.

Folie et paralysie générale syphilitiques, par M. Charles Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi.

Il n'existe pas une seule détermination de la syphilis sur le cerveau qui ne porte une atteinte plus ou moins sérieuse et durable aux facultés psychiques.

Les cas où elles sont très peu touchées, à peine, ou même pas du tout, en apparence du moins, sont exceptionnels. Tôt ou tard l'intelligence est englobée dans le processus comme tout le reste.

Par contre, elle n'est que fort rarement attaquée seule, d'emblée et sans qu'aucun autre phénomène nerveux, paralytique ou convulsif, entre en scène, et vienne attester la *matérialité* de la lésion. — Elle ne s'envole pas pour longtemps, en toute liberté et à tire-d'aile, dans les espaces illimités de la folie. Ses perversions, même les plus dégagées du complexus habituel des cérébrosyphiloses, ont en elles quelque chose qui contrarie leur essor, rend leur allure équivoque et lourde, comprime ou étouffe leur libre expansion et empêche leur fantaisie délirante de s'égarer un peu partout, ou bien de se systématiser constamment dans telle ou telle direction. Ce qu'elles pourraient avoir par hasard d'imaginatif, de fantasque, je dirais presque d'exquis, de subtil ou d'effréné en leur divagation, comme les grandes vésanies, retombe bientôt dans le terre à terre et la platitude de cette déchéance psychique, où l'idéation de plus en plus raréfiée et appesantie s'embourbe aux basfonds de l'ineptie, de l'incohérence, de l'abrutissement qui précèdent son extinction définitive.

Lorsque le virus syphilitique attaque l'intelligence, il laisse toujours sur un point quelconque de l'encéphale des traces matérielles de son action. Il n'agit pas d'une façon mystérieuse et virtuelle. Il ne donne pas lieu directement et sans aucun intermédiaire à des *folies essentielles*. Aussi les aliénistes français ont-ils eu grandement raison de rejeter hors du domaine de la folie proprement dite ces pseudo-folies syphilitiques qu'on a tenté souvent, surtout à l'étranger, d'y faire entrer par force. En admettant que toutes les formes si variées du désordre mental puissent être l'expression presque unique et quelquefois primitive de certaines cérébrosyphiloses extraordinaires, il se produira infailliblement tôt ou tard deux circonstances de nature à révéler leur origine : la première, c'est l'association pathognomonique d'autres troubles encéphaliques dont la provenance ne laisse aucun doute; la seconde, c'est l'altération du type qui ne conserve jamais pendant toute l'évolution la netteté qu'il présente dans la folie pure.

Presque toujours l'affection mentale n'est qu'un accessoire de l'encéphalopathie syphilitique, une décadence qui tantôt marche parallèlement à celle des autres fonctions nerveuses avec calme et continuité, tantôt se détache violemment sur ce fond sombre par des éclairs de délire, de manie, de mélancolie, de lypémanie, mais qui loin de dominer l'ensemble lui est ou lui devient tôt ou tard subordonnée.

N'a-t-on pas singulièrement exagéré depuis quelques années la fréquence des psychosyphiloses? Voit-on beaucoup de cérébropathes syphilitiques chez lesquels les conceptions délirantes soient constamment orientées en une direction fixe et invariable? Sans doute quelques-uns de ces malades tombent dans la mélancolie, l'hypochondrie, et vont même jusqu'à l'exaltation extrême des idées et à la fureur des actes. Mais bientôt l'hébétude, l'abrutissement, l'absurdité, la bizarrerie, l'incohérence submergent l'excitation, et tous ces phénomènes de folie finissent par se noyer dans l'état mental du ramollissement.

Et puis, les manies vraies qui surviennent chez un syphilitique sont-elles forcément une émanation de sa maladie? La syphilis ne pourrait-elle pas, là comme dans beaucoup d'autres états morbides, ne jouer que le rôle de cause incitatrice?

Eh bien, c'est ce qu'elle fait probablement dans une grande maladie, la *paralysie générale*, dont on a eu le tort de la rendre trop souvent responsable. Que chez les sujets prédisposés elle en provoque le développement au même titre que les causes communes débilitantes ou perturbatrices, on est en droit de l'admettre dans une certaine limite. Mais que son action pathogénique sur le cerveau aille jusqu'à créer de toutes pièces la vraie paralysie générale, celle qui possède cette physionomie si typique qu'ont découverte et décrite Bayle et Calmeil, voilà ce que l'immense majorité des syphiliographes et des aliénistes se refuse à admettre.

---

cerne l'humanité, aimait-il à répéter après Bacon, ne doit être étranger au médecin. Mais les meilleures productions de ce temps lui paraissaient inférieures à celles du dix-septième siècle. Il avait conservé son amour de jeunesse pour nos grands tragiques qu'il avait entendu interpréter par Rachel; il en savait par cœur les plus beaux passages et c'était un charme de l'entendre dire quelque tirade de *Bérénice* avec les inflexions de voix de la grande tragédienne : on saisissait mieux les nuances délicates des sentiments exprimés dans les vers exquis de Racine.

« Si le bonheur qu'on cherche est le prix du vrai sage », selon la parole de Voltaire, Dechambre a dû être un homme heureux. Vrai sage, en effet, il l'était. Modéré dans ses désirs et ses ambitions, il mettait bien au-dessus des distinctions et des honneurs qui étaient venus à lui, ces satisfactions intimes que procure le devoir accompli, ces jouissances profondes que donne le travail intellectuel. Heureux, il l'était ; car il voyait prospérer les œuvres auxquelles il avait consacré le meilleur de son temps, le meilleur de lui-même; il se voyait entouré d'amis anciens ou nouveaux, vieux ou jeunes, qui avaient tous pour lui une affectueuse déférence : se sentir estimé et aimé de ceux que soi-même on aime et on estime, n'est-ce pas là un élément du bonheur?

Le 5 avril 1885, les collaborateurs de Dechambre se réunirent et décidèrent de faire exécuter son buste, comme un hommage affectueux de leur admiration et de leur respect. Une souscription fut ouverte : ses listes se couvrirent rapidement; on y trouve les noms les plus illustres du corps médical, en même temps que ceux de tous les amis de notre collègue.

Dechambre se montra très sensible à cette touchante manifestation : il en ressentit aussi un juste sentiment de fierté. Nous attendions avec impatience la date fixée par lui de la fête qui devait rassembler tous ceux qui l'avaient connu et aimé. Quelques jours à peine nous en séparaient, lorsque le 20 décembre 1885, il fut frappé d'apoplexie. Les soins les plus intelligents et les plus assidus ne purent enrayer le mal, il était sans remède.

« Sentant sa mort prochaine », Dechambre voulut remplir un dernier devoir. De ses deux œuvres, la première, la *Gazette hebdomadaire*, était en pleine prospérité, la seconde, le *Diction-*

La syphilis donne lieu, ainsi que je l'ai dit depuis longtemps, à des paralysies généralisées entremêlées de certains états psychiques variables et flottants, plutôt qu'à cette cérébropathie si arrêtée dans ses lignes, si persistante dans ses tendances, si concrète et si constamment identique à elle-même dans toutes ses lésions, qu'on désigne sous le nom de paralysie générale. — Cette entité morbide peut être simulée par quelques cérébropathies spécifiques; mais elle conserve toujours son autonomie, et le virus syphilitique, de quelque façon qu'il s'y prenne pour attaquer le cerveau, ne peut pas la lui enlever. Il est possible que dans l'innombrable variété de ses combinaisons il se rapproche d'elle fortuitement. Arrive-t-il jamais à la création parfaite et intégrale du type dans toute sa pureté?

Lorsque l'envahissement progressif des centres nerveux par la syphilis a diminué, anéanti ou bouleversé toutes les activités nerveuses dans leur synergie fonctionnelle, n'importe quels désordres névropathiques peuvent se rencontrer. C'est un chaos surprenant de symptômes paralytiques, psychiques, sensoriaux, auquel rien ne manque, sauf la *coordination phénoménale*, la *systématisation* de tels ou tels accidents dont la prédominance marque certaines maladies d'une empreinte ineffaçable. La folie, la paralysie générale, l'ataxie locomotrice progressive ne sont pas, dans leur type pur et immuable, des enfants *légitimes* de la syphilis. Ce qu'elle produit dans ce genre-là, ce sont des états morbides *bâtards*. Ils se rapprochent sans doute quelquefois beaucoup de ces affections; ils leur ressemblent par moments d'une façon surprenante; mais regardez-y de près : tôt ou tard vous verrez apparaître les signes différentiels qui les distinguent et dissipent une confusion momentanée.

Première partie. — *Folie syphilitique.*

Les troubles psychiques produits par la syphilis sont si variés, si nombreux et entremêlés dans un complexus si inextricable, qu'il est difficile de les classer. Les uns se développent lentement et d'une façon continue, sous la forme d'une diminution des facultés intellectuelles, d'une dépression mentale progressive, qui aboutit à l'hébétude et à l'abrutissement. D'autres plus soudains dans leur début, plus vifs, plus intenses, plus vibrants, jettent tout de suite le cerveau dans l'exaltation et le conduisent par étapes rapides aux délires aigus de la folie.

A. Les premiers sont de beaucoup les plus communs et les plus authentiques. Ce sont ces phénomènes de *dépression intellectuelle et morale* qu'on rencontre dans presque toutes les cérébropathies. L'affaissement des facultés psychiques, même lorsqu'il devient prédominant et occupe la première place au milieu des autres symptômes nerveux, ne s'accompagne point de perversion mentale, d'incohérence et de délire. Les idées sont rares, lentes, paresseuses, alourdies et semblent se dégager péniblement d'un cerveau devenu incapable d'une conception suivie. La mémoire (1), qui de toutes les facultés est dans les cérébropathies spécifiques, quelle qu'en soit la forme, la première et la plus profondément atteinte, ne peut plus réunir ces ébauches d'idées. Il en résulte pour les paroles et pour les actes, des oublis, des maladresses, des lacunes, de l'inattention, etc., qui constituent une véritable déchéance intellectuelle dont le patient a conscience quand elle est faible, mais à laquelle il s'accoutume et qui finit, à mesure qu'elle s'accentue, par lui enlever peu à peu, même la notion intime de son *moi* et des changements profonds qui s'y produisent. Parallèlement à ces troubles psychiques se développent des troubles moraux, dans une gamme qui, pour être tranquille, n'en est pas moins très frappante. Concentration, taciturnité, indifférence pour soi-même et pour les siens, misanthropie, alternatives de paresse ou d'agitation sans motifs, avec des impatiences ou des colères hors de propos : c'est là ce qu'on observe habituellement.

Accentuez le degré de cette première série de phénomènes psychiques; exagérez, par exemple, l'agitation, les bizarreries, les balourdises, les contresens, les bévues dans les paroles et dans les actes, et vous aurez une sorte d'état vésanique vague, généralisé, sans tendance monomaniaque, avec un fond d'incohérence, calme et permanent, sur lequel apparaissent parfois çà et là, tremblottent et s'éloignent comme d'éphémères phosphorescences, quelques échappées

(1) L'affaiblissement de la mémoire est un phénomène capital dont j'ai plusieurs fois, dans mes études sur les encéphalopathies syphilitiques, fait ressortir toute l'importance. Il est souvent très précoce et, à lui seul, en l'absence de tout autre symptôme, il doit faire craindre chez un syphilitique l'invasion probable et prochaine d'une cérébropathie. Aussi mérite-t-il d'être recherché et étudié avec le plus grand soin.

D'ordinaire, la mémoire s'affaiblit peu à peu. Parfois elle revient brusquement; c'est comme une lumière qui se ranime, vive, éphémère, inattendue; puis elle rentre dans son demi-jour ou dans ses ténèbres. Il y a là des alternatives de mieux et plus mal, vraiment singulières et inexplicables comme dans l'aphasie. Chaque attaque de cérébropathie est un coup pour la mémoire et précipite les progrès de l'*amnésie*. L'abolition instantanée, absolue, coupe court dans certains cas à la diminution progressive ou hésitante.

La mémoire peut faire défaut pour certains faits, les plus récents, par exemple, et les plus personnels, tandis qu'elle reste intacte pour des événements anciens et indifférents. Toutes ces particularités ne sont point exclusivement propres à la syphilose cérébrale; elles s'observent dans les cérébropathies de n'importe quelle provenance. Dans toutes, quels qu'en soit le siège et la nature, il est rare que la mémoire ne soit pas atteinte. Comment s'en étonner? N'est-ce pas la faculté la plus générale, la faculté maîtresse? Sans elle que deviendraient les autres? Elle paraît avoir ses racines dans chacune des parties de la masse encéphalique. Le cerveau de tous les animaux en est doué, même celui des plus obtus et des plus bas placés dans l'échelle des êtres, sur les confins du monde végétal. Ne semble-t-elle pas projeter quelque vague lueur d'intelligence sur les instincts obscurs et primordiaux de la matière organique animée du moindre souffle de vie?

---

naire encyclopédique, n'était pas encore terminé. Pour continuer l'une et compléter l'autre, il lui fallait un digne successeur. Il voulut l'indiquer lui-même. Son choix tomba sur M. le docteur Lereboullet, qui, depuis plus de douze ans, vivait dans l'intimité du maître. Ces relations de tous les instants lui avaient permis d'apprécier les mérites de ce médecin distingué, ses connaissances étendues, son aptitude au travail et ses qualités d'écrivain. En lui transmettant son héritage intellectuel, il savait le léguer à des mains pieuses qui ne le laisseraient pas dépérir. Peu d'heures après avoir accompli cet acte suprême, Dechambre s'éteignit. C'était le 4 janvier 1886; huit jours à peine le séparaient de sa soixante-quatorzième année.

Je n'oublierai jamais cette sombre et froide journée de janvier, où nous conduisîmes à sa dernière demeure le maître regretté. Je vois encore devant sa tombe plusieurs générations d'amis, qui, tous, étaient envahis d'une tristesse douloureuse à la pensée qu'ils ne le reverraient plus. C'est la poitrine oppressée et les yeux pleins de larmes qu'ils s'éloignèrent, les discours prononcés, du lieu de son éternel repos.

Mais Dechambre n'est pas mort tout entier; la meilleure partie de lui-même n'est pas descendue dans son tombeau. La mémoire de ses belles et nobles qualités de cœur et d'esprit sera conservée par tous ceux qui l'ont connu ; et, lorsque à leur tour ils auront disparu, la médecine, à laquelle il a rendu de si éminents services, se souviendra encore de lui.

Corps de santé militaire. — Sont nommés :

Au grade de médecin-major de première classe: M. Duponchel, professeur agrégé à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires à Paris.

Au grade de médecin-major de deuxième classe: MM. Raynal, Carlier, Lepagnez, Basin, Salebert, Boucher, Debrie, Tayac, médecins aides-majors.

Septième session de la Société française d'ophthalmologie en 1889. — La septième session de la Société française d'ophthalmologie se tiendra à Paris du 8 au 12 août prochain.

d'une aberration plus vive, mais que n'interrompent point, brusquement ou peu à peu, ni un délire véhément, ni une folie systématisée dans tel ou tel sens.

Voilà les troubles pschiques que présentent la plupart de ces cérébrosyphiloses. Ils sont continus et progressifs dans leur ensemble, et ils aboutissent fatalement, si on n'intervient pas et même trop souvent malgré la médication spécifique, à une décadence intellectuelle et morale complète, irrémédiable, définitive. Cependant il y a des moments d'accalmie spontanée chez quelques-uns de ces psychopathes, une sorte d'intermittence ou plutôt de rémittence, comme on l'observe, mais peut-être pas autant, dans les autres troubles nerveux concomitants. La raison et la déraison s'entre-choquent; le cerveau, dans un accès de lucidité, se ressaisit en tout ou en partie. La divagation cesse, la mémoire revient, le jugement se corrige, etc. Espoir décevant! L'hébétude et l'incohérence ne tardent pas à reprendre le dessus; et qu'il y ait des saccades ou de la permanence dans le trouble mental, l'intelligence n'en marche pas moins fatalement à la démence qui est le dernier terme de tous les processus psychopathiques de la syphilis.

Avant d'y arriver, ce trouble mental qui déprime et désaccorde tout à la fois les facultés intellectuelles et morales, sans bruit, à la sourdine, en rompant sur tous les points l'harmonie, l'enchaînement des idées, des paroles, des actes, des sentiments dans les plus petites comme dans les plus grandes choses, quitte parfois son allure calme, et s'engage timidement dans une monomanie systématique ou bien s'y élance d'un bond. L'hypochondrie, la lypémanie, la mélancolie, certaines idées fixes sans fondement, quelques tendances au suicide, telles sont les formes de délire plus ou moins aigu qui, de temps en temps, mais dans des cas très exceptionnels, viennent rompre l'uniformité et la monotonie du processus habituel.

Cette forme de psychosyphilose est ordinairement précédée, accompagnée et surtout suivie, même quand elle est prédominante, d'un ou de plusieurs symptômes paralytiques ou convulsifs qui forment un syndrome, variable dans ses éléments mais toujours caractéristique, dont elle est le point culminant. Elle se dégage quelquefois des associations qui avaient signalé son début et reste la seule expression phénoménale de la cérébropathie. C'est ce qui était arrivé dans le cas suivant : on me conduisit, en 1888, un jeune homme dont l'aspect florissant et calme n'annonçait rien de cérébral. Il me déclara qu'il n'avait jamais été malade et répondit très posément et sans le moindre embarras à toutes mes questions, dans un sens négatif. Ces assertions toujours répétées sur le même ton et d'une façon un peu niaise me firent bientôt voir que j'avais affaire à un psychopathe et il ne me fut pas difficile de découvrir la provenance de son affection cérébrale, car sa peau était encore tachetée par les macules d'une syphilide papulo-tuberculeuse confluente. La personne qui l'accompagnait me dit que cet homme était tombé dans un état mental qui le rendait incapable de gérer ses affaires et qu'il avait eu six mois auparavant une attaque d'aphasie et d'hémiplégie droite. Il n'en restait aucune trace.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

M. le professeur Verneuil a bien voulu offrir à l'Académie des sciences le dernier fascicule du *Dictionnaire encyclopédique* et faire cette présentation dans les termes suivants : « J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de l'Académie un volume dont l'apparition fera époque dans les annales bibliographiques de ce siècle. Je veux parler du dernier fascicule du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.* Cet ouvrage ne comprend pas moins de DEUX CENTS fascicules du format et des dimensions de celui-ci.

« La publication a commencé le 24 juin 1864, elle vient de finir le 20 avril dernier, elle représente un travail gigantesque et jamais monument scientifique pareil n'avait été élevé en l'honneur des connaissances biologiques.

« Le premier directeur de l'œuvre, le regretté Dechambre, n'a pas eu le bonheur de la voir achevée, mais grâce à M. le docteur Lereboullet, continuateur de son œuvre, et à MM. Georges Masson, Asselin et Houzeau, éditeurs, dont le dévouement à la science est si connu, l'édifice est terminé, attestant la puissante productivité des ouvriers français. »

Nouvelles expériences sur l'accroissement des os longs après l'ablation d'un des cartilages de conjugaison et sur l'hyperplasie compensatrice par le cartilage conservé, par M. *Ollier*. — D'anciennes expériences faites par M. Ollier et relatives à l'ablation des cartilages de conjugaison des os longs ont démontré que l'arrêt de l'accroissement longitudinal était absolu et définitif après l'ablation des deux cartilages, et proportionnel à l'importance physiologique du cartilage conservé dans le cas où un seul de ces organes avait été détruit ou enlevé.

Ces deux propositions expérimentales ont été confirmées par l'étude des ostéites spontanées et les résultats des résections sur l'homme. Mais à diverses reprises des faits contradictoires en apparence avaient fait supposer qu'il n'en était pas toujours ainsi.

Ayant observé, après une résection totale du coude, un humérus un peu plus long que l'humérus du côté sain et ne pouvant attribuer cet excès d'accroissement à une reproduction exubérante de la partie enlevée (la masse des parties néoformées étant moins haute que la masse réséquée), l'auteur en a conclu, après expérimentation, qu'un fait nouveau permettait de donner une explication des exceptions à la règle posée.

Ce fait nouveau, c'est l'hyperplasie compensatrice qui se produit dans le cartilage de conjugaison restant après la résection ultra-épiphysaire d'une extrémité de l'os. « Pour le démontrer, nous avons eu recours, dit M. Ollier, au procédé du clou médian, c'est-à-dire implanté au milieu de la longueur de l'os, sur de jeunes animaux, auxquels nous pratiquons ensuite une résection ultra-épiphysaire. Dans ce but, nous implantons, le même jour, au milieu de l'humérus (nous prendrons aujourd'hui cet os seul, par exemple) et sur chaque membre, un clou de plomb solidement fixé, et nous pratiquons ensuite, *d'un côté seulement*, la résection de l'extrémité cubitale. Nous laissons vivre l'animal un temps suffisant pour que le squelette ait notablement grandi (deux, trois, quatre mois selon l'espèce), et, à l'autopsie, nous constatons que le clou se trouve sensiblement plus éloigné de l'extrémité supérieure que du bout inférieur de l'os. Comme il ne peut y avoir ici d'accroissement interstitiel et que le cartilage de conjugaison est le seul organe de l'accroissement longitudinal, il n'y avait qu'une conclusion à tirer de cette expérience : c'est que le cartilage de conjugaison conservé avait éprouvé une suractivité végétative et que cette hyperplasie pouvait être un élément précieux pour diminuer les déficits résultant directement de la résection.

« Cette hyperplasie compensatrice peut être portée assez loin pour diminuer d'une manière très sensible, en dehors de toute reproduction osseuse, le déficit résultant d'une résection ultra-épiphysaire. Pour l'humérus, par exemple, elle peut représenter le quart et même le tiers de l'accroissement physiologique pendant la durée de l'expérience et augmenter de 2 centimètres et 3 centimètres un os qui normalement n'aurait dû s'allonger que de 8 ou 9 centimètres par l'extrémité conservée.

« Mais cette hyperplasie compensatrice n'est pas constante. Outre qu'il s'agit là d'un phénomène de réaction qui pourra varier beaucoup chez l'homme, d'un sujet à un autre, elle est subordonnée à d'autres conditions plus facilement calculables qu'il importe de déterminer pour les explications chirurgicales et pour l'interprétation rationnelle des difformités consécutives aux lésions spontanées survenues dans l'enfance. Elle ne se produit d'une manière sensible que lorsque le membre reprend ses usages après la résection. Le stimulus du fonctionnement physiologique lui est indispensable; sans cela, il s'atrophie dans son ensemble. L'activité végétative du cartilage s'arrête

bientôt, malgré une excitation momentanée, et finalement le membre envahi par les troubles trophiques dans tous ses tissus se tient en arrière du membre sain et reste d'autant plus court que l'inactivité fonctionnelle persiste plus longtemps.

« Nous avons déjà fait connaître l'allongement anormal des segments du membre situés au-dessus et au-dessous d'une partie réséquée. Après la résection du poignet, l'humérus du côté opéré s'allonge plus que celui du côté sain; après la résection de l'épaule, les os de l'avant-bras du même côté sont plus longs que ceux du côté sain. Frappé par l'aspect de ces os, allongés, il est vrai, mais plus minces, plus droits, plus légers et plus fragiles que les os sains du côté opposé, nous avions donné le nom d'*atrophique* à cet allongement anormal. Nous retrouvons la même structure dans les os qui ont subi l'hyperplasie compensatrice après une résection; mais, lorsque le membre reprend ses fonctions, ils acquièrent une solidité assez grande pour les usages auxquels ils sont destinés.

« Nous avons vérifié l'hyperplasie compensatrice après les diverses résections, mais elle varie d'un os à l'autre, et, pour un même os, elle se produit très inégalement sur chacune de ses extrémités. Elle se produit surtout sur le cartilage qui prend normalement la plus grande part à l'accroissement longitudinal de l'os; et, comme l'inégalité peut être très grande entre les deux cartilages d'un même os, on doit s'attendre à de grandes différences après les diverses résections; à l'état normal le cartilage fertile fournit pour certains os les deux tiers, les trois quarts et même les cinq sixièmes de l'accroissement total (proportion très variable, du reste, suivant les divers animaux). C'est ce même cartilage qui présentera principalement l'hyperplasie compensatrice après une résection; le cartilage accessoire ou à fécondité limitée restant relativement stérile. Ce sont les parties les plus actives physiologiquement qui subissent le plus efficacement les effets des irritations accidentelles ou traumatiques. A une suractivité physiologique répond une excitabilité plus grande.

« Par exemple, si le cartilage supérieur de l'humérus reprend une nouvelle énergie après la résection de l'extrémité inférieure de cet os, il n'en est pas de même pour le cartilage inférieur après la résection de l'extrémité opposée. On obtient, après la résection du coude, une hyperplasie compensatrice relativement considérable; la résection de l'épaule laissera presque indifférent le cartilage inférieur de l'os et rien ne viendra compenser d'une manière appréciable le déficit dû à l'ablation du cartilage fécond.

« Nous nous bornons aujourd'hui à énoncer le fait; dans une prochaine communication, nous l'étudierons dans les différentes résections. Ce qu'il nous paraît important de démontrer, c'est le fait général de la suractivité végétative ou de l'hyperplasie du cartilage conservé, ce fait n'ayant jamais été établi et ne paraissant pas même avoir été soupçonné. L'examen simple des os ayant autrefois subi une résection ne pouvait y conduire, car il est impossible de se rendre compte de la part que les diverses parties d'un os ont prise à son accroissement. La présence de points de repère fixes et invariables, placés simultanément sur les os analogues dans les deux membres, était absolument indispensable pour constater l'hyperplasie compensatrice et en déterminer le degré.

« Indépendamment de son intérêt physiologique, ce fait nous permet de mieux nous rendre compte chez l'homme de l'arrêt de développement et du raccourcissement définitif qui suivent les résections et les diverses mutilations du squelette; il nous montre surtout que les conséquences de l'ablation d'un cartilage de conjugaison peuvent, dans certaines conditions, être sensiblement atténuées. Jusqu'ici nous n'avions vu que la persistance dans l'os d'une irritation chronique (foyer d'ostéite, corps étranger, séquestre incarcéré), comme moyen d'activer l'accroissement longitudinal dans un os réséqué. Nos nouvelles expériences prouvent que cette hyperplasie pourra s'opérer sans foyers d'inflammation appréciable, par le fait seul de l'irritation indirecte produite par le traumatisme opératoire quand le membre pourra recouvrer son activité fonctionnelle.

« L'arrêt d'accroissement consécutif à l'ablation d'un cartilage de conjugaison ne représentera donc pas exactement la hauteur de la colonne osseuse qui aurait fourni normalement ces cartilages; il sera diminué par l'hyperplasie du cartilage restant. La gravité du pronostic porté sur certaines résections pratiquées dans l'enfance doit être, par cela même, un peu atténuée, toutes les fois que l'on pourra obtenir un membre capable de fonctionner activement. »

DE LA LOCOMOTION DANS L'ATAXIE LOCOMOTRICE, par MM. *Demeny* et *Quénu*. — Le travail des auteurs se rapporte à sept malades dont six appartenaient au service de M. Dujardin-Beaumetz, ils ont donné les résultats suivants :

1° *Étude par les procédés photochronographiques. Trajectoire de la hanche.* — Dans la marche normale, la trajectoire de la hanche pendant l'appui est franchement convexe; dans l'ataxie, elle se rapproche de l'horizontale; les images successives sont condensées, rapprochées, ce qui indique un ralentissement sensible de la vitesse.

Au début du lever, la trajectoire de la hanche présente une élévation brusque, puis une dépression qui ne se rencontre jamais dans les tracés normaux; enfin elle est surbaissée au moment de l'appui.

La *trajectoire du genou*, pendant l'appui, se rapproche plus de l'horizontale que dans l'état normal; mais le vrai caractère chez l'ataxique, c'est que, un peu avant le poser du pied, la trajectoire du genou s'élève fortement et tardivement pour s'abaisser tout d'un coup. Il y a là une sorte de chute brusque des plus remarquables, que nous retrouvons du reste dans la trajectoire des différentes articulations du membre inférieur.

La *trajectoire de l'articulation tibio-tarsienne* ne présente rien de bien spécial au moment du lever; il n'en est pas de même dans le moment qui précède l'appui : d'abord plus élevée que dans la marche normale, elle s'abaisse presque verticalement en présentant une boucle dont le dernier élément a un sens rétrograde et sort quelquefois du plan normal d'oscillation de la jambe.

Trajectoires de la tête et de l'épaule. — Les pas étant petits, on ne constate que de petites oscillations verticales du tronc et une déformation peu apparente de la trajectoire de la tête. Le balancement du tronc en avant et en arrière est assez sensible; les déformations de la trajectoire de l'épaule tiennent à une légère torsion du tronc autour de son axe.

Mouvements des segments. — Pendant la *période d'appui du pied*, les mouvements du membre inférieur diffèrent peu de l'état normal, si ce n'est par leur étendue. Le déroulement de ce membre dans la marche est de 50 à 60 degrés : 27 degrés environ pour l'angle du poser, et 30 degrés pour l'angle du lever dans la marche, au rythme 60.

Chez l'ataxique, ces chiffres sont moindres : l'angle du poser est environ de 17 degrés, l'angle du lever de 20 à 25 degrés, ce qui fait un déroulement total de 37 à 42 degrés environ; la longueur du pas est donc diminuée.

Le mouvement des segments du membre inférieur est à peu près le mouvement normal : dans celui-ci, en effet, la cuisse, au moment de l'appui, se fléchit en même temps que la jambe et s'étend avant celle-ci; puis les deux segments s'étendent, et avant le lever la flexion de la jambe précède l'extension de la cuisse.

Chez l'ataxique, la jambe se fléchit au moment du poser, pendant que la cuisse continue le mouvement d'extension violent que nous décrirons plus loin; la jambe s'étend ensuite pendant un temps court, reste étendue, puis se fléchit légèrement, alors que la cuisse continue à s'étendre jusqu'à la fin de l'appui.

La *durée de l'appui* du pied est plus longue que celle du lever d'une quantité qui mesure le temps du double appui. Cette durée est plus grande qu'à l'état normal. Aussi le malade précipite-t-il l'oscillation de son membre inférieur pendant le lever, circonstance qui ajoute encore à la brusquerie de sa démarche.

La *phase de lever* du pied est celle qui se différencie le plus de la marche normale. C'est dans cette phase que se manifestent les troubles causés par l'action désordonnée des muscles du membre inférieur. Ainsi, au début du lever il y a, comme à l'état normal, flexion de la cuisse sur le tronc et de la jambe sur la cuisse; mais, dans l'ataxie, la flexion de la jambe se prolonge et surtout se fait plus vivement que dans l'état normal. La flexion de la jambe est suivie immédiatement d'une extension brusque qui retentit sur la cuisse et diminue un peu la vitesse de flexion de celle-ci. Cette extension de la jambe, qui avait graduellement diminué d'intensité, subit encore un léger accroissement avant le poser du pied. Voici enfin ce qui a trait à la phase qui précède le poser.

Dans la marche normale, la cuisse s'étend un peu avant le poser du pied, mais elle se fléchit ensuite, pendant que la jambe continue son extension, puis, au moment du poser du pied, elle accentue sa flexion en même temps que la cuisse se

fléchit. Le pied se pose donc sans force, et en n'ayant qu'une très faible vitesse horizontale.

Chez l'ataxique, la cuisse, qui avait cessé de se fléchir, s'étend brusquement, et, par le mouvement simultané d'extension de la jambe et de la cuisse, le pied se pose à terre en frappant le sol presque verticalement, quelquefois même en rétrogradant. Ce dernier mouvement d'extension de la cuisse peut être accompagné d'une légère abduction.

2° *Étude par les tracés dynamographiques.* — Le dynamographe donne des tracés tout à fait caractéristiques. A l'état normal, le tracé présente deux maxima séparés par un minimum ; on a donc successivement : une ascension, une légère descente, une autre ascension et enfin une descente plus brusque que la montée.

Chez l'ataxique, la montée est plus lente; elle se fait en deux ou plusieurs temps. En outre, la ligne de plateau, au lieu de présenter un léger minimum (ce qui donne sur le tracé une courbe à concavité supérieure), se maintient près de la *ligne du poids* et présente une série d'oscillations. Ces oscillations très caractéristiques se manifestent encore quand le sujet se tient debout sur la planche du dynamomètre.

Dans une autre forme, la montée est brusque, verticale, puis la courbe descend immédiatement. Cela se présente dans les cas où le choc du pied sur le sol est très violent. Cette descente est suivie de deux ou trois maxima, puis l'instrument revient à zéro comme dans la marche normale.

Dans l'interprétation de ces anomalies, il faut se rappeler que les inflexions de la courbe du dynamographe n'ont aucune relation avec les inflexions de la trajectoire de la tête, ni même avec la hauteur d'élévation du corps au-dessus du sol; la pression normale du pied dépend uniquement de la variation de vitesse du mouvement vertical du centre de gravité.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 14 MAI 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MAURICE PERRIN.

M. le docteur *Gayet* se porte candidat au titre de correspondant national dans la division de chirurgie.

M. le docteur *Fichot* envoie un Rapport manuscrit sur *les épidémies dans la Nièvre en* 1888.

M. le docteur *Mutin*, médecin principal de 2e classe, médecin chef de l'hôpital thermal militaire de Bourbonne-les-Bains, adresse le rapport d'ensemble sur ce service en 1887.

M. *Brouardel* dépose: 1° au nom de M. le docteur *Zoéros Pacha*, une *Notice sur les travaux de l'Institut antirabique de Constantinople en* 1885-1889; 2° de la part de M. *Bordas*, un mémoire sur *les oreillons et les causes de leur contagion*.

M. *Rochard* présente un *cornet à chloroforme*, construit sur les indications de M. le docteur *Garof*, ancien chirurgien de la marine, médecin de l'hospice civil de Brest.

M. *Larrey* dépose un ouvrage de M. le docteur *Berger* (*Émile*), sur l'*anatomie normale et pathologique de l'œil*.

M. *Dujardin-Beaumetz* présente, au nom de M. *Gautrelet*, un ouvrage sur *les urines*.

M. *Gueneau de Mussy* dépose un ouvrage de M. le docteur *Riant* sur *le surmenage intellectuel et les exercices physiques*.

M. *Peter* présente deux brochures de M. le docteur *Tartivel* sur l'*hydrothérapie* et sur la *douche*.

M. *Le Roy de Méricourt* dépose un mémoire de M. le docteur *Maurel* sur la *stéthographie normale*.

M. *Verneuil* présente, au nom de M. le docteur *Le Dentu*, un ouvrage sur *les affections chirurgicales des reins, des uretères et des capsules surrénales*.

Service de la vaccine animale a l'Académie. — M. *le Secrétaire perpétuel* informe l'Académie que, grâce à l'intervention de M. *Henri Monod*, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques, M. le ministre de l'intérieur lui a alloué une première somme de 10000 francs pour la construction d'une étable et l'organisation matérielle du service de la vaccine animale, plus une autre somme de 10000 francs pour assurer ce service pendant toute l'année.

Élections. — MM. *Balland* et *Soubeiran* sont élus correspondants nationaux dans la division de physique et chimie médicales et pharmacie. A la première élection, M. Balland est élu par 29 voix contre 26 à M. Soubeiran, sur 55 votants. A la seconde, M. Soubeiran est élu par 52 voix contre 2 à M. Haller, sur 54 votants.

Eaux minérales. — M. *Constantin Paul* lit, sur des demandes en autorisation pour les sources Saint-Jean à Brignancourt et du Rey à Rémoncourt, des rapports dont les conclusions favorables sont adoptées par l'Académie.

Résection de la hanche en cas de coxalgie suppurée. — Il y a près de trente ans, en 1860, une mémorable discussion eut lieu devant l'Académie à l'occasion du rapport de Gosselin sur le mémoire de M. Léon Le Fort, relatif aux résultats obtenus à l'étranger pour la résection de la hanche. De la discussion ne purent malheureusement surgir que des opinions basées sur des vues théoriques; personne encore en France n'avait tenté cette opération ou du moins n'avait obtenu de succès. Bien qu'elle eût été proposée près d'un siècle auparavant par un chirurgien de Bourg-en-Bresse, Vermandois, et eût été l'occasion de recherches expérimentales importantes, parmi lesquelles il faut citer celles de Chaussier, on ne pouvait citer que l'opération de Roux, pratiquée en 1847 et suivie d'insuccès. Aujourd'hui, la question est changée, et, bien que la résection de la hanche n'ait pas donné lieu à des séries d'opérations comparables par le nombre à celles qui nous viennent de l'étranger, il n'est guère de chirurgien qui n'ait au moins une petite expérience personnelle sur la question.

Pour sa part, M. *Ollier* a pratiqué peu de résections de la hanche, relativement au nombre de coxalgies suppurées qu'il a eu à traiter depuis 1860, car il a fait sa cinquantième résection le mois dernier; mais ces faits forment cependant un ensemble considérable quand on les compare aux observations isolées ou aux autres séries qui ont été publiées dans notre pays, ils se rapportent surtout pour une bonne partie à des cas déjà anciens et par cela même ayant toute leur valeur démonstrative au point de vue des résultats définitifs de cette opération. C'est pour ce dernier motif qu'il expose devant l'Académie les résultats qu'ils ont produits. Dans cette résection, plus que pour les opérations analogues pratiquées sur les autres articulations, le temps est indispensable pour apprécier les résultats. Aussi M. Ollier ne parle-t-il que des résections ayant au moins trois ans de date, ce laps de temps lui paraissant nécessaire pour juger, ou du moins faire prévoir le résultat définitif; il fait cette restriction parce que, chez les enfants surtout, il peut s'opérer tardivement et durant toute la période de croissance, des changements qui aggraveront plus souvent qu'ils n'amélioreront le résultat orthopédique de l'opération. Il peut se faire en effet des inflexions du membre, que l'emploi prolongé des appareils préviendra sans doute, mais qui s'accentueront de plus en plus si l'on abandonne le malade à lui-même.

En résumé, les conclusions auxquelles M. Ollier était arrivé, en 1881, relativement à l'utilité de l'ankylose, après la résection de la hanche pour coxalgie, ont été confirmées par une nouvelle expérience de huit années. Tout en admettant que l'on pourra, dans certaines résections traumatiques ou pathologiques précoces, arriver à la reconstitution d'une néarthrose sur le type de l'articulation primitive par la technique opératoire, basée sur l'expérimentation, il considère que l'ankylose après la résection de la hanche pour coxalgie suppurée est la terminaison qui donnera au membre le summum d'utilité pour une vie entière.

Quand le fémur est ankylosé dans une position favorable, avec abduction et flexion légères pour la majorités des cas, la position devant changer avec le degré de raccourcissement du membre, les opérés peuvent se livrer aux travaux les plus fatigants, devenir des marcheurs infatigables et boiter à peine et même pas du tout quand ils marchent lentement sur un sol uni. Une fois l'ankylose effectuée, les déplacements secondaires ne sont plus possibles et l'on n'a

pas à craindre ces récidives des foyers tuberculeux ou inflammatoires qui surviennent si souvent dans les cas de néarthroses mobiles. Ils ne peuvent pas s'asseoir aussi commodément sans doute que les sujets dont le fémur est resté mobile sur le bassin. Mais, pour la plupart des conditions sociales, la facilité de s'asseoir est une faible compensation de la difficulté de marcher. Qu'on recherche une articulation mobile chez les femmes destinées à mener une vie sédentaire et qui n'auront pas besoin de gagner leur vie par leur travail, on le comprendra parfaitement, mais on ne doit pas chercher cette terminaison chez les sujets qui sont obligés de se livrer à une vie active.

En se plaçant au point de vue de l'intérêt réel du malade, il faut donc délibérément chercher l'ankylose dans la majorité des cas qui, à l'heure actuelle, sont considérés comme indiquant la nécessité de la résection de la hanche. Il en serait autrement si l'on adoptait la résection précoce de la hanche dans tous les cas de coxalgie, si l'on retranchait systématiquement la tête du fémur dès qu'on soupçonne ou qu'on constate un abcès autour de l'articulation; mais nous repoussons cette manière d'agir et nous considérons que la majorité des coxalgies suppurées de l'enfance peuvent encore guérir par des opérations plus simples que la résection (ouverture antiseptique des foyers, injection iodoformée, drainage, etc.). Certaines formes nécessitent cependant une résection hâtive, et c'est alors qu'on devra combiner le manuel opératoire pour obtenir une néarthrose mobile. Dans ce but, on devra soigneusement conserver tous les muscles, en respectant les nerfs qui les animent et modifier les anciennes incisions de résection dans le sens indiqué.

Diabète. — M. *Worms* fait une communication sur la forme lente du diabète et son traitement (voy. au *Premier-Paris*, p. 313).

Galvanocaustique. — Il y a plusieurs années, MM. *Faucher* et *Morin* ont imaginé l'appareil galvanocaustique le plus généralement employé; M. le docteur Faucher présente un nouvel appareil, modifié de telle sorte que l'intensité du courant puisse se régler avec une extrême facilité.

— L'ordre du jour de la séance du 11 mai est fixé ainsi qu'il suit: 1° rapport de M. *Trasbot* sur la rage tanacétique; 2° discussion sur le traitement du diabète (inscrit: M. *Dujardin-Beaumetz*); 3° communication de M. *G. Sée* sur un nouveau diurétique; 4° lectures par des personnes étrangères à l'Académie: par MM. *Legroux*, sur un cas de communication interventriculaire; *Terrillon*, sur les résultats opératoires et éloignés de cinquante laparotomies; *Darier*, sur la psorospermose cutanée.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 10 MAI 1889. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

Statistique avec notes sur la fièvre typhoïde : M. Sorel. — Atrophie musculaire à marche rapide au cours d'une grossesse : M. Desnos. — Gangrène du pouce par immersion phéniquée : M. Monod. — Rapport sur les mesures à prendre pour prévenir la contagion dans les hôpitaux d'enfants : Rapport par M. Comby. — Hystérie et onomatomanie. Quelques troubles réflexes d'origine gastro-intestinale : M. G. Ballet.

M. *Sorel* adresse à la Société, par l'intermédiaire de M. Lereboullet, un travail intitulé : *Statistique avec notes cliniques sur la fièvre typhoïde.* (Sera publié.)

— M. *Desnos* offre, en son nom et au nom de MM. Pinard et Joffroy, la note qu'il a lue devant l'Académie de médecine dans la séance du 30 novembre 1888, sur un cas d'*atrophie musculaire des quatre membres à marche rapide, survenue pendant la grossesse et consécutivement à des vomissements incoercibles*. On peut hésiter, dans ce cas, comme diagnostic anatomique, entre une myélite des cornes antérieures et une névrite parenchymateuse généralisée. (Voy. *Gazette hebdom.*, n° 48, p. 765.)

— M. *Ch. Monod* présente une jeune fille atteinte de gangrène sèche du pouce droit, résultant de bains phéniqués prolongés, auxquels elle eut recours à la suite d'une profonde coupure de l'extrémité du doigt. L'immersion du doigt dans une solution phéniquée de titre inconnu n'a été nullement douloureuse; elle fut répétée pendant quinze jours, et durant un quart d'heure chaque jour. Cette malade a été présentée déjà devant la Société de chirurgie, et plusieurs des membres de cette Société ont dit avoir observé des cas semblables.

M. *Legroux* a vu dernièrement une escharification analogue chez un jeune enfant pansé avec une compresse phéniquée à la suite d'une morsure, non pénétrante, faite par un chien inconnu.

M. *Monod* a vu encore une eschare semblable, à la fesse, chez une femme qui s'était assise sur un vase de nuit lavé avec une solution phéniquée. Il ajoute que, chez sa malade, on constate une tendance aux phénomènes d'asphyxie locale symétrique des mains, et que cette jeune fille a tous les hivers des engelures persistantes. Il semble donc exister chez elle une circulation périphérique quelque peu défectueuse.

— M. *Comby*, au nom d'une Commission composée de MM. Cadet de Gassicourt, Grancher, Sevestre, Labric, Jules Simon, Descroizilles, Ollivier, d'Heilly, Legroux, Hutinel, et Comby, rapporteur, donne lecture du rapport dont on trouvera au *Bulletin* (voy. p. 313) l'analyse. En voici les conclusions : 1° pour prévenir les dangers de contamination par les consultations hospitalières, un interne spécial sera chargé de faire la sélection des enfants avant leur entrée dans la salle d'attente commune; il aura pour mission de recevoir d'urgence, dans les pavillons d'isolement, les enfants atteints de maladies contagieuses et de diriger dans des salles distinctes de la salle d'attente commune les contagieux qui ne viennent que pour la consultation; 2° des chambres d'isolement, en nombre suffisant pour recevoir les cas douteux, seront construites dans chaque hôpital d'enfants; 3° les pavillons d'isolement de la diphthérie devront être pourvus de chambres à lit unique, en nombre suffisant, pour les cas de diphthérie associée à d'autres maladies contagieuses. Ces chambres, quoique annexées au pavillon, devront être suffisamment isolées; 4° chaque hôpital d'enfants doit être pourvu au moins de trois pavillons d'isolement pour la diphthérie, rougeole, scarlatine et d'un quatrième pavillon dit de *rechange;* 5° l'administration est invitée à remplacer les grandes salles par des salles de six à huit lits, dans la construction des pavillons futurs; 6° le personnel de chaque pavillon devra être isolé des autres personnels dans la mesure du possible; 7° le personnel hospitalier (infirmiers et infirmières) et le personnel médical (élèves) seront augmentés suivant les nécessités du service et conformément à l'avis des médecins; 8° l'hôpital Trousseau sera pourvu dans le plus bref délai d'une étuve à vapeur sous pression semblable à celle qui a été installée et qui fonctionne dans les deux autres hôpitaux d'enfants; 9° tous les vêtements, toute la literie, tous les objets (y compris les jouets) qui auront pu être souillés par des enfants atteints ou soupçonnés de maladies contagieuses seront désinfectés par l'étuve; seront également passés à l'étuve les vêtements et couvertures qui servent au transport des enfants suspects à l'hôpital; il en sera de même des vêtements de tous les enfants, quels qu'ils soient, qui entrent à l'hôpital, même pour une affection chirurgicale; 10° aux

pavillons d'isolement seront annexés des vestiaires, indépendants des salles, avec blouses pour les élèves, lavabos, et substances antiseptiques; 11° les mêmes mesures seront applicables aux salles communes; 12° tous les rideaux, non seulement des lits, mais aussi des fenêtres, seront supprimés dans les pavillons d'isolement et remplacés par des stores extérieurs; 13° l'amphithéâtre d'autopsie de chaque hôpital d'enfants sera considéré comme un pavillon d'isolement; il sera pourvu de blouses, de manches imperméables, d'eau chaude et froide, et de tout ce qui est nécessaire pour le nettoyage aseptique des mains; 14° la Société médicale des hôpitaux émet le vœu que la somme de 200000 francs, destinée par le Conseil de surveillance à l'amélioration du mobilier des services hospitaliers, soit intégralement attribuée aux hôpitaux d'enfants.—(Ces conclusions seront discutées et soumises au vote dans la prochaine séance.)

— M. *G. Ballet*, à propos de la communication de M. Séglas sur l'onomatomanie associée à l'hystérie, signale ce fait que, chez certains individus, la crise hystérique peut succéder immédiatement à l'accès d'onomatomanie et être provoquée par l'anxiété qui accompagne cet accès. On conçoit les difficultés du diagnostic en pareil cas.

— Contrairement aux assertions de M. de Beurmann, dans sa note lue à l'avant-dernière séance, sur la tétanie au cours de la dilatation gastrique, M. *Ballet* ne pense pas que les accidents spasmodiques relevant des troubles gastro-intestinaux comportent un pronostic presque constamment grave. Il rapporte trois observations dans lesquelles des phénomènes de fourmillements, de contracture, d'hémichorée ne sauraient, à coup sûr, reconnaître d'autre origine que les troubles et les lésions gastriques offerts par ces malades: la terminaison a toujours été favorable. Quant à la pathogénie de ces accidents, au lieu d'admettre exclusivement comme M. de Beurmann, l'auto-intoxication, M. Ballet démontre qu'il faut faire la part presque exclusive à l'action réflexe. Il a vu, en effet, apparaître les accidents spasmodiques chez ses malades après un examen de la région gastrique un peu prolongé, ou à la suite d'une pression soutenue de la région gauche de l'abdomen. L'autoxication peut, d'ailleurs, jouer le rôle de cause prédisposante, de même que l'alcoolisme ou toute tare nerveuse héréditaire, en rendant le système nerveux plus susceptible de réagir sous l'influence des irritations périphériques.

— La séance est levée à cinq heures.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 8 MAI 1889. — PRÉSIDENCE DE M. LE DENTU.

Discussion sur le drainage : MM. Nicaise, Lucas-Championnière, Després, Kirmisson, Terrier, Marc Sée. — Résection ostéoplastique du pied : M. Ollier. — Gangrène du pouce : M. Monod. — Calculs du rein : M. Monod.

M. *Nicaise* pense que la question du drainage est connexe de celle du lavage des plaies. Pour le lavage, il y a en somme deux systèmes: Lister lave fort peu et Volkmann lave beaucoup. Pendant longtemps M. Nicaise a agi comme Volkmann. Mais il a remarqué qu'alors l'exsudation est considérable et que la cicatrisation est plus lente. Aussi depuis 1886 fait-il le moins de lavages possible. L'exsudation est ainsi légère et dès lors le drainage devient moins utile. M. Nicaise cependant ne le supprime pas volontiers, il se borne à ne le faire durer que très peu de temps. C'est une grande sécurité, car le drain empêche toute stagnation d'une sérosité qui suppure facilement. On objecte que par cette méthode on est obligé de renouveler le pansement pour enlever le drain. L'inconvénient est minime. Et même M. Nicaise doute, pour les amputations surtout, qu'il soit bon de ne pas surveiller du tout la cicatrisation de la plaie.

M. *Lucas-Championnière* est absolument partisan du drainage, qui donne une grande sécurité et qui ne retarde certainement pas la guérison. De plus il semble éviter des douleurs post-opératoires dues à la tension que détermine la sérosité accumulée. On dit que le drain oblige à faire un pansement précoce: mais ne doit-on pas défaire le pansement pour enlever les fils de suture? M. Championnière se déclare en outre l'adversaire des grands lavages des plaies opératoires. Quant aux laparotomies, les lavages du péritoine (dont on abuse) ont certainement des indications et alors le drainage est utile.

M. *Després*, tout en reconnaissant que sa chirurgie diffère de celle de ses contemporains, considère le drainage comme indispensable dans les opérations graves, dans celles surtout où l'on a à craindre les fusées purulentes.

M. *Kirmisson* a cherché il y a quelque temps à se passer du drainage et il n'a pas toujours eu à s'en féliciter. Il cite trois cas où un épanchement abondant de sérosité s'est formé sous la cicatrice. La compression en a eu raison, mais la guérison a été retardée. Il faut reconnaître toutefois que la réunion sans drainage est bonne pour les tissus sains, pour les plaies dont l'affrontement peut être parfait, dont l'étendue n'est pas trop grande.

M. *Terrier* ne croit pas qu'on puisse se déclarer en principe partisan ou adversaire du drainage. Il faut agir suivant les indications et le point principal est de bien savoir si la plaie est ou non septique. Il est de toute nécessité de drainer une plaie infectée. Mais c'est inutile pour une plaie aseptique, même très étendue : un épanchement de sérosité pourra se former, mais il ne suppurera certainement pas s'il n'est pas infecté.

M. *Marc Sée* insiste sur les épanchements séreux, dont la cause est avant tout un défaut de compression. On les évite par un application soignée de la bande de caoutchouc autour du pansement.

— M. *Ollier* revient sur les *opérations ostéoplastiques du pied*. Pour des lésions tuberculeuses ou pour des ostéites aiguës il a fait huit fois l'ablation du calcanéum et de l'astragale, avec plus ou moins du tarse antérieur. Trois malades ont dû être amputés, mais les cinq autres marchent fort bien. D'autre part, lorsque les lésions osseuses sont limitées et lorsque les parties molles sont peu envahies, on a de bons résultats par des opérations partielles, surtout si les sujets sont jeunes. L'âge en effet est un facteur des plus importants.

— M. *Monod* relate un cas de *gangrène du pouce* par immersion dans une solution concentrée d'acide phénique.

— M. *Monod* présente des *calculs rénaux* extraits par la néphrotomie.

REVUE DES JOURNAUX

Travaux à consulter.

De l'ichtyol dans la néphrite chronique, par M. Blittersdorf. — Le cas qui fait l'objet de cette note est celui d'une jeune fille atteinte de néphrite chronique depuis huit mois. Elle avait de l'ascite, de l'œdème facial, de l'albuminurie et de l'aménorrhée. M. Blittersdorf employa inutilement diverses médications avant d'essayer des pilules d'ichtyol à la dose quotidienne de 1 gramme et sous la forme de sulfo-ichtyolate de soude. Ce médicament provoqua une diurèse abondante, la réduction de l'albuminurie et une amélioration telle que la malade put re-

prendre l'exercice de sa profession. L'auteur avait été conduit à cet essai, par analogie avec les succès de l'ichtyol contre d'autres affections avec hypérémie. (*Terap. Monat.*, juillet 1888.)

BIBLIOGRAPHIE

Lunettes et pince-nez, Étude médicale et pratique, par M. G.-J. Bull, avec une introduction de M. E. Javal, membre de l'Académie de médecine. — Paris, G. Masson, 1889.

Collaborateur de M. Javal au laboratoire d'ophthalmologie de la Sorbonne, M. Bull a l'honneur en même temps que l'avantage de voir son livre présenté au public par l'éminent académicien. On sait la part considérable qu'a prise M. Javal aux progrès de l'optométrie, à l'étude de l'astigmatisme. Grâce à ses travaux, nous pouvons aujourd'hui, en quelques secondes, mesurer objectivement aussi bien que subjectivement ce vice de réfraction si commun; nous pouvons déterminer les verres cylindriques appelés à le corriger.

Déterminer, prescrire les verres correcteurs, en surveiller l'exécution et en vérifier la justesse, est œuvre de l'ophthalmologiste; mais il est impossible pour le praticien de suivre toujours ses malades et de s'assurer qu'ils font de leurs lunettes un emploi judicieux. Le livre de M. Bull est destiné à leur servir de guide, et sous ce rapport il peut rendre les plus grands services. Combien de personnes qui, munies de verres excellents, cessent de les porter dès les premiers jours, parce qu'elles rapportent à l'insuffisance de leurs lunettes des troubles visuels résultant de la manière défectueuse dont elles en font usage.

L'ouvrage de M. Bull comprend, en outre d'un exposé sommaire de l'œil et de la réfraction normale et pathologique, six chapitres consacrés : à la forme des surfaces des verres, à la matière des verres, à leur numérotage, à leur situation par rapport aux yeux, aux montures, et enfin à l'accoutumance et aux conditions spéciales que nécessitent les différents âges. Signalons quelques remarques très judicieuses : la préférence donnée aux verres à vitres sur le cristal de roche habituellement mal vérifié; l'influence de l'imagination sur le bon effet des verres colorés, la fatigue qui résulte des verres mal placés, la nécessité d'avoir deux verres du même poids.

Malgré la mode, plus forte que le bon sens, notre confrère n'hésite pas à donner aux lunettes la supériorité qu'elles méritent. Quel que soit le pince-nez choisi, il est bien rare qu'il maintienne les verres avec fixité dans la situation convenable. M. Bull a essayé de construire, avec l'assistance de la Société des lunetiers, un lorgnon exempt des défauts habituels. Souhaitons que ce modèle réalise les avantages espérés. Longtemps encore, sans doute, malgré les conseils des médecins compétents, les gens iront chez le lunetier avant d'aller chez l'oculiste, et tentés par le bon marché, ils feront emplète de ces verres de rebut, à monture détestable, dont le moindre défaut est de ne rendre aucun service. Mais il n'aura pas dépendu de notre confrère que pareille coutume soit abandonnée; aussi souhaitons-nous que son livre si simple, si clair, auquel l'éditeur a su donner un aspect attrayant et une impression de lecture facile, soit bientôt dans toutes les mains.

J. Chauvel.

VARIÉTÉS

Concours d'admission a l'École de santé militaire en 1889. — Le ministre de la guerre a fixé ainsi qu'il suit, le nombre des candidats à admettre cette année à l'emploi d'élève du service de santé militaire :

Candidats à 16 inscriptions, 3.
Candidats à 12 inscriptions, 5.
Candidats à 8 inscriptions, 30.
Candidats à 4 inscriptions, 45.

Les élèves à 16 inscriptions n'entreront pas à l'École de Lyon. Ils recevront une indemnité de 100 francs par mois, à partir de leur admission, et devront être reçus docteurs avant le 1er février 1890, époque à laquelle ils seront admis, comme stagiaires, à l'École d'application du Val-de-Grâce. Les élèves des trois autres catégories entreront à l'École de Lyon à une date qui leur sera notifiée en même temps que leur nomination.

On se rappelle que, pour la dernière fois cette année, les candidats à 16 et à 12 inscriptions sont admis au concours, et que, pour la dernière fois, en 1890, le concours sera ouvert aux élèves à 8 inscriptions, l'École ne devant plus, dès 1891, recevoir que des étudiants pourvus de 4 inscriptions et ayant subi avec succès le premier examen de doctorat.

Conférences cliniques des hôpitaux du Midi et de Lourcine. — Imitant l'exemple donné par les médecins de Saint-Louis, MM. Mauriac, Du Castel, Balzer, de Beurmann, Humbert et Pozzi, médecins et chirurgiens des hôpitaux du Midi et de Lourcine, se réuniront tous les mercredis pour faire des conférences publiques sur les malades les plus intéressants de leurs services.

La première conférence aura lieu à l'hôpital du Midi, le mercredi 15 mai, à neuf heures et demie; la deuxième, le mercredi 22 mai, à l'hôpital de Lourcine; la troisième, le mercredi 29, à l'hôpital du Midi, et tous les mercredis suivants, alternativement, à l'hôpital de Lourcine et à l'hôpital du Midi.

Conférences cliniques sur les maladies des enfants (*hôpital Trousseau*). — Le docteur Legroux, professeur agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital Trousseau, a repris ses conférences le mercredi 15 mai 1889, à trois heures et demie du soir, et les continuera tous les mercredis suivants à la même heure.

Les élèves seront exercés à l'examen des malades et discuteront les questions de diagnostic, de pronostic et de traitement.

Cours libres. — M. Lafon, chimiste, commencera le 23 mai un cours pratique de chimie, bactériologie et microscopie médicales. — S'inscrire, à l'avance, de trois à quatre heures, au laboratoire, rue des Saints-Pères, 7.

Société obstétricale et gynécologique de Paris. — La Société, dans sa séance du 9 mars 1889, a déclaré la vacance dans une place de membre titulaire. Aux termes des statuts, les candidats sont tenus de faire acte de candidature, par une communication écrite ou orale faite en séance publique.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 13 juin à trois heures et demie, au siège de la Société, 28, rue Serpente.

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 24 mai). — *Ordre du jour :* Discussion sur le rapport de M. Comby (mesures à prendre pour combattre la transmission des maladies contagieuses dans les hôpitaux d'enfants). — M. Renault : Note pour servir à l'histoire de la pneumonie infectieuse.

Mortalité a Paris (18e semaine, du 28 avril au 4 mai 1889. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 7. — Variole, 3. — Rougeole, 31. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 43. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 211. — Autres tuberculoses, 25. — Tumeurs : cancéreuses, 33; autres, 5. — Méningite, 41. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 35. — Paralysie, 10. — Ramollissement cérébral, 14. — Maladies organiques du cœur, 49. — Bronchite aiguë, 26. — Bronchite chronique, 39. — Broncho-pneumonie, 22. — Pneumonie, 75. — Gastro-entérite : sein, 13; biberon, 38. — Autres diarrhées, 5. — Fièvre et péritonite puerpérales, 0. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 31. — Sénilité, 23. — Suicides, 17. — Autres morts violentes, 11. — Autres causes de mort, 162. — Causes inconnues, 6. — Total : 984.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

19110. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

SUPPLÉMENT THÉRAPEUTIQUE

DE LA

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

THÉRAPEUTIQUE

Perles du docteur Clertan.

Approbation de l'Académie de médecine de Paris.

Primitivement appliquée à l'éther, la découverte du docteur Clertan a permis d'emprisonner ce corps si volatil et de le porter dans l'estomac à dose fixe et sans aucune perte. Le même procédé a été appliqué à la plupart des substances, liquides ou solides, dont la volatilité, la saveur ou l'odeur rendaient l'administration difficile.

MM. les Médecins pourront ainsi prescrire, sans aucun désagrément pour le malade, l'*Iodoforme*, la *Créosote*, la *Valériane*, le *Castoreum*, l'*Assa-fœtida*, *tous les Sels de Quinine*, *Sulfate*, *Bisulfate*, *Chlorhydrate*, *Bromhydrate*, *Valérianate*, *Salicylate*, *Lactate*, etc., l'*Essence de Térébenthine*, la *Mixture de Durande*, les *Gouttes* ou *Liqueur d'Hoffmann*, l'*Essence de Santal*, et les substances nouvellement introduites dans la Thérapeutique, telles que le *Terpinol*, le *Gaïacol*, etc., etc., auxquelles ce mode de préparation pourra s'appliquer avec avantage.

Ces substances et les perles de nom correspondant peuvent être partagées en séries suivant leurs propriétés et leurs applications :

1re SÉRIE. — MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE.

a. Perles de Créosote de Clertan. — 5 centigrammes par perle. Dose moyenne, 4 par jour.
b. Perles de Gaïacol de Clertan. — 5 centigrammes par perle. Dose moyenne, 4 par jour.
c. Perles d'Iodoforme de Clertan. — 5 centigrammes par perle. Dose moyenne, 4 par jour.
d. Perles de Terpinol de Clertan. — 30 centigrammes par perle. Dose moyenne, 4 par jour.

2e SÉRIE. — LITHIASE BILIAIRE.

a. Perles de Durande de Clertan (Éther, 2 p.; Ess. de tér., 3 p.; ensemble, 20 centigrammes). Dose, 6 à 10 par jour.
b. Perles de Chloroforme de Clertan. — 45 centigrammes par perle. Dose, 4 par jour. (Vomissements, hoquets, mal de mer.)

3e SÉRIE. — MÉDICATION ANTISPASMODIQUE.

a. Perles d'Éther de Clertan. — 20 centigrammes par perle. Dose, 4 à 10 par jour. (Migraines, céphalées rebelles, accès d'asthme, crampes d'estomac, tendances à la syncope.)
b. Perles d'Hoffmann de Clertan (Ether, 1 p.; alcool, 2 p.; ensemble 20 centigrammes). Dose, 4 à 10 par jour. (Mêmes indications que pour les perles d'Ether, et plus particulièrement nausées, digestions douloureuses, indigestions, vomissements.)
c. Perles de Valériane de Clertan. — 20 centigrammes de teinture éthérée. Dose, 4 à 10 par jour. (Vertiges, étourdissements, palpitations nerveuses.)
d. Perles d'Assa-fœtida de Clertan — 20 centigrammes de teinture éthérée. Dose, 4 à 10 par jour. (Spasmes, suffocation, boule hystérique, œsophagisme, chlorose.)
e. Perles de Castoréum de Clertan. — 20 centigrammes de teinture éthérée. Dose, 4 à 10 par jour. (Dysménorrhée, coliques de la menstruation, gonflements du ventre.)
f. Perles d'Apiol de Clertan. — 5 centigrammes. (Même indications.)
g. Perles d'Essence de térébenthine de Clertan. — 20 centigrammes. Dose, 4 à 10 par jour. (Migraines, névralgies faciales, sciatique, lumbago.)

4e SÉRIE. — MÉDICATION QUINIQUE OU FÉBRIFUGE.

a. Perles de Bromhydrate de quinine de Clertan, à 10 centigrammes de *sel chimiquement pur*.
b. Perles de Chlorhydrate de quinine de Clertan, à 10 centigrammes de *sel chimiquement pur*.
c. Perles de Sulfate de quinine de Clertan, à 10 centigrammes de *sel chimiquement pur*.
d. Perles de Bisulfate de quinine de Clertan, à 10 centigrammes de *sel chimiquement pur*.
e. Perles de Valerianate de quinine de Clertan, à 10 centigrammes de *sel chimiquement pur*.
f. Perles de Salicylate de quinine de Clertan, à 10 centigrammes de *sel chimiquement pur*.
g. Perles de Lactate de quinine de Clertan, à 10 centigrammes de *sel chimiquement pur*.

5e SÉRIE. — MÉDICATION HYPNOTIQUE.

a. Perles d'hypnone de Clertan, à 10 centigrammes. Dose, 2 à 4 par jour.

6e SÉRIE. — MÉDICATION BALSAMIQUE.

a. Perles de Santal de Clertan, à 30 centigrammes. Dose, 2 à 12 par jour.

D'une manière générale, les Perles du docteur Clertan contiennent cinq gouttes de médicament liquide ou 10 centigrammes de médicament solide.

Les Perles du docteur Clertan sont très promptement dissoutes dans l'estomac : peu d'instants après l'ingestion d'une perle d'éther, par exemple, l'ascension de vapeurs témoigne de la rupture de l'enveloppe.

Par leur volume, leur aspect brillant, les préparations du docteur Clertan représentent bien exactement des sortes de perles : la transparence et la minceur de la couche gélatineuse permet de voir le médicament en nature et de s'assurer ainsi de son état de conservation.

En prescrivant, sous le nom du docteur Clertan et avec la garantie de son cachet, les divers médicaments énumérés ci-dessus, MM. les Médecins sont assurés d'avoir des préparations pures et rigoureusement dosées.

Tous les produits inclus sont ou fabriqués de toutes pièces ou analysés à notre laboratoire.

La Maison L. Frere, 19, *rue Jacob*, *Paris*, propriétaire de la marque et des procédés du docteur Clertan, a mérité les plus hautes récompenses, *Médailles d'or uniques*, décernées aux produits pharmaceutiques aux Expositions *universelles* de Paris (1878) et de l'étranger, Amsterdam (1883), Sydney (1888).

Les préparations du docteur Clertan sont recommandées en plusieurs endroits du *Traité de thérapeutique* de Trousseau et Pidoux, notamment p. 280 et p. 614, t. II, 7e édit.

Nouveau traitement de la constipation et de l'anémie.

Une des affections contre lesquelles l'expérience des praticiens vient échouer le plus fréquemment est sans contredit la constipation. Le régime joue un rôle important dans le traitement de cette maladie, mais il arrive souvent qu'il ne suffit pas. Les malades se laissent alors facilement aller à abuser des purgatifs et en particulier des drastiques, aloès, coloquintes, etc.... ; mais les moyens qu'ils emploient finissent par irriter les organes de la digestion; leur action s'épuise, et la constipation qui semblait guérie reparaît plus intense et plus grave que jamais.

Les efforts du médecin doivent tendre à mettre les malades en garde contre l'abus de tels remèdes et à faire adopter ceux qui procurent les résultats les plus satisfaisants, tout en n'exposant pas aux mêmes dangers.

Parmi ces derniers, le plus efficace est certainement la *Cascara Sagrada*, ou écorce du Rhamnus Purshiana, qui, expérimentée d'abord en Amérique, son pays d'origine, puis dans les hôpitaux de Paris, est considérée aujourd'hui comme le véritable spécifique de la constipation chronique.

M. Demazière, pharmacien à Paris, après avoir étudié la Cascara Sagrada au point de vue chimique et micrographique, arriva à conclure que pour obtenir de ce précieux remède tout l'effet qu'on peut en attendre, il fallait l'administrer à l'état naturel, sans avoir recours aux préparations telles que l'extrait ou la teinture, mais la poudre était d'un goût très désagréable, il prépara donc des dragées avec cette poudre, et obtint ainsi un médicament d'une efficacité certaine et facile à prendre, même pour les malades les plus exigeants. Les *Dragées Demazière à la Cascara Sagrada* contiennent 12 centigrammes et demi de poudre par dragée. La dose ordinaire est de deux dragées le matin au réveil, et deux le soir au moment du dernier repas ou avant de se coucher. Si la constipation résiste à cette dose, on peut augmenter celle-ci sans inconvénient, pour la diminuer ensuite progressivement, jusqu'à ce que les selles paraissent se produire d'une façon spontanée et sans le concours d'aucun médicament.

Les remarquables effets obtenus à l'aide de la Cascara Sagrada dans les cas de constipation, conduisirent naturellement M. Demazière à utiliser ce précieux remède non seulement dans les cas où la constipation est une affection naturelle du malade, mais encore dans ceux également nombreux où elle est la conséquence de l'absorption d'un médicament quelconque, du fer en particulier. Il prépara donc des dragées dans lesquelles l'iodure de fer est associé à la Cascara. Ce nouveau produit a l'avantage de réunir tout à la fois les propriétés du fer et de l'iode, et de ne jamais occasionner de constipation. De plus, la Cascara Sagrada ayant une action stimulante manifeste, non seulement sur l'intestin, mais encore sur l'estomac; ces dragées sont digérées et absorbées avec la plus grande facilité.

Les *Dragées Demazière à l'iodure de fer et à la Cascara* constituent donc le remède le plus énergique contre l'anémie et la chlorose. La dose moyenne est de deux dragées par jour pour les enfants, et de quatre pour les adultes, prises en deux fois au moment des deux principaux repas, mais cette dose peut varier suivant les tempérament et d'après les circonstances dont le médecin sera juge.

Dosées avec le plus grand soin, les dragées Demazière à la *Cascara Sagrada* et celles à l'iodure de fer et à la Cascara ont toujours donné les meilleurs résultats. Expérimentées dans les hôpitaux de Paris, adoptées par un grand nombre de médecins de France et de l'étranger, elles ont pleinement confirmé les observations qui avaient été recueillies en Amérique.

Du reste, afin que chaque médecin puisse se convaincre de la valeur de ces deux produits, M. Demazière, pharmacien de 1re classe, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'École de pharmacie (médaille d'or), membre de la Société de médecine pratique, envoie *franco* des échantillons de ses Dragées à quiconque lui en adresse la demande, 71, avenue de Villiers, à Paris.

THÉRAPEUTIQUE

Homériana, thé pectoral russe.

Parmi les maladies dont l'humanité est affligée, ce sont assurément les maladies des voies respiratoires : la bronchite, la tuberculose, la phthisie pulmonaire caséeuse, qui apportent le plus grand tribut à la mortalité. Et, en effet, nous voyons dans les relevés de statistiques que ces affections comptent pour un cinquième dans le nombre des décès.

L'expérience acquise jusqu'à présent, les recherches microscopiques et les nouvelles théories microbiennes n'ont guère avancé le traitement desdites maladies et les progrès dans leur guérison sont bien peu sensibles.

Nous voulons parler ici d'une plante cultivée dans les provinces méridionales de la Russie et dont l'efficacité, dans le traitement de ces maladies, consacrée par une longue expérience populaire, est incontestable.

Cette plante, dont les propriétés curatives étaient tenues secrètes par plusieurs familles russes, n'est pas encore bien connue en Europe et elle appartient à la famille des Polygonées (*Polygonum Homeri*). C'est un savant russe, d'Odessa, M. Tchinaïeff, qui lui a donné le nom de « Homériana ».

S'il est à présumer que les générations futures trouvent un remède infaillible contre ces maux, il est incontestable, et l'expérience l'a déjà prouvé, que pour le moment nous n'avons sous la main aucun remède aussi efficace que la plante Homériana pour combattre les affections catarrhales du larynx, de la trachée, des bronches, le début de la tuberculose.

A la suite d'analyses faites à Rio-de-Janeiro par la Junta Central de la Hygiène publica, et à Padoue par M. le professeur François Ciotto, de l'Institut de chimie, il résulte que cette plante contient une huile verdâtre, insaponifiable : principe actif du remède.

Il y a ici à faire remarquer que si les Polygonées sont très répandues dans toute l'Europe, il n'y a, par contre, qu'une seule espèce, celle qui croît dans le midi de la Russie, laquelle possède une vertu médicatrice, due uniquement à la qualité du sol.

L'Homériana agit directement sur le bacille, soit en détruisant sa vitalité, soit en rendant le tissu pulmonaire impropre à son développement.

Le docteur Lascoff, de Kieff (Russie), a expérimenté cette plante en particulier dans la bronchite et dans la tuberculose.

Aussi, croyons-nous que l'Homériana est digne d'attirer l'attention des membres du corps médical.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

18832. — Motteroz. — Imprimeries réunies. A, rue Mignon 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

BULLETIN

Paris, 22 mai 1889.

Académie de médecine : **Le diabète. — Communications diverses. — Association générale des médecins de France.**

Lorsqu'on aborde devant l'Académie un sujet de pratique médicale aussi important que l'étude du diabète sucré, il est naturel que les médecins qui ont recueilli de nombreuses observations fassent profiter de leur expérience et leurs collègues et le public. On devait donc s'attendre à ce que la communication de M. Jules Worms fût le point de départ d'une discussion sérieuse. MM. Dujardin-Beaumetz et G. Sée, qui l'ont commencée, ont apporté dans le débat quelques notions pratiques utiles à rappeler. C'est tout d'abord la classification des cas observés en forme grave, forme moyenne, forme bénigne. Tout le monde est d'accord pour reconnaître que la proportion de sucre n'indique pas nécessairement la gravité de la maladie. Si l'on obtient la disparition ou tout au moins l'atténuation rapide de la quantité de sucre rendu dans les vingt-quatre heures, on peut affirmer que l'on a affaire à un diabète léger ou moyen. Si l'influence du régime et du traitement sont nuls ou à peu près et si la quantité de sucre reste invariable, la maladie devra être considérée comme sérieuse alors même que la proportion de sucre éliminé reste peu considérable. Il importe donc de ne pas s'effrayer outre mesure des chiffres fournis par une première analyse. Il importe surtout au contraire de suivre attentivement le malade et, comme l'a recommandé M. Worms, de faire de très nombreuses analyses pour arriver à juger exactement la marche de la maladie. Au point de vue du traitement, M. Dujardin-Beaumetz a justement insisté sur l'importance du régime et tracé à cet égard des règles hygiéniques très précises. La suppression des aliments sucrés, la prescription rationnelle des corps gras, de charcuterie, de thé, de café, etc., etc., sont très utiles. Les exercices physiques rendent de signalés services. Quant aux médicaments, M. Dujardin-Beaumetz recommande tous ceux qui ont une action élective sur les parties supérieures de la moelle et du bulbe et M. G. Sée insiste encore sur les effets avantageux de l'antipyrine. Nous devons renvoyer au *Bulletin* ceux qu'intéressera l'étude de ces considérations thérapeutiques.

Nous ferons remarquer cependant qu'en condamnant absolument le lait, les savants qui jusqu'à ce jour ont pris la parole devant l'Académie n'ont pas tenu compte de ces cas, trop fréquents encore, où la glycosurie chez le diabétique s'accompagne d'albuminurie et chez lesquels on voit peu à peu la proportion d'albumine s'élever progressivement. Dans ces circonstances le lait, voire même le régime lacté exclusif, peut, momentanément au moins, rendre les plus grands services. Nous aurons à revenir sur ce sujet lorsque l'étude de la pathogénie du diabète, commencée par M. G. Sée aura été discutée devant l'Académie.

Nous recevons, sur ce même sujet, de M. le docteur Farge, ancien directeur et professeur de l'École de médecine d'Angers, une lettre dont nous extrayons les passages suivants :

Vous m'avez fait l'honneur de citer mon nom à propos de l'intéressante communication de M. le docteur J. Worms à l'Académie; je vous envoie donc le mémoire que j'ai publié en 1883 sur le même sujet. Ne croyez pas, je vous prie, qu'en le mettant sous vos yeux, je songe à une réclamation de priorité; je veux simplement apporter mon appoint aux quelques observations du savant académicien, sur les variations quotidiennes et diurnes du sucre chez un même diabétique.

Voici dès lors le résumé de mes observations :

1° Dans quarante-deux analyses s'appliquant à dix malades, je trouve par comparaison des urines du matin et du soir ou, comme on l'a dit, du sang et de la digestion :

Matin.		*Soir.*	
Moyenne.........	20,00	Moyenne.........	32,68
Maximum.........	44,4	Maximum........	66,66
Minimum........	4,00	Minimum........	12,00

Mais ce qui m'a paru intéressant et inattendu, c'est que, le plus souvent, le minimum diurne se rencontre dans la *première* urine qui suit le repas. La distance du repas ne vient qu'en seconde ligne; car, selon la remarque de Falck que j'ai vérifiée neuf fois sur dix, tandis que l'homme sain urine dans la demi-heure qui suit le repas et souvent plusieurs fois dans la première heure, chez le diabétique la première miction se fait attendre, en moyenne, une heure et demie et plus.

Le résultat des quarante-quatre analyses de dix malades m'a donné le tableau comparatif suivant :

Noms.	Densité post prandium.	Glycose post prandium.	Densité digestive.	Glycose digestive.	Observations.
Tt. .	1025	12,00	1025	20,00	
	1017	6,50	1025	20,56	
	1018	4,50	1023	14,50	
	1015	5,50	1024	19,11	
	1022	25,50	1027	28,50	
Bl. . .	1024	11,60	1027	19,00	1re an., 4 h. 1/2 ; 2e, 2 h. 1/2,
	1020	11,76	1023	12,50	= 7 h.
Ll. . .	1015	0,0	1018	5,5	
De. .	1018	12,50	1019	50,00	Six heures d'écart.
	1025	20,00	1037	35,00	Huit à neuf heures.
Ra. .	1020	0,0	1020	6,5	
Ch. .	1024	26,6	1023	26,6	
Mb. .	1032	11,50	1033	16,16	1 heure et 2 heures 1/2.
	1026	11,76	1035	22,00	
	1033	15,30	1036	20,00	
	1033	15,75	1036	20,00	
	1026	15,50	1032	22,00	
	1030	16,16	10. .	18,18	
Be. .	1020	6,6	1022	12,5	
	1018	0,0	1020	6,50	Exercice.
	1025	24,5	1017	11,50	
	1020	5,5	1020	8,5	

On y voit que le glycose des urines *post prandium* va de 0 à 26 et celui des urines de la digestion de 5,5 à 50 ; et l'écart de deux analyses, à quelques heures de distance, chez le même malade, dans ces conditions, ne descend pas au-dessous de 5 et s'élève jusqu'à 37,50.

Aux dix malades recensés en 1883, je pourrais ajouter un diabétique gras, sans boulimie ni polydipsie, que j'observe en ce moment.

Urines du matin.

5 mai	33,33
11 mai	40,00
18 mai	3,50

Urines du 19 mai.

1° Une heure et demie après le repas.	6,50
2° Quatre heures après le repas	13,33

Le malade prend des alcalins et suit le régime Bouchardat.

Dr Farge.

Nous devons nous borner à citer aujourd'hui ces extraits de la lettre que veut bien nous écrire notre distingué confrère. Si, comme nous l'espérons, la discussion soulevée par M. le docteur J. Worms se continue devant l'Académie, nous aurons l'occasion de citer encore cet intéressant travail.

— Nous devons signaler aussi une nouvelle et importante lecture de M. Ollier sur la résection du genou et une très intéressante observation de communication congénitale des deux cœurs, due à MM. Legroux et Dupré. Utilisant les caractères si précis du souffle systolique pathognomonique de l'inocclusion du *septum lucidum* et décrit par M. H. Roger, MM. Legroux et Dupré ont pu, en l'absence de cyanose et de modification du pouls, affirmer le diagnostic et démontrer une fois de plus la valeur séméiologique du *souffle de H. Roger.*

Association générale des médecins de France.

(Suite.)

Le rapport de M. le docteur Riant est l'un des meilleurs qu'il nous ait été donné d'entendre depuis que nous suivons les séances de l'Association générale. Non seulement il exprime en termes élevés les sentiments de regrets qu'inspire la mort de quelques-uns des membres les plus éminents de l'Association, mais encore et surtout il fait ressortir avec une lucidité parfaite le rôle tout à la fois bienfaisant et moralisateur qu'elle peut remplir.

M. Riant rappelle les bienfaits que la Société qu'il administre a dispensés autour d'elle (un capital de 1117180 francs a été affecté à ce service des pensions viagères). Il loue en excellents termes l'activité des Sociétés locales et envoie un juste tribut de gratitude à la Société du Haut-Rhin français qui, grâce à l'initiative et au dévouement de M. le docteur Marquez, a pu se reconstituer à Belfort. Il montre ensuite quelle a pu être l'utilité de l'Association soit lorsqu'elle a eu à combattre l'exercice illégal de la médecine malgré la mauvaise volonté évidente et notoire de certains magistrats, soit alors qu'elle luttait pour relever le taux de la rémunération allouée aux médecins des Sociétés de secours mutuels ou encore, dans les cas trop nombreux où il convenait de défendre les droits de médecins auxquels on contestait, en matière de succession, de légitimes honoraires ; en résumé toutes les fois qu'il s'agit d'intervenir pour défendre les intérêts professionnels.

Il est, à ce point de vue, tout un passage de ce rapport qu'il convient de citer textuellement.

L'innovation dont je vais parler maintenant, dit M. le docteur Riant, montre bien que, suivant l'expression du président de la même Société, nos confrères « n'ont pas seulement mis la main, mais le cœur, dans les affaires qu'ils ont entreprises, et dans toutes celles qui leur ont été signalées, toutes les fois que l'intérêt particulier des médecins s'est trouvé lié à l'intérêt général de la corporation.

« C'est pour resserrer les liens qui unissent les membres de l'Association que la Société de la Haute-Garonne a vivement souhaité de voir s'acclimater dans son ressort l'*Œuvre d'assistance médicale mutuelle*, fondée par M. le docteur Lagoguey, et qu'elle a donné toute sa collaboration à la constitution d'une nouvelle Société. » Les statuts approuvés viennent de nous être transmis.

Vous allez voir la même pensée et les mêmes tentatives de réalisation se produire ailleurs.

. . . .

Et, après avoir cité plusieurs propositions analogues, M. Riant ajoute :

Ce n'est donc plus de la théorie, Messieurs, nous sommes déjà en présence d'études et de faits ; quelques Sociétés locales expérimentent ou se préparent à expérimenter l'assistance en cas de maladie.

Il y a là un trait d'union entre l'Association et une Œuvre d'assistance d'un caractère éminemment utile. Pour cette forme de collaboration, il n'est pas besoin de surfaire les ressources dont l'Association a réellement la possession ou la libre disposition.

En outre, ce n'est certainement pas une mauvaise manière d'apprécier les conditions, les difficultés, les résultats d'une œuvre de ce genre que d'en faire ainsi des essais partiels. Une Société locale est mieux placée pour reconnaître la légitimité des indemnités réclamées et en déterminer le taux, variable suivant les localités ou les situations; pour surveiller le fonctionnement de l'assistance donnée; elle connaît ses malades, elle les a sous la main; le lien confraternel est fortifié par des relations plus fréquentes. Les résultats sont-ils encourageants, l'exemple sera bientôt imité par d'autres Sociétés, empressées de voir fonctionner chez elles un nouveau service, qui aura déjà fait ses preuves dans une autre partie de l'Association.

Ainsi, j'ai le droit de le dire, l'assistance matérielle est partout en voie de progrès, dans notre Œuvre. Il en est de même, on va le voir, de l'assistance morale.

On ne saurait trop louer M. Riant d'avoir laissé aux Sociétés *locales* et surtout *au temps* et à l'expérience le soin de juger la valeur et le mode de fonctionnement des Associations de secours en cas de maladie. La question est très grave et surtout complexe. L'Association générale risquerait de sombrer si elle modifiait ses statuts en vue d'atteindre des résultats illusoires. L'*assistance*, en cas de maladie, est l'une des mesures les plus utiles dont on puisse poursuivre la réalisation; l'*assurance* contre la maladie est au contraire presque irréalisable. L'Association générale veut et doit rester une *Société de secours*. Les pensions de droit et les assurances obligatoires ne sauraient donc être étudiées que par les Sociétés locales, seules en mesure de surveiller directement l'emploi des fonds dont elles disposeraient à cet égard.

Concluons donc, avec M. Riant, que:

Le salut n'est point dans de chimériques illusions. Il est dans l'union qui assure la dignité, l'indépendance du corps médical; il est dans la concorde et la fraternelle bienveillance, s'empressant de venir en aide aux confrères malheureux, prenant la défense des droits et des intérêts de tous; il est dans l'empressement à étudier sans parti pris, sans défiance, les améliorations signalées par l'impatience du mieux. Le salut! il est dans cette solidarité, qui ne divise pas ses efforts, et marche sans bruit, mais sans hésitation, vers l'affranchissement matériel et moral de la profession; il est dans l'Association, dans ce qu'elle a fait jusqu'ici, et dans ce qu'elle saura faire encore.

— Dans la séance du lundi 6 mai, après les élections qui ont appelé à faire partie du Conseil général MM. Lannelongue, Passant, Hérard, de Ranse, Bancel, Dufay et Lereboullet, et de la Commission des pensions MM. Passant, Richelot, Thomas, Worms, Motet et Bucquoy, l'Assemblée a discuté les rapports présentés par divers membres du Conseil général. Après avoir adopté, avec une légère modification, les conclusions d'un rapport de M. Durand-Fardel sur *la réglementation des vœux*, elle a entendu le rapport de M. Bucquoy, relatif à la nomination des places de médecin d'hôpital. Avec une grande force de dialectique et des arguments irréfutables, le savant médecin de l'Hôtel-Dieu a démontré la nécessité du concours pour les hôpitaux des villes d'une certaine importance. Et l'Assemblée a voté les deux propositions suivantes qui résument cette opinion:

1° La mise au concours de toutes les places de médecins et de chirurgiens dans les hôpitaux est le mode de recrutement le plus juste et le plus favorable à l'intérêt des malades; il y a donc lieu d'en demander l'application toutes les fois qu'elle sera possible;

2° Les droits conférés par la loi aux Commissions hospitalières s'opposent à l'adoption du vœu de la Société de la Marne (1). Toutefois l'Association générale croit que les Sociétés locales peuvent et doivent user de leur influence auprès de ces Commissions pour qu'il soit tenu compte, quel que soit le mode de nomination, des droits acquis par les médecins adjoints.

Enfin, M. Motet a fait adopter par l'Association un projet de vœu qui résume les conclusions du remarquable rapport lu devant le Conseil supérieur de l'Assistance publique par notre collaborateur M. Dreyfus-Brisac. Les conclusions d'un travail relatif à l'assistance médicale dans les campagnes ne pouvaient différer de celles qui ont été si fortement motivées dans cet important rapport.

Voici les vœux dont la prise en considération a été votée:

1° *Vœu de la Société de l'Aveyron* tendant à obtenir le plus tôt possible une réforme de la loi de 1811, concernant les honoraires à attribuer aux médecins pour les opérations médico-légales;

2° *Vœu de la Société locale de la Gironde*, qui, convaincue des avantages que procurerait au corps médical la création d'une caisse d'assurance mutuelle contre la maladie, émet le vœu que le Conseil général de Paris veuille bien mettre la question à l'étude le plus tôt possible;

3° *Vœu de la Société de l'Oise* demandant qu'il soit fait une étude approndie des voies et moyens qui permettraient de délivrer aux membres de l'Association, une *indemnité en cas de maladie;*

4° *Vœu de la Société de la Haute-Vienne* demandant que l'enseignement de la *déontologie* soit donné dans les Écoles de médecine.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Des microbes accidentellement pathogènes.

I

Nombre de travaux récents semblent démontrer qu'on peut, dans une certaine mesure, modifier la plupart des fonctions des microbes. Parmi ces fonctions, il en est une qui, par son importance, domine toute l'histoire de la bactériologie, c'est la virulence. Aussi divise-t-on souvent les microbes en deux groupes, suivant qu'ils végètent sur des matières mortes ou se développent dans des organismes vivants, suivant qu'ils déterminent des fermentations ou des maladies, en un mot, suivant qu'ils sont saprophytes ou pathogènes.

Cette distinction est passible de bien des critiques. Comme l'a fait remarquer M. Bouchard, la virulence est une propriété contingente, dont un microbe peut se revêtir ou se dépouiller, suivant un certain nombre de circonstances, dont quelques-unes sont aujourd'hui assez bien connues.

Il est des cas où un microbe pathogène perd sa virulence; il s'atténue au point de ne plus posséder aucune action nocive vis-à-vis des animaux qu'auparavant il faisait sûrement périr. Le charbon nous offre un exemple bien connu de ces atténuations. Tout récemment M. Chauveau a montré qu'on peut rendre la bactéridie charbonneuse absolument inoffensive; mais elle conserve encore des propriétés vaccinantes, qui représentent en quelque sorte le dernier terme de la virulence, et doivent empêcher de

(1) Par l'organe de M. Langlet, cette Société demandait que, quel que soit le mode de traitement adopté, il fût tenu compte des droits acquis par les médecins adjoints.

regarder cet agent, même atténué, comme absolument indifférent pour l'organisme. Si la démonstration n'est pas complète pour le charbon, elle est indiscutable pour d'autres microbes, particulièrement pour celui de la morve. Suivant la remarque de M. Bouchard, le bacille morveux peut perdre toutes ses fonctions virulentes et végéter à l'état de simple agent chromogène, formant sur la pomme de terre une couche de coloration brunâtre.

Réciproquement, on voit, dans certaines conditions, s'accroître la puissance morbifique d'un microbe; c'est ce qu'on obtient, par exemple, par des passages successifs à travers l'organisme des animaux. On peut donc, jusqu'à un certain point, faire l'éducation des microbes, exalter ou diminuer leur virulence; on peut même voir un microbe indifférent devenir accidentellement pathogène, déterminer des phénomènes souvent fort graves, et même amener la mort chez des animaux sur lesquels il reste habituellement sans action. Quelques travaux ont permis de déterminer certaines conditions qui donnent aux bactéries une virulence accidentelle.

II

Dans une note récente, M. Arloing a décrit un microbe dont l'histoire présente, pour notre sujet, le plus vif intérêt. C'est un bacille, trouvé accidentellement au centre d'un ganglion caséeux; il se cultive facilement, mais son inoculation reste négative quand on l'introduit dans des tissus sains; il se développe au contraire si on le place dans un organe privé de circulation, et partiellement nécrobiosé, dans le testicule bistourné par exemple. C'est pour rappeler l'importance de l'altération préalable du tissu que M. Arloing a donné à son microbe le nom de *Bacillus heminecrobiophilus*.

Il est à peine utile d'insister sur l'intérêt que présente cette expérience. Voilà un exemple saisissant qui montre qu'un agent de la putréfaction peut devenir pathogène quand il tombe dans un organe malade.

Dans le même ordre d'idées, nous pouvons citer quelques expériences dues à M. Bouchard. En injectant à des lapins, dans le tissu cellulaire sous-cutané, des liquides fermentescibles, par exemple du lait, un mélange de sucre et de peptone, on peut voir les animaux succomber rapidement. Quelquefois la mort s'explique facilement par la présence dans le liquide introduit d'un microbe pathogène, et particulièrement d'un agent septicémique. Ailleurs le foyer est putréfié; il exhale une odeur fétide, mais il ne renferme que des saprophytes; si on les inocule directement ou après culture, à d'autres lapins, il ne survient aucun accident. Le premier lapin n'a donc succombé que parce que les microbes ont déterminé, dans les liquides injectés, des fermentations putrides dont les produits ont pénétré dans l'organisme et ont amené une véritable intoxication. Il est bon de remarquer que ces expériences ne s'éloignent pas autant qu'on pourrait le croire des conditions cliniques; on sait, en effet, que les épanchements qui, dans certaines maladies, envahissent le tissu cellulaire ou les séreuses, sont constitués par des liquides également propres au développement de micro-organismes, qui pourraient ainsi devenir accidentellement pathogènes.

Quelquefois, par son passage à travers l'organisme animal, un microbe inoffensif peut acquérir momentanément des propriétés virulentes; nous en avons récemment observé un exemple fort démonstratif : une certaine quantité de macération de viandes pourries fut divisée en deux parties égales; une des portions fut stérilisée, et chaque liquide fut injecté sous la peau d'un cobaye; les deux animaux moururent. Dans l'œdème du cobaye qui avait reçu le liquide non stérilisé, se trouvait un microcoque, qui se développa facilement sur la gélatine en liquéfiant ce milieu; une première culture servit à inoculer un cobaye, qui succomba à la maladie; mais le liquide recueilli sur ce deuxième animal donna des cultures dont le microbe avait perdu toute action nocive. Ainsi, ce microbe n'avait acquis que d'une façon passagère des propriétés pathogènes; la virulence n'avait été que transitoire.

Il est des cas où, à la suite de passages successifs, un microbe finit par devenir virulent d'un façon permanente. Buchner a essayé de donner à cette idée, déjà soutenue par Nægeli, une preuve expérimentale. Il a prétendu que l'on pouvait transformer le *Bacillus subtilis*, organisme inoffensif qui se développe dans les infusions de foin, en un agent virulent bien connu, la bactéridie charbonneuse. Malheureusement les expériences ultérieures devaient ruiner cette conception, et démontrer l'erreur dans laquelle était tombé ce savant. Wissokowitsch a pu introduire des quantités considérables de *B. subtilis* dans le sang du lapin, du cobaye ou du chien; les bacilles se localisent dans les organes et ne tardent pas à disparaître. Au bout de vingt-quatre heures, on ne les retrouve plus, sauf si l'on a introduit des spores. Dans ce dernier cas, après deux mois, on peut démontrer l'existence du parasite qui a végété sans produire de troubles appréciables.

Il semble donc que tous les microbes ne sont pas également aptes à devenir accidentellement pathogènes; il en est qui périssent rapidement dans le corps des animaux, mais il en est d'autres qui, déjà virulents pour certaines espèces, peuvent par l'éducation acquérir des propriétés nocives pour des êtres qui semblaient complètement réfractaires à leur action. Nous arrivons ainsi à un nouvel ordre de faits dont nous allons aborder l'histoire.

III

Un microbe qui n'est pas pathogène pour une espèce peut le devenir quand on change certaines des conditions vitales de l'organisme envahi. La poule ne prend pas le charbon; qu'on la refroidisse, comme l'a fait M. Pasteur, et elle contracte la maladie. Réciproquement, en réchauffant la grenouille, on triomphe de sa résistance contre la bactéridie charbonneuse et le bacille du charbon symptomatique. Ici l'immunité des animaux était due à ce que la température de leur corps n'était pas favorable au développement de l'agent pathogène; l'explication du phénomène est donc assez simple.

L'histoire du charbon symptomatique va nous fournir d'autres exemples non moins curieux. L'agent de cette maladie peut être atténué par la chaleur au point de ne plus agir sur le cobaye; mais, si on inocule ce virus atténué avec un peu d'acide lactique, comme l'ont fait MM. Arloing et Cornevin, on voit se développer la maladie. Le même procédé permet de triompher de l'immunité des espèces; ainsi le lapin, qui est réfractaire au charbon symptomatique, peut succomber à cette infection si, en même temps que le virus, on dépose dans les muscles une certaine quantité d'acide lactique. MM. Nocard et Roux, à qui nous de-

vons cette dernière expérience, ont montré que l'acide lactique ne modifie en rien le virus lui-même; il agit en altérant les muscles et en diminuant leur résistance contre l'agent envahisseur. Le même effet sera obtenu en injectant diverses substances chimiques irritantes ou en altérant les muscles par le traumatisme; dans tous les cas, l'expérience est comparable à celle de M. Chauveau, qui, inoculant le bacille de la septicémie gangreneuse dans les veines, le voit se développer dans le testicule altéré par le bistournage.

Ce que font les agents chimiques, les microbes peuvent le faire également, grâce aux substances nocives qu'ils sécrètent. Nous avons montré que le charbon symptomatique se développe chez le lapin, quand on injecte en même temps un microbe pyogène, comme le *staphylococcus* ou le *proteus vulgaris*. Il y a plus, on peut associer le bacille du charbon symptomatique à un autre microbe, le *prodigiosus*, qui, pris isolément, semble inoffensif pour le lapin; mais, si on inocule le virus charbonneux dans une cuisse, et qu'on introduise les produits de sécrétion du *prodigiosus* soit au même point, soit en un endroit éloigné, comme l'aisselle, soit même dans les veines, on verra l'animal succomber avec d'énormes tumeurs charbonneuses; dans ce dernier cas, le microbe auxiliaire a agi en amenant dans l'état général du lapin des troubles morbides, que l'observation la plus attentive ne peut déceler et qui sont suffisants néanmoins pour permettre le développement d'un microbe chez un animal naturellement réfractaire.

La résistance du lapin au charbon symptomatique, dont on peut triompher si facilement par les associations microbiennes, cette résistance, disons-nous, peut être artificiellement renforcée; il suffit pour cela de pratiquer au préalable une injection intraveineuse de sérosité charbonneuse; dès lors l'immunité du lapin est pour ainsi dire absolue et le mélange des deux microbes ne produira aucun trouble ou amènera tout au plus une lésion locale non mortelle. On voit par ces exemples à quel point on peut expérimentalement faire varier la résistance d'un animal à un agent pathogène déterminé.

Mais reprenons l'exemple de tout à l'heure; supposons un lapin ayant succombé au charbon symptomatique, mélangé à de l'acide lactique; si, comme l'ont fait MM. Nocard et Roux, on inocule la sérosité de ce lapin à un deuxième animal, celui-ci contractera la maladie; un troisième lapin pourra succomber encore; mais le quatrième terme de la série résistera; dans ce cas, l'exaltation de la virulence n'est que passagère; et le microbe qui était devenu accidentellement pathogène pour le lapin, n'a pas tardé à perdre de nouveau ses propriétés nocives.

De nombreuses expériences, dues à M. Pasteur, démontrent que par des passages successifs à travers les organismes animaux, certains microbes voient augmenter ou diminuer leur action pathogène, d'une façon permanente. Ainsi le bacille du rouget du porc s'exalte notablement quand on l'inocule au pigeon; inoculé au lapin, ce même microbe devient de plus en plus nocif pour cet animal, mais en même temps il s'atténue pour le porc, chez lequel il ne détermine plus qu'une lésion locale, curable et conférant l'immunité. Ainsi un même procédé expérimental permet d'augmenter la virulence pour une espèce et de la diminuer pour une autre. Les expériences sur la rage pourraient nous fournir des exemples analogues; mais il est inutile d'insister sur ces faits qui sont bien connus et démontrent qu'on peut presque à volonté graduer la virulence de certains microbes.

IV

Nous avons déjà cité plusieurs exemples qui démontrent qu'un microbe peut sembler inoffensif jusqu'au jour où l'on trouve une espèce sensible à son action. MM. Arloing, Cornevin et Thomas nous rapportent qu'au début de leurs recherches sur le charbon symptomatique, ils avaient essayé inutilement de transmettre la maladie; ils opéraient sur le lapin. Il leur a suffi de changer d'espèce et de s'adresser au cobaye pour obtenir des résultats positifs.

Le *Bacillus prodigiosus* a toujours été regardé comme un agent chromogène, absolument dénué de virulence; or nous avons reconnu que ce microbe est pathogène pour la souris blanche; il suffit d'injecter une goutte de culture dans la cavité abdominale, pour amener la mort en moins de vingt-quatre heures; la maladie évolue comme une septicémie et le microbe se retrouve dans le sang, les viscères et les tissus. Cet exemple vient encore prouver combien sont artificielles les classifications des microbes basées sur une seule de leurs propriétés, puisque ce prétendu saprophyte est en réalité très virulent, au moins pour une espèce animale; il peut même dans quelques circonstances devenir pathogène pour d'autres animaux; ainsi tout le monde sait qu'on peut, sans inconvénient pour l'animal, injecter une grande quantité de culture sous la peau ou dans les muscles d'un lapin; mais qu'on introduise en même temps un peu d'essence de térébenthine, comme l'ont fait MM. Grawitz et de Bary, on verra se produire un abcès. Voilà donc un microbe, qui est devenu accidentellement pyogène, grâce à l'action synergique d'une substance, incapable aussi d'amener à elle seule la suppuration.

Il est beaucoup de microbes qui paraissent dénués de propriétés nocives et qu'on serait tenté de rejeter du groupe des agents morbifiques, jusqu'au jour où une expérimentation plus complète fait reconnaître que ces micro-organismes sont pathogènes ou indifférents, suivant la voie par laquelle on les introduit. L'exemple le plus saisissant nous est fourni par l'histoire de la gangrène gazeuse et du charbon symptomatique; les agents de ces deux maladies peuvent être impunément injectés dans les veines ou dans la trachée; déposés sous la peau ou dans les muscles, ils amènent rapidement la mort. M. Gamaléia a donné une démonstration comparable pour l'agent de la gastro-entérite cholérique des oiseaux, le *vibrio Metschnikovi*. Ce microbe reste sans action quand on l'introduit sous la peau, dans les muscles ou dans le tube digestif; mais, si on l'injecte dans le poumon, soit à travers les parois thoraciques, soit directement dans la trachée, on voit l'animal succomber rapidement et on trouve à l'autopsie les lésions manifestes de la gastro-entérite cholérique.

Nous pourrions facilement multiplier les exemples qui démontrent l'importance de la porte d'entrée dans le développement de l'infection; mais ce serait nous éloigner de notre sujet et l'étude de ces faits est trop importante pour être écourtée; nous y reviendrons du reste dans un autre article.

Dans certains cas, les microbes ne sont pathogènes que lorsqu'ils sont introduits à haute dose. Cette assertion aurait pu paraître étrange, il y a quelques années; on opposait alors l'intoxication à l'infection; on montrait que dans le premier cas les symptômes sont en rapport direct

avec la dose introduite, tandis que dans la deuxième, le développement se fait alors même qu'on dépose dans l'économie une quantité de virus pour ainsi dire impondérable. Il ne faudrait pourtant pas exagérer le fait et supposer que toutes les maladies infectieuses peuvent, comme le charbon, se développer quand on a injecté à un animal un seul microbe. Dans la plupart des cas, la quantité de virus qu'on introduit n'est pas un facteur négligeable ; dans notre article sur le mécanisme de la suppuration, nous avons cité quelques chiffres qui montrent l'importance du nombre des microbes dans la genèse des accidents morbides. Nous pourrions facilement rapporter d'autres exemples. M. Chauveau a reconnu que les moutons algériens, naturellement réfractaires au charbon, contractent cette maladie quand on leur injecte sous la peau de grandes quantités de culture. W. Cheyne a montré de même que les bacilles de la septicémie des souris, le tétragénus, les microbes de la septicémie salivaire, du choléra des poules, inoculés au cobaye peuvent, suivant les doses, ne produire aucun trouble, causer une lésion locale ou amener la mort sans lésion locale. M. Bouchard a obtenu des résultats analogues avec le bacille pyocyanique et il a montré de plus que les symptômes et particulièrement la fièvre sont également en rapport avec le nombre des microbes introduits.

V

Les faits que nous avons étudiés nous ont montré qu'un microbe peut être ou non pathogène suivant l'animal sur lequel on opère, la voie par laquelle on l'introduit, la quantité de virus qu'on injecte, etc. Nous avons vu de plus que, par des passages successifs à travers l'organisme des animaux, une bactérie peut acquérir des propriétés nocives pour des êtres qui semblaient réfractaires à son action ; dans d'autres cas un microbe inoffensif peut amener des troubles fort graves et même mortels en tombant dans un organisme déjà malade ou dans un tissu préalablement altéré. S'il en est ainsi, on conçoit facilement qu'un saprophyte qui, accidentellement, se sera développé chez un animal, puisse s'élever au rang d'agent pathogène : ainsi peuvent se créer les maladies nouvelles.

Cette remarque nous ramène aux idées que nous exposions en commençant cet article. Si la virulence n'est qu'une fonction contingente et surajoutée, on serait tenté de supposer, avec M. Bouchard, que tous les microbes n'étaient à l'origine que des saprophytes. « Dès lors nos tentatives d'atténuation de ces êtres auraient pour effet de les ramener à l'espèce originelle. Le type saprophytique ayant été accidentellement élevé à la dignité de virus, l'atténuation de la virulence serait le retour pur et simple au saprophytisme. » Cette conception si séduisante ne trouve-t-elle pas de nombreux points d'appui dans les exemples que nous avons cités ? La plupart des agents pathogènes sont facultativement saprophytes, puisqu'ils peuvent se développer sur des substances privées de vie. On peut même dire que c'est là leur vrai milieu d'existence : la bactéridie charbonneuse, par exemple, cet agent virulent par excellence, n'arrive à son complet développement et ne donne des spores qu'en dehors de l'organisme. Il est vrai qu'il est certains microbes que nous n'arrivons pas à cultiver et que jusqu'ici nous n'avons jamais retrouvés en dehors de l'animal. On pourrait même, envisageant la question à un point de vue plus général, faire remarquer que certains parasites animaux doivent, pour accomplir leur évolution complète, rencontrer un autre animal dans lequel ils se développent ; tel est, par exemple, le cas du tænia. Mais de ce que nous n'avons pas observé en dehors de l'organisme toute l'évolution d'un parasite, faut-il conclure que cette évolution ne pourrait avoir lieu ? Peut-être qu'un jour, en modifiant certaines conditions de culture, pourrons-nous obtenir artificiellement toutes les formes que jusqu'ici nous n'avons pu reproduire. Comme le fait justement remarquer de Bary, ce serait une expérience intéressante et instructive que celle qui ferait développer un tænia à partir de l'œuf, à l'aide d'une solution nutritive. Pour revenir aux microbes, nous voyons, par l'expérience de tous les jours, que tel agent, qui était considéré comme exclusivement pathogène, peut devenir saprophyte, quand on lui offre un terrain mieux approprié à ses besoins ; tel est le cas du bacille de la tuberculose, que l'on cultive facilement, à la condition d'ajouter aux milieux usités couramment en bactériologie, une certaine quantité de glycérine. On peut donc espérer qu'à mesure que se perfectionnera la technique, on verra diminuer et disparaître le nombre des êtres exclusivement parasites.

Il existe enfin un dernier argument qui tend à faire confondre les microbes saprophytes et pathogènes. Les notions plus exactes que nous avons acquises dans ces dernières années sur la virulence, nous montrent que, parmi les conditions multiples qui rendent un microbe dangereux pour l'animal, il faut placer en première ligne la sécrétion de substances nocives, alcaloïdes ou ferments ; c'est donc toujours par le même mécanisme qu'agissent les microbes, que leur action se porte sur la matière vivante ou la matière morte. Dès lors la division des microbes d'après leur action sur les animaux paraît absolument artificielle, comme toutes les divisions basées sur un seul caractère. Un microbe inoffensif peut devenir pathogène, d'abord d'une façon accidentelle, plus tard d'une façon permanente, jusqu'au jour où par divers procédés naturels ou expérimentaux, il s'atténue de nouveau et retombe dans le groupe des saprophytes dont il était momentanément sorti.

G.-H. ROGER.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi de la caféine dans la pleurésie séro-fibrineuse aiguë.

La médication hydragogue conserve toujours ses droits contre les épanchements séreux de la pleurésie. A côté du régime lacté, dont les indications sont formelles au déclin de la période fébrile, la caféine trouve aussi ses indications.

Ce traitement consiste donc à provoquer la diurèse :

1° Par le régime lacté ;

2° Par l'administration quotidienne d'une potion que l'on peut ainsi formuler :

Caféine..................	1 à 2	grammes.
Benzoate de soude.........	1 à 2	—
Sirop de stigmates de maïs.	ãã 75	—
Eau distillée de laitue......		

Cette potion est ingérée par grandes cuillerées de deux en deux heures. On pourrait encore faire usage de la solu-

tion suivante de caféine, indiquée par M. Huchard qui l'a administrée souvent dans la tisane de café noir :

Caféine........................	1gr,50
Benzoate de soude..............	1gr,50
Eau distillée.................	100 grammes.

A prendre dans les vingt-quatre heures.

Ch. Éloy.

REVUE DES COURS ET DES CLINIQUES

Faculté de médecine. — Cours de pathologie interne M. le professeur Dieulafoy.

Syphilis du poumon et de la plèvre.

(Leçons recueillies par le docteur Fernand Widal, interne des hôpitaux.)

(Suite. — Voyez les nos 18, 19 et 20.)

Syphilis pleurale. — A l'histoire du syphilome fibroïde du poumon se rattache celle encore peu connue du *syphilome pleural.*

Je n'ai pu retrouver qu'un petit nombre d'observations de pleurésie syphilitique, et cependant je n'ose pas dire que les cas en sont rares; ils sont, je crois, souvent méconnus, faute d'être recherchés et, en cela, je suis d'accord avec M. Mauriac, qui écrivait récemment : « On voit souvent la pleurésie et cette pleurésie s'accompagne d'épanchement. »

Les lésions syphilitiques de la plèvre peuvent être rangées dans l'une des deux catégories suivantes : ou bien la lésion pleurale est un épiphénomène, une complication anatomique de la lésion pulmonaire.

Ou bien la pleurésie s'accompagne d'épanchement abondant; elle est lésion dominante et mérite bien, dans ce cas, le nom de pleurésie syphilitique.

A titre d'épiphomène, vous trouverez la pleurésie décrite accidentellement dans les observations de syphilis tertiaire du poumon et des bronches rapportées par les auteurs. C'est ainsi que vous la trouverez décrite dans deux observations de la thèse de Carlier. Dans l'une (la septième), il est dit, par hasard, que la plèvre, d'un côté, contenait 500 grammes d'un liquide jaune clair, que son feuillet viscéral présentait des fausses membranes récentes, très faciles à déchirer, que son feuillet pariétal et diaphragmatique était également enflammé.

Voici maintenant une observation de pleurésie syphilitique, avec grand épanchement; elle est due à M. Balzer, et se trouve consignée dans la thèse de Jacquin.

Un homme de trente-deux ans se présente à l'hôpital avec un ensemble de troubles fonctionnels et de signes physiques qui font diagnostiquer une pneumonie caséeuse du côté droit. Après un mois de séjour, éclate une pleurésie droite avec épanchement abondant. On diagnostique alors une pleurésie tuberculeuse compliquant la tuberculose du poumon; mais, au bout de quatre jours, le malade meurt, et, à l'autopsie, on trouve un foie syphilitique parsemé de gommes et segmenté de cicatrices, un poumon droit également farci de gommes, dont la plus volumineuse venait effleurer la plèvre. Toutes ces productions gommeuses, examinées au point de vue microbiologique, ne contenaient pas le moindre bacille de la tuberculose.

Les lésions de la plèvre droite étaient assez caractéristiques pour que je vous les rapporte dans tous leurs détails.

« Dans la plèvre droite existe un épanchement beaucoup plus considérable que l'exploration physique ne l'aurait fait supposer. Il y a environ 2 litres de sérosité louche et sanguinolente. Les plèvres pariétale et viscérale sont considérablement épaissies dans toute l'étendue de l'épanchement. Elles montrent un *revêtement fibreux continu*, partout d'une épaisseur de 1 ou 2 millimètres, acquérant même, à la base du poumon, une épaisseur de près d'*un centimètre*. En plusieurs endroits, cette coque fibreuse est coiffée de fausses membranes fibrineuses. Dans les points où l'épaississement fibreux est le plus considérable, on trouve, sur la coupe de la plèvre, des masses dures, jaunâtres, caséeuses, de la grosseur d'un pois ou d'un grain de mil. »

N'est-elle pas suffisamment démonstrative, cette observation de pleurésie syphilitique, dont l'épanchement était assez abondant pour atteindre la valeur de 2 litres de liquide sanguinolent?

J'ai observé moi-même un cas de pleurésie syphilitique, que j'ai guéri par le traitement spécifique.

En 1883, je fus appelé, quai de la Rapée, pour donner mes soins à un homme en proie à une dyspnée terrible, qui, depuis un an, se renouvelait chez lui par poussées plus ou moins aiguës; on avait diagnostiqué une broncho-pneumonie tuberculeuse. Au premier examen que je fis de cet homme dyspnéique, je reconnus immédiatement les signes d'un épanchement que j'évaluais à 800 ou 1000 grammes environ. Cette quantité de liquide était bien loin de m'expliquer la dyspnée dont souffrait ce malade, et je remis la thoracentèse au lendemain. Je ne pus retirer, par cette opération, que 650 grammes d'un liquide légèrement rosé; le malade n'éprouva d'ailleurs aucun soulagement, et ne fut pas plus amélioré que ne l'est, par la thoracentèse, un homme porteur d'un cancer pleural. Je cherchais toujours à saisir la cause de tout ce processus pulmonaire, lorsque le malade, pressé de questions, finit par me confier qu'il avait eu jadis la syphilis. Cet aveu devait lui rendre la vie. Je me hâtai, en effet, d'administrer le mercure et l'iodure de potassium à forte dose, et la dyspnée s'amenda si rapidement qu'au bout de quelques semaines, la respiration était devenue normale. Lors de mes dernières visites, il ne restait plus trace de pleurésie. — Dans ce cas encore, la nature syphilitique des accidents pleuro-pulmonaires avait été démontrée par l'action bienfaisante de la thérapeutique spécifique.

Messieurs, il existe, vous le voyez, une pleurésie syphilitique tertiaire. Je ne dis pas qu'elle existe à l'état isolé, mais je soutiens qu'elle accompagne, plus fréquemment qu'on ne le pense, les lésions pulmonaires syphilitiques.

Si, après avoir diagnostiqué chez un malade une gomme ulcérée du poumon, vous percevez des frottements à l'auscultation, ce nouveau symptôme ne devra pas changer votre première manière de voir; n'oubliez pas que la pleurésie se développe au voisinage d'une caverne syphilitique, aussi bien qu'autour d'une caverne tuberculeuse.

(A suivre.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Syphiliographie.

Folie et paralysie générale syphilitiques, par M. Charles Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi.

(Suite. — Voyez le n° 20.)

B. Les perturbations psychiques qui méritent à quelque titre le nom de *folie syphilitique* sont beaucoup moins nombreuses que les précédentes. Plus brusques et plus rapides dans leur invasion, elles se caractérisent par de

l'excitation cérébrale et du délire. Peuvent-elles reproduire, comme on l'a dit, toutes les formes de l'aliénation mentale commune? Sans doute, dans une certaine mesure, mais à l'état d'ébauche et avec quelques nuances délicates qu'il est possible de saisir, avec des coïncidences symptomatiques qu'on finit par découvrir et qui sont une vraie révélation. Là, comme dans d'autres cas, l'important est de se tenir sur ses gardes et d'être bien pénétré de cette idée qu'un trouble mental qui fait dire d'une personne jusque-là sensée, qu'elle devient folle, peut parfaitement dépendre de la syphilis et rien que d'elle. D'un autre côté, on ne doit pas oublier que la folie pure peut s'emparer d'un syphilitique sans participer en rien de la maladie constitutionnelle. Le fait suivant en est une preuve évidente : un de nos aliénistes les plus autorisés fut consulté pour une malade atteinte de syphilis secondaire, et en même temps d'une manie qu'on croyait syphilitique. Il n'en jugea pas ainsi et conseilla de différer le traitement de la syphilis jusqu'à la guérison de l'accès de folie dont il estima la durée probable à six semaines. Trois semaines après, la folie était spontanément guérie et le traitement spécifique fut alors institué.

Ce qui domine dans les troubles vésaniques tributaires de la syphilis, c'est ordinairement un délire simple, comme on en voit dans la fièvre, la méningite, les encéphalites aiguës, etc. : excitation permanente ou alternant avec de la somnolence, loquacité, divagation, impatiences, insomnie, extravagance sous tous ses modes dans les propos et dans les actes, accès de fureur. C'est là un état aigu, violent, subit, ayant le caractère d'un accident. — D'autres fois le trouble mental sous ses apparences modérées a quelque chose de plus profond, de plus constitutionnel et semble pénétrer plus avant dans le domaine de la véritable aliénation mentale : instabilité, incoordination dans les idées, dans les projets, flot tumultueux de paroles irréfléchies, actes empreints d'insouciance ou d'une déraison qui s'accroche à tout et ne se fixe obstinément sur aucun sujet, exaltation, irritabilité hors de propos et pour des causes insignifiantes, ébullition intellectuelle à contresens et stérile ou idiote, avec tous les mauvais effets d'un caractère qui a subi la même perturbation que l'entendement.

Enfin le trouble mental, dans d'autres cas, n'a plus seulement un pied dans la folie; il y est en plein, si l'on en juge par les modes que prend alors la perversion intellectuelle. Ce n'est plus seulement du délire aigu et de l'extravagance mitigée, mais un ensemble de perturbations intellectuelles et morales comme dans la manie, avec égarement, incohérence, hallucinations, emportements, vociférations, accès de fureur dangereux, etc., et cette insomnie persistante, opiniâtre, invincible, qu'on rencontre si fréquemment dans toutes les cérébropathies syphilitiques et surtout dans les psychosyphiloses. Eh bien, même à ce degré et en ne tenant compte que des phénomènes vésaniques, un aliéniste ne s'y trompera pas. Il trouvera dans cet état-là moins de violence, de continuité, d'essor délirant, et surtout de systématisation que dans la folie vraie. Il est extrêmement rare que la folie syphilitique s'endigue dans une modalité précise et toujours prédominante. Sans doute dans quelques cas, les hallucinations, par exemple, la lypémanie, la monomanie, avec délire de persécution occupent le premier plan; mais elles ne font qu'apparaître sur la scène. Leur monologue ne tarde pas à baisser de ton, et à se confondre avec cette divagation générale qui n'a rien de fixe et qui se traîne plutôt qu'elle ne s'envole d'un sujet à un autre, avant de s'anéantir dans la démence des phases ultimes.

Si les divers types ou degrés de perturbations psychiques dont je viens de donner les traits les plus saillants, n'étaient ni précédés, ni accompagnés, ni suivis d'autres manifestations cérébrales d'un ordre plus matériel; s'ils survenaient d'emblée, isolément et se perpétuaient sans fin dans leur solitude, il serait sans doute fort malaisé de les rattacher à leur cause diathésique. Mais en est-il ainsi? Non. Combien de fois au contraire ne trouve-t-on pas soit dans le passé, soit dans l'état actuel du patient, des associations phénoménales qui sont comme un trait d'union entre sa psychose et sa syphilis. Et s'il n'y a rien ni dans les commémoratifs, ni dans le présent qui puisse nous guider et nous éclairer, soyez sûrs que bientôt la cérébropathie perdra son caractère exclusivement psychique pour devenir polymorphe, comme toutes les déterminations de la syphilis sur l'encéphale.

Les phénomènes nerveux qui précèdent le plus habituellement ces troubles psychiques, à une époque plus ou moins éloignée de leur invasion, consistent en céphalées violentes, en diplopie avec ou sans strabisme et ptosis, en crises plus ou moins répétées d'épilepsie ou d'aphasie, en vertiges, ictus apoplectiformes, paralysies partielles ou hémiplégies, etc. — D'autres fois aucun intervalle ne les sépare, et il y a concomitance, enchevêtrement, contemporanéité, c'est-à-dire association plus ou moins étroite de tous les éléments symptomatiques pour former un ensemble, un complexus névropathique dont il serait difficile de méconnaître la signification et la provenance.

Il faut tenir pour des faits d'une rareté extrême ceux dans lesquels la psychose syphilitique, sous sa forme la plus accentuée et la plus maniaque, s'empare instantanément d'un cerveau raisonnable et exempt jusque-là de toute altération apparente. Je n'en ai vu qu'un cas, chez un jeune officier qui, à son retour d'Afrique, fut pris subitement et sans cause d'un délire incoordonné, violent, opiniâtre, continu, sans aucun autre trouble d'ordre cérébral. Il eût été incapable de me donner un renseignement quelconque sur son état antérieur. Mais son frère qui me l'avait conduit, m'apprit qu'une syphilis assez forte, contractée quatre ou cinq ans auparavant, ne devait pas être étrangère à cet événement inattendu, et qu'il n'y avait en dehors d'elle aucune circonstance qui pût l'expliquer. Je fus de cet avis, et je le traitai par l'iodure et l'hydrargyre pendant quelques jours, mais pas assez longtemps pour voir l'effet de la médication spécifique. On fut obligé de l'interner dans un asile d'aliénés (1).

Voilà les cas qu'il est réellement difficile de diagnostiquer, surtout lorsque la syphilis remonte dans un passé très lointain, qu'elle est silencieuse depuis longtemps, qu'il n'existe aucune coïncidence spécifique en dehors du système nerveux, et que tous les phénomènes qui constituent la psychose, délire, mélancolie, manie, toutes ces incohérences d'idées et d'actes ressemblent à peu près exactement à ceux qu'on rencontre dans la folie commune. L'embarras sera encore plus grand si le sujet présente une prédisposition héréditaire aux vésanies. Mais dans ce dernier cas, s'il est bien avéré qu'il est syphilitique, les présomptions étiologiques pencheront vers la maladie constitutionnelle, car elle frappe de préférence les cerveaux des sujets issus de cérébropathes.

Au point de vue pratique, et sans nous égarer dans des subtilités inutiles, posons comme une règle générale que ce fait aujourd'hui bien établi d'un rapport de causalité entre la syphilis et certaines formes de vésanies, impose au médecin le devoir de recourir à la médication spécifique, dans les cas où il ne peut rester aucun doute sur l'existence d'une infection spécifique antérieure. Peu

(1) Un des cas les plus saisissants de ce genre, est celui que M. Fournier rapporte d'après M. Rayer. Il s'agissait d'un homme politique bien connu qui fut pris tout à coup, en sortant de la Chambre où il venait de soutenir avec son talent habituel une importante discussion, d'une violente crise d'hallucination, puis d'une véritable attaque de folie. M. Rayer, suspectant la syphilis, prescrivit un traitement spécifique, et les phénomènes s'atténuèrent presque instantanément. Guérison rapide et complète qui ne se démentit point pendant plusieurs années. — Cependant plus tard, nouvelle crise d'accidents cérébraux spécifiques qui cette fois emportèrent le patient.

importe que la phénoménalité psychique emprunte le masque de la folie vraie; du moment que vous ne pouvez lui découvrir ni lui assigner d'autre cause probable que la syphilis, hâtez-vous d'administrer l'iodure et l'hydrargyre. Le succès dans maintes circonstances équivoques a justifié et justifiera encore cette sage pratique.

Quelles sont les lésions syphilomateuses, qui donnent lieu aux cérébropathies avec prédominance psychique? Présentent-elles dans leur forme, dans leur nature, dans leur distribution, quelques particularités caractéristiques? Méningites plus ou moins circonscrites, avec ou sans foyer gommeux, périencéphalites, sclérose cérébrale, artério-sclérose, lésions d'ordre commun plutôt que spécifiques, c'est-à-dire prédominance de la dégénérescence scléreuse sur l'infiltration purement gommense; distribution irrégulière de ces lésions sur les deux côtés, mais avec une accentuation beaucoup plus accusée sur les lobes frontaux : tels sont les désordres matériels qu'on a rencontrés. Il faut les prendre en bloc et renoncer à établir entre chacun d'eux et chacun des troubles psychiques qu'ils suscitent une corrélation pathogénique satisfaisante. Nos connaissances sur les localisations cérébrales n'ont pas encore été poussées jusqu'à ce point.

Le processus des cérébrosyphiloses psychiques, s'il n'est pas enrayé par le traitement, ce qui est loin d'être rare, aboutit fatalement à la déchéance et à l'extinction plus ou moins complète des facultés intellectuelles et morales. Il traverse de nombreuses péripéties avant d'en arriver là, et quelquefois une mort plus ou moins rapide par le cerveau l'empêche d'aboutir au terme extrême de son évolution. D'ordinaire cette évolution est assez lente. Il lui faut plusieurs mois, un ou deux ans pour se compléter.

Que la psychosyphilose, je ne saurais trop le répéter, ait débuté par l'excitation ou la dépression, c'est toujours cette dernière qui finit par prendre le dessus, de même que la paralysie absorbe les convulsions. Les délires aigus, les hallucinations, les manies et monomanies, ne sont que transitoires. A la longue et quelquefois très rapidement, l'idéalité vésanique devient lourde, languissante et obscure; elle est remplacée par l'apathie, l'hébétude, l'imbécillité, l'abrutissement et la démence. Cette métamorphose inéluctable quand on ne guérit pas, cette marche forcée vers une même terminaison commune et la même pour toutes leurs variétés, voilà un des grands traits de physionomie dans les psychosyphiloses. Aussi le processus est-il, dans les cas douteux, un élément capital du diagnostic. — Mais, dans cette marche, il y a des intermittences, des rémittences, des arrêts, des retours offensifs, des recrudescences, en un mot les péripéties si multiples et si variées que présente toute affection spécifique de l'encéphale.

Y a-t-il des psychosyphiloses susceptibles de se terminer spontanément par la guérison? C'est fort douteux. Tout au plus seraient-ce celles qui sont et qui restent à l'état d'ébauche et qu'on pourrait appeler *frustes*, à cause de l'indécision, du vague et de la bénignité des phénomènes. Certains états névropathiques de la période secondaire sont de ce nombre. Quelques pathologistes qui semblent se complaire à exagérer l'action de la syphilis sur le cerveau, croient à l'existence fréquente de vésanies spécifiques pendant cette phase de la maladie constitutionnelle. C'est une erreur de diagnostic et de pathogénie. Il est possible qu'alors l'ébranlement produit par l'invasion du virus dans tout l'organisme imprime au système nerveux et en particulier au cerveau, des troubles qui simulent la folie. Il est possible aussi qu'il suscite, comme cause occasionnelle, de véritables accès de folie chez ceux qui y sont prédisposés par leurs antécédents héréditaires ou par d'autres circonstances étiologiques, etc.; mais il y a loin de là à une classe particulière de vésanies propres à cette étape du processus.

La médication ioduro-mercurielle, employée de bonne heure et avec énergie, peut guérir certaines cérébropathies. Celles qui se montrent le plus réfractaires à son influence curative sont précisément les psychosyphiloses. Les délires passagers, toutes les formes légères de l'excitation dans ses modalités aiguës et accidentelles, tous ces troubles qui semblent produits par des fusées transitoires d'hypérémie autour des principaux foyers morbides, cèdent assez aisément aux deux spécifiques. Il en est autrement des psychosyphiloses dans lesquelles prédominent constamment les symptômes de dépression, d'hébétude, d'incohérence intellectuelle et morale. Celles-là procèdent immédiatement de syphilomes installés à demeure dans les méninges et dans le cerveau. Trop souvent elles résistent à tous les moyens thérapeutiques que nous dirigeons contre elles.

Aussi sont-elles d'une gravité très grande, car elles aboutissent la plupart du temps à des infirmités psychiques absolument incurables. Au plus faible degré, l'intelligence perd ce qu'il y a de plus délicat en elle, de plus fin, ce qui constitue pour ainsi dire sa floraison de luxe. Sans se perdre, elle n'est plus semblable à elle-même; elle tombe de la distinction dans la vulgarité. A un degré plus avancé, une profonde débilité s'en empare, l'étiole, la flétrit, diminue ou éteint presque ses qualités fondamentales : la mémoire, le jugement, l'attention; détend ou détraque le ressort moral, émousse et pervertit les sentiments, etc. Ce n'est pas tout à fait la décadence complète. Ces simples d'esprit ont encore quelques lueurs dans l'entendement. Mais voici venir une perturbation plus grande, unie à un affaiblissement plus radical : l'inertie, l'absence de toute spontanéité, la stupeur, la rareté des pensées et des paroles, l'hébétude, l'idiotie avec ou sans incohérence, etc., tels sont les principaux éléments de cette déplorable dégradation intellectuelle et morale.

Tout ce qui précède démontre clairement combien sont dangereuses les psychopathies syphilitiques. « Je suis persuadé, dit M. le docteur Buzzard, qu'il existe un grand nombre de sujets, qui, à la période moyenne de la vie, deviennent des *invalides chroniques de l'intelligence*, par le fait de la syphilis du cerveau. »

Dans la plupart des cas, la vie n'est pas menacée d'une façon immédiate et prochaine. Pourtant il y en a qui, tout à coup, deviennent tragiques, car au bout de quelques semaines et même de quelques jours, une attaque de coma mortel emporte les malades.

Il est donc impérieusement indiqué d'agir vite et avec vigueur, de diriger contre toutes les psychopathies spécifiques, dès leur apparition et plus tard, tous les moyens curatifs que nous fournit la médication spécifique. Dans la période initiale, ils peuvent sauver la situation; dans la période d'état, ils la sauvent rarement d'une façon complète; une amélioration relative est tout ce qu'on obtient.

Plus tard, quand les symptômes ne sont pas l'expression d'un syphilome qui évolue, mais celle d'une lésion qui a définitivement détruit quelques-uns des foyers du cerveau, quand ils sont devenus des infirmités, il est inutile de s'acharner contre eux. Ce serait peine perdue. Le mercure et l'iodure n'ont plus sur de pareils états aucune action curative.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE »

Traitement de l'hypohémie intertropicale (Opilaçad).

Le traitement de l'hypohémie intertropicale est encore à l'étude parmi les médecins brésiliens. Quelle que soit la théorie adoptée sur la cause de cette maladie intertropicale, le traitement en a varié à l'infini. Cependant, jusqu'à présent, la médication qui a surtout été préconisée, consiste dans l'administration du latex de la Gamelleira (*Ficus doliaria* Mart.) et du Jaracalia (*Carica dodecaphylla* Velleto). Le latex de ces plantes, employé comme vermicide ou vermifuge, passe pour avoir la propriété de tuer ou d'expulser l'ankylostome duodénal, c'est-à-dire le parasite intestinal de l'*Opilaçad*. On recommande en même temps les préparations ferrugineuses comme devant servir à régénérer le sang. Le plus grand nombre des médecins qui exercent dans les pays chauds, où règne cette maladie, s'appliquent à remplir ces indications.

Pour les réaliser, M. P. Peckolt, de Rio-de-Janeiro, a découvert la doléarine, qu'il considère comme le principe actif du *Ficus doliaria*, et il déclare que cette préparation est beaucoup plus avantageuse que le latex pur.

La réunion de la doléarine et du fer, d'après la formule de M. P. Peckolt, connue au Brésil sous le nom de *Dolearina e ferro Peckolt*, est le remède le plus connu et le plus souvent préconisé dans ce pays contre l'hypohémie intertropicale.

En ce qui me concerne, appelé à exercer depuis environ cinq ans dans une région très éprouvée par cette terrible maladie, j'ai prêté une grande attention aux altérations morbides, déterminées par le progrès de l'hypohémie, en cherchant toujours le meilleur moyen d'en combattre les effets.

Le foie m'a paru être l'organe qui vient à souffrir le plus tôt. L'engorgement du foie et la pâleur de la peau sont les symptômes qui, les premiers, frappent l'attention du médecin. Il me semble donc que l'indication première ne saurait être autre que de combattre cette altération morbide du foie. En commençant par cette indication que je considère comme capitale, j'ai établi dans les termes suivants la méthode de traitement de l'*Opilaçad*.

Première indication: dégorger le foie.

Prescription n° 1.

Calomel	0,05	centigrammes.
Podophyllin	1,01 à 0,02	—
Belladone (extrait)......	0,01 à 0,02	—
Savon amygdalin.......	0,10	—

Faites une pilule n° 1.

A prendre une pilule le matin, et l'autre le soir au coucher.

Seconde indication. En reconnaissant l'insuffisance du remède de M. Peckolt seul, je l'associe à d'autres vermifuges.

Prescription n° 2.

Dolearina e ferro Peckolt........	40 grammes.
Mousse de Corse...............	ãã 4 —
Kousso........................	ãã 4 —
Rhubarbe......................	ãã 4 —
Ecorce de racine de grenadier...	ãã 4 —

Mêlez. A prendre quatre à cinq cuillerées à café pendant la journée.

Cette formule pourra être modifiée par l'addition d'autres vermifuges connus en thérapeutique.

Je fais en même temps prendre au malade la pariétaire (*Parietaria officinalis*), la périparoba (*Piper umbellatum*), l'herva toslaô (*Boerhavia hirsuta*) sous forme d'infusion.

De temps à autre je fais interrompre l'usage de la médication vermifuge pour prescrire de nouveau les pilules de calomel, belladone, etc.

Si je crois reconnaître en même temps une complication paludéenne, je conseille aussi les sels de quinine.

En suivant strictement cette méthode de traitement, j'ai obtenu de très merveilleuses et durables guérisons dans l'espace de trois à quatre mois (six mois au maximum), ce qu'on n'obtient que rarement par le remède exclusif de M. P. Peckolt.

Dr J.-P. CURSINO DE MOURA.

Paubaté (province de Saint-Paulo, Brésil), le 6 avril 1889.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

DE LA CHIRURGIE CONSERVATRICE DU PIED ET DE L'ABLATION PRÉALABLE DE L'ASTRAGALE DANS LES RÉSECTIONS TIBIO-TARSIENNES POUR OSTÉO-ARTHRITE SUPPURÉE, par M. *Ollier*. — La fréquence des récidives après les opérations conservatrices tentées sur le cou-de-pied, la difficulté d'amener à une guérison complète et définitive la plaie occasionnée par la résection de l'articulation tibio-tarsienne, atteinte de carie ou de tuberculose osseuse, ont semblé donner raison jusqu'ici aux opérateurs qui considéraient l'amputation du pied, dans cette articulation ou au-dessus des malléoles, comme le parti le plus sage et le plus rationnel.

Tel n'est pas l'avis de M. Ollier qui, étudiant les conditions dans lesquelles on pratique d'ordinaire les résections, leur préfère la méthode qu'il résume dans les termes suivants :

Nous commençons par où nos devanciers finissaient, et nous agissons ainsi dans un triple but:

Nous enlevons d'abord l'astragale, qui est souvent le point de départ de l'affection et qui, dans les anciennes ostéo-arthrites, est toujours assez altéré pour faire craindre une récidive prochaine, si on le laisse dans la plaie.

En second lieu, nous conservons le plus possible de la mortaise tibiale, afin d'avoir de meilleures conditions de solidité pour la néarthrose que nous voulons établir. Une simple abrasion ou un évidement de la face interne des malléoles et du plateau tibial permet de conserver la charpente extérieure du ginglyme futur.

Et enfin, nous tenons avant tout à nous procurer, dès le commencement de l'opération, tout le jour nécessaire pour rechercher les altérations osseuses, et le plus d'espace possible pour fouiller avec sécurité les recoins les plus cachés. Grâce à l'espace libre que laisse l'ablation de l'astragale, nous voyons immédiatement dans quel sens nous devons diriger nos recherches et dans quelles limites nous pouvons agir.

Cette méthode, dont le but essentiel est de sacrifier un os dont le pied peut parfaitement se passer plutôt que les extrémités tibio-péronières, qu'il est plus difficile de faire reconstituer dans de bonnes conditions, malgré la régénération des malléoles, s'applique à toutes les résections du pied.

Suivent une série de considérations relatives à la régénération osseuse et aux résultats obtenus à l'aide de cette opération pratiquée depuis dix ans par M. Ollier et toujours suivie de succès.

« Il faut donc ne pas se hâter, dit-il en terminant, de pratiquer l'amputation du pied dans les ostéo-arthrites suppurées du cou-de-pied et des autres articulations tarsiennes. Quoique entourées de plus d'obstacles qu'au membre supérieur, les opérations conservatrices réussiront tout aussi bien dans les ostéopathies du pied, toutes les fois qu'on les appliquera dans les conditions locales et générales propres à favoriser leur succès. Ce sont des opérations applicables surtout aux jeunes sujets, jusqu'à l'âge de vingt-cinq à trente ans, lorsqu'il s'agit de ces ostéo-arthrites spontanées que nous rapportons aujourd'hui à la tuberculose. Il n'y a pas de règle absolue à cet égard; mais plus tard l'amputation est, d'une manière générale, préférable chez les tuberculeux, et il ne faut pas hésiter à y recourir s'ils sont menacés d'infection générale ou déjà atteints d'un commencement d'altération viscérale.

« En résumé, l'ablation de l'astragale, suivie de l'abrasion ou de la résection des articulations limitantes, permet de conserver le pied avec sa forme à peu près normale et son aptitude fonctionnelle pour l'exercice d'une vie active. Ces résultats nous paraissent dus au changement dans l'idée

directrice et la technique de la résection tibio-tarsienne. L'ablation de l'astragale permet de conserver plus complètement les extrémités tibiale et péronière, qui sont les parties les plus essentielles pour la solidité du pied, et surtout elle crée une voie large pour explorer le champ opératoire et découvrir les germes morbides qui nous échappaient autrefois. D'autre part, le perfectionnement de la technique opératoire permet de faire les ablations osseuses les plus complexes et les plus étendues sans sacrifier aucun des organes (tendon, muscle, nerf, ligament), qui seront utiles pour la reconstitution du pied sur son type primitif. »

Sur une auto-intoxication d'origine rénale, avec élévation de la température et dyspnée, par M. R. *Lépine*.

On sait qu'un chien bien portant, à qui on a lié aseptiquement les deux uretères, succombe, en trois jours environ, avec un abaissement de la température centrale et quelques troubles gastro-intestinaux. Si, au lieu de se borner à interrompre la perméabilité des uretères, on introduit dans leur intérieur une canule communiquant avec un réservoir renfermant de l'eau stérilisée, à laquelle on a ajouté du chlorure de sodium dans la proportion de 0,7 pour 100, et suffisamment élevé pour que l'écoulement de l'urine ne puisse avoir lieu, et qu'au contraire une petite quantité de la solution saline pénètre dans les reins (ce dont on est informé par l'abaissement du liquide dans le réservoir); dans ces conditions, dis-je, différentes, comme on voit, de celles qui sont créées par la ligature des uretères, on assiste à un tableau symptomatique bien différent:

Le chien ne vomit pas et n'a pas de diarrhée, mais il écume; puis sa température centrale et périphérique s'élève progressivement et, à peu près en même temps, la respiration revêt un type *expirateur*, spécial; elle se ralentit d'abord, puis s'accélère beaucoup et devient très bruyante; parfois il y a de petits soubresauts des pattes. Cependant la température centrale continue à s'élever et l'animal, en peu d'heures, succombe avec une température qui varie de 40 à 42 degrés centigrades. Alors qu'elle a commencé à monter à un chiffre élevé, on ne peut guère empêcher la terminaison fatale, même en se hâtant de laisser couler l'urine.

On ne peut admettre que les accidents soient dus à la simple pénétration de l'eau, car on peut infuser dans les veines d'un chien une quantité d'eau salée stérilisée beaucoup plus considérable sans provoquer de fièvre ni de trouble bien sensible. Mais on comprend que, pénétrant par les voies urinaires et lavant, en quelque sorte, le rein, avant d'entrer dans la circulation, elle se charge des sucs interstitiels de l'organe et acquière ainsi une action thermogène, dyspnéogène, etc. Cette action topique des sucs interstitiels du rein est prouvée par l'expérience suivante.

J'ai sacrifié un chien sain par hémorrhagie; j'ai aussitôt broyé ses reins dans de l'eau stérilisée et, après filtration, injecté le liquide tiède dans les veines d'un chien un peu plus petit. Au bout de quatre heures, la température centrale s'était élevée à 40°,1 et il était survenu de l'oppression, de l'écume et de l'agitation, c'est-à-dire des symptômes semblables à ceux des chiens soumis à une contre-pression urinaire.

Ainsi le rein sain renferme des principes thermogène, dyspnéogène (1), etc.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 21 MAI 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MAURICE PERRIN.

M. le directeur de l'Assistance publique de Paris informe que le Conseil général de la Seine vient de décider d'allouer à l'Académie une subvention annuelle de 2000 francs pour fournir du vaccin animal en pulpe au service des enfants assistés de ce département.

MM. les docteurs *Colffier* (du Puy), *Commenge* et *Morer*, médecin-major de 2e classe au 152e d'infanterie, envoient des rapports sur *les vaccinations et revaccinations qu'ils ont pratiquées en 1888*.

M. *Dujardin-Beaumetz* dépose une brochure sur la *goutte* par M. le docteur *Maximin Legrand*, et un mémoire imprimé de M. le docteur *Menin* sur la *santé par l'exercice*.

M. *Laboulbène* dépose deux mémoires manuscrits de M. le docteur *Moura* sur la *physiologie des registres de la voix*.

M. *Lancereaux* présente une *étude d'hygiène domestique sur les cabinets d'aisances*, par M. le docteur *Zavitziano* (de Constantinople).

M. *Constantin Paul* dépose une brochure de M. le docteur *Daujoy* sur la *cure du diabète à La Bourboule* et un *Guide pratique des pesages pendant les deux premières années*, avec un *Atlas*, par M. le docteur *Sutils*, de La Chapelle-la-Reine (Seine-et-Marne).

M. *Duplay* présente une brochure de M. le docteur *Golay* (de Genève), intitulée: *Conseils aux jeunes mères*.

Communication intercardiaque congénitale. — M. le docteur *A. Legroux* lit, au nom de M. *Ernest Dupré* et au sien, une observation de communication congénitale des deux cœurs, par inocclusion du septum interventriculaire. Cette malformation cardiaque a été reconnue pendant la vie et vérifiée après la mort, chez un jeune garçon de quatre ans et demi. La lésion était simple, sans rétrécissement de l'artère pulmonaire, sans cyanose, et elle a été diagnostiquée par l'auscultation seule, qui a permis de constater le souffle interventriculaire systolique, classique, dont les caractères pathognomoniques ont été formulés par M. H. Roger il y a dix ans. La nécropsie a pleinement confirmé le diagnostic de MM. Legroux et E. Dupré, qui proposent de dénommer « souffle de Roger » le signe révélateur de cette anomalie cardiaque.

Résection du genou. — M. *Ollier* fait tout d'abord observer avec quelle lenteur les chirurgiens français ont accepté la résection du genou; elle est même encore repoussée par la grande majorité d'entre eux, par crainte d'une mortalité considérable, de résultats imparfaits au point de vue orthopédique et de défaut d'union osseuse. Mais, si la mortalité était si énorme en effet que M. Ollier en avait une autrefois de 75 pour 100 chez ses opérés, elle n'a plus été que de 9 pour 100 dès qu'il a pratiqué l'antisepsie. Depuis 1880 il a fait 32 fois la résection du genou; trois opérés sont morts, l'un de choc et deux de granulie. Il faut d'ailleurs établir à cet égard deux catégories de faits, suivant que les articulations sont suppurées et infectées ou qu'elles ne sont pas suppurées ou du moins non ouvertes.

Depuis que la mortalité a diminué par le fait de l'antisepsie, d'autres causes ont cependant empêché la diffusion de la résection du genou, à savoir la longueur de l'opération, les accidents immédiats, la difficulté de diriger le traitement consécutif, les pansements fréquents, leurs inconvénients, le déplacement des fragments, la fréquence de la pseudarthrose. C'est pour cela que depuis de longues années M. Ollier s'est attaché à trouver un pansement qui n'ait pas besoin d'être renouvelé souvent; il ne l'a trouvé qu'avec l'iodoforme. Grâce à ce pansement, le traitement postopératoire, si long, si pénible autrefois, est devenu aussi facile que celui d'une simple fracture de cuisse.

Passant ensuite à l'examen critique des modes de pansement proposés, M. Ollier est d'avis que la suppression du drainage est un idéal qu'il faut poursuivre et qui est réalisable pour certaines résections orthopédiques ou traumatiques (sur des régions non infectées), mais contre lequel il faut mettre en garde les esprits trop confiants. Il a toujours drainé dans les ostéo-arthrites chroniques tuberculeuses du genou et il croit qu'il drainera toujours, ne serait-ce que par prudence. Avec des drains on a toute sécurité et ils n'ont pas d'inconvénients sérieux puisqu'on peut les laisser soixante-dix jours en place. Que signifient deux gouttes de pus qu'on trouve sur leur trajet, si la plaie a suivi une marche aseptique? Et cependant il faut tout combiner dans les résections du genou pour ne pas avoir une seule goutte de pus, l'infection de la plaie interosseuse pouvant, sinon

(1) J'admets volontiers l'existence de plusieurs principes toxiques, l'un thermogène, l'autre dyspnéogène, etc., parce que, dans les nombreuses expériences que j'ai faites, j'ai vu tantôt l'hyperthermie et tantôt l'oppression entrer la première en scène, ou prédominer pendant tout le cours des accidents.

faire échouer l'opération, du moins retarder son succès de plusieurs mois.

Quant à la suture, M. Ollier s'en déclare toujours partisan, bien que le pansement unique semble indiquer qu'elle n'est plus nécessaire; mais il admet toujours l'hypothèse de la nécessité de renouveler le pansement, et alors il vaut mieux avoir les os suturés, d'autant plus que la présence d'un corps étranger aseptique entretient une irritation productive, féconde au point de vue de l'ossification. La consolidation exige un temps toujours long et il est nécessaire de faire porter des bandages jusqu'à la synarthrose complète.

Passant ensuite à l'examen des résultats orthopédiques et fonctionnels, il estime qu'il convient de toujours chercher l'ankylose et de ne pas se laisser détourner par quelques exemples, qu'on cite de loin en loin, de néarthroses mobiles fonctionnant bien. Ce n'est qu'un pis-aller dont on pourra se contenter, mais dont il n'y a pas lieu de se féliciter. Et cependant l'ankylose est-elle le dernier mot du progrès chirurgical? Sans doute, chez les animaux, on parvient à reproduire les condyles du tibia et du fémur et à constituer une articulation intermédiaire; ce n'est que par les avivements des condyles à l'aide de résections superficielles, qu'on pourra chez les jeunes sujets chercher à obtenir une articulation mobile à la condition de conserver tout l'appareil ligamenteux et musculaire.

On ne pratique pas assez la résection du genou; depuis l'antisepsie, M. Ollier ne s'est jamais repenti d'avoir réséqué et il a eu plus d'une fois le regret de ne l'avoir pas fait. La résection est indiquée non seulement dans les ostéo-arthrites suppurées, qui bientôt exigeraient l'amputation du membre, mais elle est indiquée aussi dans ces ostéo-arthrites qui ne finissent pas et ne peuvent aboutir. Elle est rationnelle au double point de vue de l'indication vitale et de l'indication orthopédique dans les ostéo-arthrites avec déformation, avec flexion du genou, qu'on ne peut redresser. Ce n'est pas seulement avec l'amputation de la cuisse que la résection du genou doit être mise en parallèle, c'est surtout avec l'expectation. On ne saurait trop s'élever contre la résection dans les cas qui peuvent guérir par l'immobilisation, le temps et la patience, et ce qui pourrait faire rattacher à l'expectation, c'est que le résultat orthopédique de la résection ne sera jamais meilleur que celui d'une articulation naturellement ankylosée en position rectiligne. Mais faut-il persister indéfiniment dans l'expectation? Est-il sage, est-il rationnel d'exposer pendant plusieurs années à toutes les chances d'aggravation locale et d'infection tuberculeuse générales un malade qui peut guérir en trois mois par la résection? Avec l'antisepsie la question est complètement changée; la réserve d'hier serait une faute aujourd'hui; s'y maintenir, ce serait faire preuve d'aveuglement systématique et nier le progrès.

Diabète. — Discutant la communication faite à la dernière séance par M. Worms sur la forme lente du diabète et son traitement, M. *Dujardin-Beaumetz* fait remarquer qu'il y a toujours un certain inconvénient à conclure pour une maladie aussi complexe que le diabète, en se basant exclusivement sur un nombre restreint d'observations, quelque rigoureuses et prolongées qu'elles aient été. Ainsi, parmi les 41 malades dont a parlé M. Worms, il n'en est que 4 chez lesquels il a observé une soif exagérée, 9 ayant présenté de la polyurie et 2 seulement qui avaient un appétit exagéré; ce sont là cependant des symptômes généralement considérés comme caractéristiques chez le plus grand nombre des diabétiques. D'autre part, M. Worms attribue une longévité assez grande à la forme lente du diabète; il n'en faut pas moins remarquer que dès qu'un homme est devenu diabétique, sa nutrition est entravée et il se trouve dans des conditions d'infériorité vitale incontestables.

M. Dujardin-Beaumetz persiste à croire que le diabète est une maladie *totius substantiæ* qui peut revêtir les formes les plus complexes, mais qui n'en constitue pas moins une maladie propre; elle revêt trois formes: la forme bénigne et légère, la forme lente et moyenne d'intensité, et la forme grave. Si par l'examen clinique il n'est pas toujours commode d'établir une séparation bien nette, sauf peut-être pour les formes graves, on peut néanmoins l'établir très facilement par le résultat que fournit le régime alimentaire spécial rigoureusement suivi. La quantité de sucre émise ne peut assurément servir de criterium; c'est bien plutôt la rapide disparition du sucre sous l'influence du régime alimentaire qu'il faut envisager; aussi les diabétiques légers sont-ils ceux chez lesquels celui-ci amène, lorsqu'il est rigoureusement suivi, la disparition du sucre en très peu de jours, tandis que chez les diabétiques de moyenne intensité on ne parvient jamais, quel que soit le traitement, à faire disparaître totalement le sucre; enfin, les diabétiques graves sont ceux dont on fait à peine varier la quantité très élevée du sucre, malgré la rigueur du traitement.

C'est donc, dans la plupart des cas, cette rigueur du régime alimentaire qu'il importe d'obtenir. Que doit être ce régime ? Il faut en proscrire le lait, ne permettre les pommes de terre cuites à l'eau qu'à la dose maxima de 100 grammes par jour, alimenter à l'aide de pain de gluten ou mieux de pain de soja et user surtout d'aliments gras, conserves de poisson à l'huile, caviar, charcuterie. Il est utile d'user modérément de la saccharine (10 centigrammes par jour) pour sucrer le café, le thé ; éviter l'alcool et les boissons alcooliques. Quant à l'emploi de médicaments, l'association des sels de lithine aux préparations arsenicales rend de réels services dans bien des cas; le sulfate de quinine, recommandé par M. Worms, agit utilement sans doute sur l'axe cérébro-spinal; de même, le bromure et certains médicaments antithermiques, tels que le méthyl acétanilide ou exalgine. L'exercice musculaire est enfin l'une des parties les plus importantes du traitement du diabète.

M. *Germain Sée* rend compte de ses recherches sur la glycogénie normale; il les résume de la manière suivante:

1° Les urines contiennent normalement du glycose, mais en quantité si minime qu'elle ne peut pas être décelée par les réactifs ordinaires tels que la fermentation, le polarimètre, et même la liqueur de Fehling, qui n'agit que quand il y a 0,05 de sucre pour 100.

2° Un nouveau réactif, la phénylhydrazine, y démontre le sucre quand il n'y aurait que 0,033 milligramme pour 100; or cette réation se retrouve 14 fois sur 42 cas ou 16 à 17 pour 100 chez les individus réputés sains.

3° Mais ce réactif n'a de valeur que si en même temps l'individu examiné peut perdre impunément 160 grammes de substance amylacée (pain blanc); s'il ne rend pas plus de sucre, ce n'est pas un diabétique et inversement.

4° Dans l'état normal, le sucre ne reparait dans les urines que quand il dépasse 250 grammes pour le sucre de canne, 200 grammes pour le sucre de lait; chez le diabétique, la moindre quantité de ces sucres se retrouve dans les urines et augmente le chiffre pathologique préexistant. Dans tous les cas, les sucres à forte dose agissent en même temps comme diurétiques.

5° Outre le sucre qui n'existe pas toujours normalement, nous avons trouvé par divers réactifs le chlorure de benzoyle, l'α naphtol, le furfurol, des quantités constantes d'hydrates de carbone, semblables au groupe des dextrines et voisins du groupe glycose. Leur transformation en ce dernier groupe est possible.

Dès lors s'explique la facilité de l'établissement de la glycosurie, ce qu'on n'avait pas soupçonné avant nos recherches.

6° La formation du glycose est aussi un phénomène normal qui résulte de la transformation de la matière glyco-

gène du foie en sucre de raisin. Or, cette matière glycogène se développe, non seulement aux dépens des substances amylo-sucrées introduites avec les aliments, mais aussi aux dépens des albuminates, provenant du dehors ou du dedans; c'est la découverte de Cl. Bernard, confirmée par Séegen, et tous les physiologistes modernes.

7° S'il en est ainsi, si le sucre dans les urines est normal, si la matière glycogène dans le foie et j'ajoute dans les muscles est normale, la glycosurie ne sera qu'une exagération de la genèse normale.

8° D'une autre part, de la glycosurie normale à cause permanente au diabète, il n'y a qu'un pas; les deux états dérivent de la physiologie et s'enchaînent.

9° Aussi le diabète n'a-t-il pas d'espèces distinctes; il est un, toujours le même, et ne varie que par et dans ses conditions de développement chez les riches et les pauvres, chez les adultes et les enfants; les pauvres et les enfants ont un diabète de misère, les autres de luxe.

10° L'origine du diabète est dans la circulation activée du foie de par le système vaso-moteur de cet organe, lequel système est sous l'influence directe ou réflexe d'une irritation de la moelle allongée (Cl. Bernard) et de presque tous les centres nerveux. La suractivité du foie entraîne une néoformation de nature glycogène ou une transformation rapide, exagérée de cette substance en sucre.

11° Il n'y a donc qu'une seule espèce de diabète, c'est l'hyperglucogénie (avec ou sans azoturie), et la plupart du temps d'origine nerveuse. La quantité de sucre ainsi formé fait fonction de diurétique et entraîne au dehors le sucre préexistant.

12° Le diabète peut aussi avoir pour cause l'hypergenèse de la matière glycogène dans les muscles.

13° Les médicaments qui enrayent l'hypergenèse nerveuse du sucre sont les seuls qui soient antidiabétiques; l'antipyrine agit dans ce sens de la manière la plus évidente.

M. *Albert Robin*, tout en se réservant de prendre la parole sur ce sujet dans la prochaine séance, fait dès maintenant observer que plusieurs faits confirment les preuves d'ordre chimique rapportées par M. Germain Sée sur la présence des matières ternaires dans l'urine normale : c'est ainsi que M. Boutreçky a récemment montré que la réduction de la liqueur de Fehling pouvait être obtenue même dans celle-ci, que M. Quinquaud a établi, il y a quelques jours, que l'urine renferme normalement du sucre et qu'enfin on a constaté chez tous les diabétiques les matières ternaires de l'urine.

— L'ordre du jour de la séance du 28 mai est fixé ainsi qu'il suit : 1° rapport de M. *Trasbot* sur la rage tanacétique; 2° suite de la discussion sur le traitement du diabète (inscrits : MM. *A. Robin*, *Worms*); 3° communication de M. *G. Sée* sur un nouveau diurétique.

Société de biologie.

SÉANCE DU 11 MAI 1889. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Action du pneumogastrique sur le cœur anémié de la grenouille : M. Dourdoufi. — Disparition de l'anesthésie de cause organique : M. Brown-Séquard. — Rôle glandulaire des procès ciliaires : M. Nicati. — Sur l'absorption de l'eau par les graines : M. Gréhant. — De l'épilepsie provoquée par l'excitation de la dure-mère : M. Dupuy. — De l'hypohématose : M. Maurel.

En anémiant des grenouilles par la section de l'aorte ou de la veine inférieure, M. *Dourdoufi* a vu l'excitation du pneumogastrique, dans ces conditions, exagérer la fréquence des battements du cœur, loin de la diminuer. Ce résultat est donc absolument contraire à celui qu'a obtenu M. Laulanié à la suite de la section de la pointe du cœur; dans ce cas, en effet, la puissance d'arrêt du nerf vague est augmentée. M. Dourdoufi pense, étant donnée la présence de filets modérateurs et accélérateurs dans le tronc du pneumogastrique chez la grenouille, que, dans l'expérience qu'il a réalisée, l'excitabilité des accélérateurs est beaucoup augmentée.

— M. *Brown-Séquard* rapporte un certain nombre de faits qui montrent que l'anesthésie, due à une lésion organique (tumeur du pédoncule cérébral, par exemple), peut disparaître subitement sous l'influence d'une ou deux séances d'électrisation. D'autre part, dans plusieurs cas où l'autopsie fut faite par la suite, on constata que la lésion existait toujours. M. Brown-Séquard se croit donc en droit de conclure de ces faits que la perte de fonction dont il s'agissait dans tous ces cas ne dépendait pas d'une destruction de conducteurs nerveux, mais d'une simple irritation dynamique.

— M. *Malassez* présente une note de M. *Nicati* sur la fonction glandulaire des procès ciliaires. L'auteur, au moyen d'injections de matières colorantes dans le péritoine, a pu déterminer au bout de combien de temps ces matières apparaissent dans les yeux. Il a également cherché à évaluer la surface de sécrétion représentée par les procès ciliaires qui sont recouverts d'un épithélium sécrétoire.

— M. *Dupuy* a répété sur le chien une expérience qu'il avait déjà faite sur le lapin; il avait vu sur cet animal que, si on sectionne la dure-mère, il survient une paralysie du même côté; et, en sectionnant la dure-mère du côté opposé, la paralysie disparait. On obtient chez le chien les mêmes effets. De plus, il a vu que, chez des chiens profondément chloroformés, l'excitation de la même membrane peut déterminer un accès d'épilepsie, alors que l'excitation directe du gyrus sigmoïde n'a plus aucun effet. Il se demande si, dans ce cas, on n'excite pas d'autres filets nerveux que les nerfs sensibles de la dure-mère qui doivent être anesthésiés.

— M. *Laborde* présente une note de M. *Maurel*, relative aux troubles divers produits par l'insuffisance des échanges entre le sang et les tissus; l'auteur propose d'appeler cet ensemble de symptômes *hypohématose*.

SÉANCE DU 18 MAI 1889. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Sur le pancréas des poissons : M. Laguesse. — Le nerf excito-sécréteur de la parotide : M. Moussu. — De la capacité vitale chez les épileptiques : MM. Féré et Perruchet. — La glycosurie physiologique : M. Quinquaud. — Sur un parasite des limaces : M. Mégnin. — Sur le pouvoir d'absorption donné par le sang : M. d'Arsonval. — Sur le dosage de la potasse dans les liquides organiques : M. A. Robin.

M. *Laguesse* a étudié le développement du pancréas chez la truite. Il résulte de ses recherches que cet organe se développe chez les poissons comme chez les mammifères, mais qu'à un moment donné il subit un arrêt. Au point de vue de la structure, il est bien développé, mais il ne constitue pas une glande bien délimitée, mais des portions glandulaires disséminées le long du tube digestif.

— M. *Moussu* décrit le nerf excito-sécréteur de la parotide qu'il a pu isoler et disséquer, de façon à en déterminer exactement le trajet, chez le bœuf, le cheval, le mouton, le porc. Les dispositions varient plus ou moins chez ces divers animaux.

— M. *Féré* a mesuré avec M. *Perruchet* la circonférence thoracique et la capacité vitale chez les épileptiques. Il signale la fréquence de la phthisie chez ces malades.

— M. *Quinquaud* a pu s'assurer, grâce à un procédé de dosage perfectionné, de la présence constante chez les sujets normaux d'une certaine quantité d'une substance réductrice et fermentescible dans les urines; cette quantité s'élève à 0gr,80 environ par jour. Il dira prochainement si cette substance qui réduit la liqueur cupro-potassique est ou non du glucose.

— M. *Mégnin* décrit un petit acarien parasite qu'il a été à même d'observer sur les limaces. Linné avait déjà signalé son existence.

— M. *d'Arsonval*, en photographiant, par le procédé qu'il a décrit dans une des dernières séances, le spectre d'absorption donné par le sang, a constaté, outre les deux bandes bien connues dans la région entre D et E, la présence d'une troisième bande dans la région violette. Il n'a obtenu cette bande qu'avec le sang veineux du testicule.

— M. *A. Robin* a constaté souvent à la fin des maladies aiguës, une quantité considérable de matières salines dans les urines. Mais il ne faudrait pas croire, comme l'ont encore récemment soutenu MM. Gaume et Roger, que ces matières sont surtout composées de potasse, de telle sorte que la toxicité des urines serait due presque exclusivement à ce corps. M. Robin s'attache à montrer qu'il y a là une erreur, qui tient à un procédé de dosage très défectueux de la potasse; il a déterminé les conditions et les limites de cette erreur. De ces recherches ressort une conséquence importante pour la thérapeutique, à savoir qu'on ne peut se fonder sur les résultats obtenus par un procédé de dosage aussi inexact pour proscrire l'emploi des sels de potassium et en particulier de l'iodure.

Société anatomique.

SÉANCE DU 3 MAI 1889. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

MM. *Verchère* et *Lemonnier* communiquent un fait d'*épithélioma intracanaliculaire végétant du sein.*

— M. *Paul Bezançon* décrit des *malformations du vagin et de l'utérus.*

— M. *de Grandmaison* montre un *ostéosarcome du bassin* comprimant l'uretère et causant une hydronéphrose.

— M. *Thiéry* fait voir une *rupture indirecte de l'estomac non malade*, par chute sur les ischions.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Opération précoce du bec-de-lièvre et des fissures palatines congénitales, par JULIUS WOLFF. — Nous avons déjà rendu compte l'an dernier d'un mémoire de M. Wolff sur ce sujet. L'observation actuelle a pour sujet un enfant chez lequel la difformité labiale a été opérée avec succès à l'âge de deux jours. Puis il n'avait pas encore cinq mois, et était fort chétif, quand fut entreprise l'urano-staphylorrhaphie. L'opération fut heureuse. Les décès deviennent rares aujourd'hui qu'on sait éviter l'hémorrhagie par une compression méthodique, qu'on assure la réunion immédiate par des irrigations que la position tête pendante rend possibles. Enfin Wolff recommande, à cet âge, d'opérer en plusieurs séances : on libère les lambeaux quelques jours avant de les suturer et même dans le cas actuel il a libéré chacun des lambeaux en une séance spéciale. L'auteur relate encore trois observations où chez l'adulte il a eu à se louer de ce procédé. (*Ueber einen Fall von operativer Vereinigung einer linkseitig durchgehenden Lippen- und Gaumenspalte bei einem 5 Monate alten Kinde*, in *Arch. f. klin. Chir.*, 1888, t. XXXVIII, p. 56.)

Palmure du jarret, par M. J. WOLFF. — Sur une fille de dix ans, qui porte plusieurs autres malformations, Wolff décrit une palmure extrêmement développée unissant la face postérieure de la jambe à celle de la cuisse, et fixant en flexion à angle droit ces deux segments du membre, dont le pied présente d'ailleurs des anomalies. (*Ueber ein Fall von angeboren Flughautbildung*, in *Arch. f. klin. Chir.*, 1888, t. XXXVIII, p. 66.)

Enchondrome des glandes palatines, par M. MAX HOFFMANN. — Mémoire fondé sur l'observation d'un homme de cinquante-six ans auquel Braun (d'Iéna) a réséqué le maxillaire supérieur pour un enchondrome palatin ayant détruit la lame osseuse. Mais l'examen histologique a prouvé que la tumeur est d'origine glandulaire, et M. Hoffmann rappelle des faits analogues recueillis par Michaux (de Louvain), Picht, Trélat et Malassez. Il les distingue avec raison des enchondromes d'origine osseuse vus au palais par Langenbeck, Rohden, Santesson, et il les rapproche au contraire des divers enchondromes glandulaires et en particulier des tumeurs mixtes de la parotide. (*Eine Missgeschwulst des harten Gaumens*, in *Arch. f. klin. Chir.*, 1888, t. XXXVIII, p. 93.)

Corps étranger de l'estomac, par M. HASHIMOTO (du Japon). — Histoire d'une Japonaise de quarante ans qui, quinze ans auparavant, avait avalé sa brosse à dents. Brosse à dents différente d'ailleurs de celles dont nous nous servons en Europe et formée d'une tige de bois blanc dissociée à une extrémité en forme d'une sorte de houppe. La malade, dyspeptique, avait accoutumé, depuis l'âge de treize à quatorze ans, de s'en servir pour s'extraire chaque matin des mucosités pharyngiennes. En mai 1872, elle l'avala pendant cette manœuvre. En mars 1873, douleurs et issue à l'épigastre du bout pointu de l'instrument: un médecin tire dessus et le casse. La plaie se cicatrise, En mai 1886, abcès épigastrique et fistule. Hashimoto élargit la fistule et extrait avec succès le corps étranger. La fistule se ferma en quatre semaines. A la suite de cette observation, l'auteur en rapporte une autre où la taille stomacale, heureuse, a été faite au septième jour, sur un homme de trente-six ans pour un corps étranger semblable, avalé dans des conditions identiques. La pointe du manche avait déjà traversé la paroi antérieure de l'estomac. (*Extraction einer vor 15 Jahren verschluckten Zahnburste aus dem Magen*, in *Arch. f. klin. Chir.*, 1888, t. XXXVIII, p. 169.)

Traitement de l'ostéomyélite aiguë, par M. O. THELEN. — Note destinée à prouver que dans l'ostéomyélite aiguë de l'adolescence l'expectation, encore classique en Allemagne, paraît-il, est une mauvaise pratique; qu'il faut immédiatement mettre l'os à nu et le trépaner. Point n'est besoin d'insister davantage sur ces notions aujourd'hui vulgaires parmi nous. (*Ueber die Behandlung der acuten eitrigen Osteomyelitis an den Epiphysenlinien*, in *Arch. f. klin. Chir.*, 1888, t. XXXVIII, p. 212.)

Gastrostomie, par M. ZEZAS. — L'auteur (qui a déjà publié un mémoire sur la gastrostomie) relate cinq opérations faites depuis deux ans à Berne dans le service de Niehans. Il est partisan de la gastrostomie en cas de cancer ; mais les quatre cas de ce genre qu'il rapporte sont des morts rapides. La cinquième observation n'est pas banale. Elle concerne un sujet auquel on excisa un diverticule de l'œsophage : la suture échoua à cause de l'indocilité du malade et il persista une fistule qui fut traitée par la cautérisation au fer rouge, puis par l'avivement et la suture Pendant ce temps on essaya de l'alimentation rectale, bientôt reconnue insuffisante, et Niehans crut alors bon de recourir à la gastrostomie, mais le malade mourut le lendemain. (*Beiträge zur Casuistik der Gastrostomie*, in *Arch. f. klin. Chir.*, 1888, t. XXXVIII, p. 222.)

Plaie pénétrante de l'abdomen, par M. Gruenbaum. — Homme de vingt-six ans qui reçut, le 20 juin 1885, un coup de revolver dans l'abdomen. La plaie siége à hauteur de l'ombilic, sur la verticale du mamelon; pas d'orifice de sortie, mais il y a une induration, due sans doute au projectile, au côté droit de la colonne vertébrale, en arrière, au niveau de la troisième vertèbre lombaire. L'apophyse transverse est fracturée. Extraction de la balle et de l'os brisé ; désinfection des plaies ; opium, eau veineuse glacée, glace sur le ventre. Le malade guérit bien après avoir rendu plusieurs fois des caillots sanguins dans les selles et sortit de l'hôpital. Mais peu après sa sortie il vit s'ouvrir une fistule purulente de la région lombaire et il vint retrouver son chirurgien en mars 1887. La fistule se ferma après l'extraction d'un séquestre. (*Penetrirende Bauchschusswunde*, in *Centr. f. Chir.*, 1889, p. 123.)

BIBLIOGRAPHIE

Du délire chez les dégénérés. Observations prises à l'asile Sainte-Anne, 1885-1886 (service de M. Magnan), par M. le docteur Legrain, ancien interne des asiles de la Seine. — 1 vol. in-8°, Paris, 1886. Aux bureaux du *Progrès médical* et chez E. Lecrosnier et Babbé.

Dans ce volume, intéressant à plus d'un titre, M. Legrain donne un tableau aussi exact que possible de la folie des dégénérés, telle que l'acceptent M. Magnan et son école. Après avoir indiqué les signes généraux des dégénérescences physiques et mentales et caractérisé ce qu'il faut entendre par l'état mental des dégénérés, l'auteur étudie rapidement ce que, dans le langage de l'école, on appelle les syndromes épisodiques, syndromes qui ont été longuement décrits par M. Saury dans sa savante *Etude clinique sur la folie héréditaire*, et termine la première partie de son travail par un chapitre sur la manie raisonnante et la folie morale, qu'il fait rentrer avec raison dans le cadre qu'il s'est tracé.

Cest dans la seconde partie que l'auteur entre dans le sujet de sa thèse, l'étude du délire chez les dégénérés. Il nous montre que ces malades ne délirent pas comme les autres aliénés; qu'ils sont déséquilibrés, illogiques, excentriques, originaux dans leurs manifestations délirantes comme ils le sont moralement; qu'ils peuvent présenter toutes les variétés possibles de délire ; enfin, que ce délire survient d'ordinaire *brusquement*, *d'emblée*, évolue très vite et se termine le plus souvent par la guérison à bref délai. Outre ce délire d'emblée, pathognomonique de l'état de dégénérescence, M. Legrain décrit « un délire évoluant chroniquement, mais affectant une marche plus irrégulière, présentant des formes multiples (*polymorphisme*) dans le même temps ou successivement, interrompu parfois par des bouffées subites d'idées délirantes s'évanouissant presque aussitôt; enfin se terminant très fréquemment par la guérison, quelquefois par la démence ». C'est là, paraît-il, un point d'une orthodoxie douteuse, si nous en croyons du moins ce qu'en a dit M. Magnan dans la discussion qui a eu lieu récemment à la Société médico-psychologique sur le délire chronique (voy. *Annales médico-psychologiques*, n° de mai 1888, p. 452); il critique surtout l'expression de *délire à évolution chronique des dégénérés*, employée par M. Legrain.

Après son long chapitre sur ces délires à évolution chronique, l'auteur, arrivant à la marche et à la terminaison du délire chez les dégénérés, nous montre la fréquence chez ces malades des formes intermittentes, les démences *précoces* et les démences survenant *prématurément* chez des sujets jeunes prédisposés héréditairement ; puis il insiste sur l'alcoolisme des ascendants constituant un des facteurs les plus puissants de la dégénérescence et inversement sur la très grande facilité avec laquelle les dégénérés commettent des excès de boisson; enfin il ajoute quelques mots sur les folies sympathiques qui doivent d'après lui faire partie du délire des dégénérés et ne pas être considérées comme des « entités morbides ».

Toutes les idées que nous venons de résumer sont exposées dans le travail de M. Legrain avec beaucoup de talent, nous nous plaisons à le reconnaître: rien n'est avancé sans que de nombreuses observations ne viennent à l'appui. Celles-ci sont au nombre de soixante-dix-sept, presque toutes personnelles, prises avec soin et dénotant de grandes qualités cliniques. Peut-être en est-il plusieurs d'entre elles que l'on interpréterait autrement que ne le fait l'auteur; mais cette remarque, loin d'être un blâme, prouve plutôt le soin minutieux avec lequel les faits ont été reproduits.

Cette part faite à l'éloge, M. Legrain nous permettra une critique qui peut s'adresser à la plupart des travaux de médecine mentale publiés depuis quelques années. Nul compte n'y est tenu des travaux antérieurs. Ceux qui les écrivent semblent avoir pris à la lettre cette boutade d'un agrégé de la Faculté de Paris, devenu professeur d'histoire de la médecine : « Déchirez, brûlez tous vos livres, mais allez chaque jour à l'hôpital. » M. Legrain n'a sans doute brûlé ni les ouvrages de Moreau (de Tours), ni la *Folie lucide* de Trélat, qui ont cependant dit leur mot sur le sujet qu'il traite; mais, à la lecture de son travail, il semble que quelque malin esprit a déchiré dans son exemplaire du *Traité des maladies mentales* de Morel, les feuillets 513 à 647, qui contiennent tous les éléments de sa thèse, car il n'en cite pas un mot. Il ne rappelle qu'en passant cet auteur, pour nous apprendre qu'il a « bien conçu une partie du problème »; en quoi il se trouve en contradiction avec un autre élève de M. Magnan, qui, avec plus de justice, vient d'écrire que « la folie des dégénérés a été créée de toutes pièces par Morel (1) ». Voilà la vérité. Et de fait, tous les médecins qui lisent l'œuvre de l'éminent aliéniste — et il y en a encore quelques-uns, croyons-nous — savent que Morel est le créateur de la folie héréditaire, qu'il en a décrit les stigmates physiques et même fait connaître les *stigmates psychiques* sous le nom d'*idées fixes* et d'*excentricités:* qu'à lui aussi appartient l'honneur d'avoir fait entrer la folie morale, ou manie raisonnante, dans le cadre de ce nouveau genre de folie. Pour ce qui concerne le délire des dégénérés, il en a indiqué magistralement les caractères spéciaux; il en a montré l'explosion subite, instantanée, la fréquence des alternances et des rémittences, la cessation subite des phénomènes délirants, etc. C'est aussi lui qui, le premier, a insisté sur la *précocité* de la démence chez les héréditaires; il a même accepté chez ceux-ci une folie à évolution progressive. Mais nous n'insisterons pas plus longuement sur les titres de Morel à la création de la folie héréditaire; ce savant aliéniste en a d'autres encore que M. Legrain méconnaît. Il semble d'après lui que la synthèse du délire de persécution et du délire des grandeurs, baptisée aujourd'hui du nom de délire chronique, est de date toute récente. Et cependant elle se trouve en toutes lettres dans le *Traité* de Morel publié en 1859; qu'on se reporte en effet aux pages 126, 266 et 267, et enfin à la page 704 où se trouve un paragraphe intitulé: « *Transformation du délire de persécutions, systématisation des conceptions délirantes : transition à l'idée qu'ont ces malades d'être appelés à de grandes destinées* », et l'on sera convaincu de ce que j'avance. En un autre endroit de sa thèse (p. 75), M. Legrain nous apprend que c'est d'hier seulement que l'on est fixé sur la *vraie* distinction entre la dipsomanie et l'alcoolisme. C'est

(1) Journiac, *Recherches cliniques sur le délire hypochondriaque*, Paris, 1888, p. 17.

là une erreur qu'il n'aurait certes pas commise s'il avait consulté un travail de notre regretté collègue et ami, le docteur Ach. Foville : *Du delirium tremens, de la dipsomanie et de l'alcoolisme. Notice historique et bibliographique* (in *Arch. gén. de médecine*, octobre et novembre 1867), et s'il s'était rappelé la formule si connue de Trélat (*La folie lucide*, 1861, p. 151): « Les ivrognes sont des gens qui s'enivrent quand ils trouvent l'occasion de boire ; les dipsomanes sont des malades qui s'enivrent toutes les fois que leur accès les prend. »

La médecine mentale, comme toutes les autres parties de la médecine, comme toutes les sciences en général, est en constante voie de progrès ; mais, quelles que soient ses acquisitions nouvelles, dues soit à la précision plus grande de l'observation, soit plutôt aux facilités plus nombreuses données aux observateurs, nous ne saurions faire table rase du passé et oublier ce qu'ont fait à nos prédécesseurs, aux travaux desquels nous devons rendre justice. Aussi remercions-nous très vivement M. Legrain qui nous a fourni l'occasion de rappeler quelques-uns des titres de Morel à notre reconnaissance ; nous sommes heureux de pouvoir rendre cet hommage si mérité dans un journal que l'éminent médecin de Saint-Yon a honoré de sa collaboration.

Ant. Ritti.

VARIÉTÉS

Concours d'agrégation de chirurgie et d'accouchements. — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

Pour Paris, en chirurgie : MM. Nélaton, Tuffier, Ricard ; en accouchements : M. Bar.

Pour Lyon, M. Gangolphe.

Pour Bordeaux, en chirurgie : M. Villar ; en accouchements : M. Rivière.

Pour Montpellier : M. Estor.

Pour Lille, en chirurgie : M. Phocas; en accouchements : M. Bureau.

Concours du Bureau central (*Médecine*). — Le concours du Bureau central (médecine) vient de se terminer par la nomination de MM. Dreyfous, André Petit et Variot.

Nous n'avons point à dire ici de quel cœur nous applaudissons au succès de notre collaborateur et ami A. Petit.

Concours du prosectorat. — La première séance du concours du prosectorat fixée au lundi 27 mai est reportée au lundi 3 juin.

Décision ministérielle relative a l'appel des médecins de réserve en 1889. — A la date du 17 mai courant, le ministre de la guerre a décidé que l'appel des médecins de réserve aura lieu, en 1889, dans les conditions suivantes (19e corps d'armée excepté):

266 médecins seront convoqués à l'époque des manœuvres d'automne, savoir : 230 médecins aides-majors de première ou de deuxième classe ; 36 médecins-majors de deuxième classe.

Ces médecins seront désignés par les généraux commandant les corps d'armée auxquels ils sont affectés, quel que soit leur domicile, et seront pris parmi ceux qui n'ont pas encore été appelés, en commençant par les plus jeunes de grade.

Des aides-majors de première classe pourront être convoqués à défaut de médecins-majors.

La durée du stage sera de vingt-huit jours dans tous les corps d'armée. L'appel devra s'opérer de telle sorte, qu'il se termine au moment de la clôture des manœuvres.

Aucune dispense d'appel ne pourra être accordée, si ce n'est pour des cas de force majeure ou dans l'intérêt des populations. Les demandes formées à ce sujet devront être adressées à MM. les généraux commandant les corps d'armée et ne seront accueillies par eux qu'autant que les motifs, sur lesquels ils s'appuieront, paraîtront nécessiter impérieusement qu'il y soit fait droit.

Les intéressés seront d'ailleurs prévenus que, s'ils n'accomplissent pas leur stage en 1889, ils y seront astreints l'année suivante.

Faculté de médecine de Paris. — Des conférences pratiques d'hygiène seront faites, pendant les vacances, au laboratoire et au musée d'hygiène de la Faculté de médecine, par MM. les docteurs Netter et A.-J. Martin, sous la direction de M. le professeur Proust.

Ces conférences se feront par séries de quinzaine. Elles commenceront le 12 août 1889.

Les personnes qui désirent y assister sont priées de se faire inscrire au laboratoire d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris.

Hôpital des Enfants-Malades. — Le docteur Jules Simon a recommencé ses conférences de thérapeutique infantile le mercredi 22 mai et les continuera les mercredis suivants à la même heure. Consultation clinique le samedi.

Hôpital du Havre. — A la suite d'un concours médical qui a eu lieu le 8 mai courant devant MM. les professeurs de l'École de médecine de Rouen, la Commission administrative des hôpitaux du Havre a nommé M. le docteur Engelbach chirurgien-adjoint, et M. le docteur Frottier médecin-adjoint desdits établissements.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Pierre-Edouard Tribes, ancien chirurgien en chef des hôpitaux de Nîmes, décédé à l'âge de soixante-douze ans.

Mortalité a Paris (19e semaine, du 5 au 11 mai 1889. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 8. — Variole, 4. — Rougeole, 31. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 8. — Diphthérie, croup, 28. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 188. — Autres tuberculoses, 31. — Tumeurs : cancéreuses, 35 ; autres, 5. — Méningite, 28. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 51. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 53. — Bronchite aiguë, 27. — Bronchite chronique, 42. — Broncho-pneumonie, 18. — Pneumonie, 51. — Gastro-entérite : sein, 11 ; biberon, 40. — Autres diarrhées, 2. — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 26. — Sénilité, 27. — Suicides, 10. — Autres morts violentes, 10. — Autres causes de mort, 190. — Causes inconnues, 9. — Total : 951.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Séméiologie de l'aire de Traube, par M. le docteur C. Artigalas, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. 1 vol. br. in-8°. Paris, G. Masson. 4 fr.

De la scrofule, histoire et doctrines, étiologie, prophylaxie dans la première enfance, par M. le docteur Amat, médecin-major. 1 vol. br. in-8°. Paris, G. Masson. 3 fr.

Capsules surrénales et mélanodermie à propos de deux nouveaux cas de maladie bronzée d'Addison, par M. L. Baumel, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. 1 vol. br. in-8°. Paris, G. Masson. 2 fr.

Recherches expérimentales sur les microbes des conjonctives à l'état normal, par M. le docteur Victor Gombert. 1 vol. br. in-8°. Paris, G. Masson. 3 fr. 50

Du processus histologique que développent les lésions aseptiques du foie, produites par injections intraparenchymateuses d'acide phénique; *De la régénération hépatique et de son mécanisme*, par M. le docteur Constant Lapeyre. 1 vol. br. in-8°. Paris, G. Masson. 5 fr.

Alcaloïdes microbiens et physiologiques, ptomaïnes et leucomaïnes, par M. le docteur Maurice de Thierry, préparateur de chimie médicale à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. br. in-8°. Paris, G. Masson. 3 fr. 50

Les malades qui guérissent aux eaux d'Aix-les-Bains et comment ils guérissent, par M. le docteur Monard. 1 vol. in-8°. Paris, 1889. A. Maloine. 2 fr.

Du traitement des anévrysmes externes, par M. le docteur P. Delbet. 1 vol. grand in-8°. Paris, F. Alcan. 5 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

19168. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 29 mai 1889.

Académie de médecine : **Le diabète sucré.**

Après avoir entendu une communication très intéressante de M. Terrillon sur les résultats que lui ont donnés une série de cinquante laparotomies pratiquées dans le but de traiter des salpingites de nature variée et un rapport dans lequel M. Trashot établit ce qu'il faut penser de la rage tanacétique et de la valeur préventive des injections d'essence de tanaisie, l'Académie a écouté avec une grande attention l'important travail qui lui a été lu par M. A. Robin.

On trouvera plus loin les conclusions de ce mémoire si étudié et écrit dans le but d'établir que le diabète sucré est dû à une exagération de tous les actes de la nutrition générale et à une suractivité spéciale de certains organes, au premier rang desquels figurent le foie et le système nerveux.

Pour bien pouvoir apprécier les arguments apportés par M. A. Robin à l'appui de cette thèse, il faut avoir sous les yeux le texte même de son travail. Nous renvoyons donc au prochain numéro l'analyse détaillée de cette savante communication.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Sur une observation d'aïnhum.

Le docteur José Pereira Guimaraès, professeur à l'École de médecine de Rio-de-Janeiro, nous communique une note sur une observation d'aïnhum. Le cas est d'autant plus instructif qu'il est accompagné d'un plâtre excellent qui nous met la lésion sous les yeux; nous la *voyons,* privilège qu'avaient eu seuls nos confrères de la marine. Aussi en profiterons-nous pour revenir sur la discussion toujours pendante du rapport de l'aïnhum avec les amputations congénitales. L'Académie de médecine vient d'aborder cette discussion et nous ne pouvons souscrire à la conclusion qui a semblé prévaloir : l'identité des amputations congénitales et de l'aïnhum. — C'est à défendre la thèse contraire que nous consacrerons cet article.

I

On connaît l'origine de cette discussion : en 1867 paraissait un mémoire du docteur Da Silva Lima, de Bahia, sur l'*aïnhum*, maladie non encore décrite et dont les caractères sont cependant des plus nets : elle consiste dans l'apparition d'un sillon à la partie interne et inférieure du pli digito-plantaire du cinquième orteil; ce sillon gagne et s'étend jusqu'à creuser une dépression circulaire, un anneau qui enserre et étreint le doigt absolument modifié dans sa forme; il est globuleux et ressemble à une olive, à une grosse cerise ou à une petite pelote pour prendre les comparaisons les plus habituelles. La rainure devient de plus en plus profonde, et le pédicule s'amincit à tel point qu'il finit par se rompre spontanément si le chirurgien ne le tranche d'un coup de ciseaux. Cette section est d'autant plus facile que l'os de la phalange s'est résorbé graduellement; sa substance propre, son cartilage, son périoste, ses tendons, les tissus fibreux qui l'entourent, ont fait place à une masse graisseuse, sorte de lipome où l'on ne trouve plus que des vestiges de la phalangine, la phalangette et un ongle presque atrophié.

Le cinquième orteil est seul atteint, mais la lésion peut être bilatérale et le congénère est frappé simultanément ou successivement. Cependant il est des cas assez rares — une fois sur dix tout au plus — où le quatrième orteil se prend et on cite quelques observations où le même individu a perdu ainsi quatre doigts de pied, deux à droite et deux à gauche. Cette affection est héréditaire et sévit beaucoup plus sur les femmes que sur les hommes; elle n'apparaît qu'après la puberté et ne se développe que chez les nègres. Ajoutons que le mal évolue sans provoquer de souffrance; il ne devient douloureux que lorsque la tumeur, grâce à son pédicule flexible, s'engage sous le pied et se contusionne pendant la marche. En résumé donc, l'histoire de l'aïnhum peut, d'après Da Silva Lima, tenir en une courte phrase : c'est une affection des nègres mâles et adultes que caractérise l'apparition sur le cinquième et parfois le quatrième orteil d'un sillon dont la constriction progressive a pour conséquence la dégénérescence graisseuse et l'amputation spontanée de l'organe.

Nous venons, en vérité, de résumer dans ces quelques

lignes toutes les observations d'aïnhum. Elles paraissent calquées les unes sur les autres; elles se ressemblent à tel point qu'il nous suffira de donner comme type, pour ne plus y revenir, le cas que nous communique José Pereira Guimaraès. Le nègre brésilien — dont le moule offert à la Société de chirurgie a été donné par elle au musée de Saint-Louis — était âgé de vingt-cinq ans; sa maladie avait débuté cinq ans auparavant, frappant du même coup le cinquième orteil des deux pieds; mais la marche du sillon constricteur ne fut pas la même, et très lente à gauche, elle est au contraire rapide à droite où le petit doigt, augmenté de volume, globuleux, écarté du quatrième orteil, est un peu tordu sur lui-même de dedans en dehors. La rainure ulcéreuse, qui entame les tissus du bord interne vers le bord externe, est très profonde et donne lieu à une sécrétion purulente. L'orteil est très mobile et sa contusion provoque des douleurs vives irradiées vers le nerf saphène externe. Et ce sont là toutes les lésions; on ne trouve, en aucun autre point du corps, aucune altération physique ou fonctionnelle.

Notre nègre raconte que son père a perdu le cinquième orteil des deux pieds et le mal aurait eu, dans ce cas encore, une évolution analogue à celle à laquelle on assiste maintenant : sillon d'abord peu profond à la partie interne et inférieure du pli digito-plantaire; des ulcérations recouvertes de croûtes y apparaissent et se cicatrisent, mais la rainure se creuse de plus en plus jusqu'à ce que le pédicule aminci permette à l'orteil de s'engager sous le pied pendant la progression; les douleurs sont alors très vives; le patient ne peut plus marcher et réclame une amputation que pratique le docteur Guimaraès; la section ne donne pas de sang, les collatérales étant atrophiées. Les suites de l'opération furent des plus simples; la cicatrisation complète en quelques jours permettait au malade de quitter l'hôpital.

Avec Da Silva Lima et Guimaraès, l'aïnhum restait un cas « cantonné dans le petit orteil d'une race » — pour me servir d'une expression de Fontan, — lorsque le docteur Collas put observer à Pondichéry la même affection sur des sujets de race hindoue. La localisation du petit orteil était la même, le sillon constricteur présentait le même aspect; le doigt, la même forme globuleuse; la seule différence entre les faits de Collas et ceux de Da Silva Lima, c'est que le premier n'a jamais constaté la résorption spontanée de l'os dans le pédicule, au-dessous de la dépression annulaire; la tige osseuse était très amincie et tout au plus du diamètre d'un stylet explorateur, mais d'une dureté si grande que sous les ciseaux de trousse « il éclatait au lieu d'être coupé ». Cette particularité suffit d'autant moins pour écarter les observations de Collas que plus tard Eugène Rochard et Quétant ont publié trois cas d'aïnhum chez des Hindous, absolument identiques à ceux de Da Silva Lima : la phalange était aussi résorbée.

L'assertion primitive de Da Silva Lima était donc trop absolue, et dans un second mémoire publié en 1881, cet auteur tient pour légitimes les observations recueillies par Collas à Pondichéry. Mais il fait remarquer que, dans ce cas comme dans celui de Corre recueilli à Nossi-hé, le mal s'est développé sur des individus de couleur. Et cette remarque est importante, car tout à coup la question de l'aïnhum a changé de face et après une note de Lannelongue à l'Académie de médecine, deux petits mémoires de Guyot, un travail d'ensemble de Fontan publié dans les *Archives de médecine navale*, et j'ajouterai même, après une série d'articles écrits par nous dans la *Gazette hebdomadaire*, on se demande si l'aïnhum ne frappe que les noirs et si l'affection, fréquente au Brésil et sur la côte occidentale de l'Afrique, n'existe pas en Europe avec les mêmes caractères, mais décrite sous un autre nom. Guyot, Fontan, nous-même, avons répondu par l'affirmative. M. Proust, cette année même, s'est rallié à cette opinion, ainsi que Vidal et Leloir dans un livre encore inédit.

L'aïnhum européen ne serait autre que les malformations connues sous le nom d'amputation congénitale ou spontanée. On constate parfois chez les nouveau-nés l'existence d'un moignon résultant de la section d'un orteil, d'un doigt, d'une jambe, d'une cuisse même, et parfois on a trouvé dans le délivre la partie d'organe séparée pendant la vie intra-utérine. Mais l'amputation n'est pas toujours consommée et, dans certains cas, à côté du membre incomplet, il existe un sillon de profondeur variable qui étrangle un doigt, un orteil, une partie quelconque d'un bras ou d'une jambe. Ajoutons que ces rainures circulaires sont rarement les seules malformations qui affligent le petit sujet et, le plus souvent, elles coïncident avec un spina bifida, un pied bot, et surtout une syndactylie. Les nombreuses observations que nous avons colligées sont bien remarquables à cet égard et nous n'en avons pas rencontré une seule où la stricture fût l'unique lésion.

II

Pour assimiler deux lésions, au premier abord si dissemblables, on a commencé par invoquer l'anatomie pathologique et la pathogénie. L'anatomie pathologique, cependant, ne plaide guère en faveur de l'identité; les examens de Wucherer et Da Silva Lima, ceux de Cornil, de Corre, d'Eugène Rochard et Bonnafy, qui se rapportent à des cas indiscutables d'aïnhum, nous montrent, dans le petit orteil, une disparition de la phalange, une résorption presque complète de la phalangine et une diminution de volume de la phalangette. Le tissu osseux, les tendons, les ligaments, sont remplacés par d'abondantes masses graisseuses, ce qui a fait comparer à des lipomes les orteils atteints d'aïnhum. Nous n'insistons pas, car dans tous les examens les lésions sont identiques. Dans le cas de Despetis étudié par Estor, le sillon à stricture est succinctement et obscurément décrit, mais on démêle dans ce texte peu clair que la couche cornée de l'épiderme est fort épaissie; le corps de Malpighi est atrophié et le derme, sans papilles, recouvre les trousseaux fibreux qui constituent le pédicule; ces trousseaux ont une direction antéro-postérieure.

L'examen de Rochard et Bonnafy, qui date de 1883, est plus précis; il concorde d'ailleurs avec celui de Despetis; on note la même résorption de la phalange et de la phalangine, la même néoformation de tissu graisseux; le pédicule présente la même constitution, et, si nous en croyons la figure annexée au texte, nous voyons un épiderme très épaissi, un derme à peu près normal, mais avec des papilles effacées; à la place de l'os, on trouve un faisceau fibreux résistant, à direction antéro-postérieure. Nous allons voir que les altérations des amputations congénitales sont fort différentes. Les recherches d'ailleurs n'ont encore porté que sur le sillon constricteur; les parties sous-jacentes, celles qui dans l'aïnhum se caractérisent par des atrophies osseuses et des substitutions graisseuses, n'ont pas été étudiées dans les amputations congénitales. Force nous est donc de ne parler que la dépresion annulaire.

En 1883, Suchard a examiné une bride congénitale que

nous lui avons remise. Elle étreignait la jambe d'une fillette de sept mois; nous l'avions enlevée par une opération, la première de ce genre, croyons-nous. Au-dessus et au-dessous du sillon constricteur, Suchard n'a constaté aucune lésion de la peau souple et bien nourrie; les glandes y sont intactes et les papilles normales. Au niveau du sillon, l'épiderme est sain, mais le derme a subi d'importantes modifications; il n'y a plus, dans son épaisseur, d'alvéoles pleins de graisse; à leur place, on trouve la trame serrée d'un tissu fibreux néoformé, dont les faisceaux, perpendiculaires à l'axe du membre, constituent en ce point un tractus d'une épaisseur considérable. Ces lésions sont identiques à celles que Suchard avait déjà constatées d'après les pièces fournies par Guyot. Je sais bien que ces pièces sont étiquetées « aïnhum », mais à tort, selon nous, et nous démontrerons sans peine qu'il s'agit là d'amputations congénitales observées chez des individus de race colorée.

Les différences sautent aux yeux: dans l'aïnhum, nous trouvons, sans parler de la dégénérescence graisseuse de l'orteil et de la résorption des os sous-jacents à la stricture, un épaississement remarquable de la couche cornée de l'épiderme, qui, en certain point, forme un véritable durillon, puis une atrophie de la couche muqueuse de Malpighi, un affaissement des papilles, un amincissement du derme ; enfin, au-dessous de la peau, un trousseau fibreux, à direction antéro-postérieure, et qui s'est substitué à l'os résorbé. Dans les amputations congénitales, l'épiderme est normal, il n'a subi aucun épaississement de la lame cornée, aucune atrophie de la couche muqueuse; le derme, au lieu d'être aminci, est au contraire considérablement hypertrophié, envahi qu'il est par des faisceaux fibreux, disposés en demi-cercle et tendus transversalement, par conséquent perpendiculaires à l'axe du doigt; ce tissu fibreux diffère donc de celui de l'aïnhum par son siège dans le derme et non plus dans les couches sous-cutanées, par sa direction transversale et non plus antéro-postérieure, par ses effets, puisque l'un laisse l'os intact et l'autre se substitue au squelette de l'orteil.

Les arguments tirés de la pathogénie nous paraissent moins sérieux encore; on ne sait rien sur les causes qui président au développement de l'aïnhum. Pereira Guimaraès veut y voir une gangrène particulière due au spasme, non démontré d'ailleurs, des vaisseaux qui se rendent à l'orteil; Collas croit à une manifestation de la lèpre amputante, mais la masse des observations lui donne tort. Dupouy invoque une altération trophique et il appuie cette hypothèse « sur des douleurs assez vives ressenties dans la région lombaire par deux malades atteints d'aïnhum ». On voit le vague de ces hypothèses; aussi l'imagination peut se donner libre carrière et certains auteurs n'y ont pas manqué; ils ont déclaré tout d'abord que l'aïnhum était une affection d'origine nerveuse, puis ils ont décrété qu'il en était de même des amputations congénitales, dont on a fait une sclérodermie annulaire. Nous n'oserions y contredire, mais cette théorie nerveuse des amputations congénitales est tout entière à prouver, tandis que la théorie mécanique compte déjà en sa faveur nombre d'observations péremptoires, et depuis le célèbre travail de Montgomery, on a multiplié les exemples où l'on a pu démontrer, pièces en main, l'existence des adhérences vicieuses, d'une bride fibreuse partant de l'œuf et cause indiscutable des sillons creusés sur les doigts, les orteils ou les membres. Lannelongue, en 1883, en a fait publier quelques cas nouveaux et remarquables. Aussi dirons-nous qu'assimiler l'aïnhum aux amputations spontanées en s'appuyant sur l'anatomie pathologique et sur la pathogénie, c'est bâtir une hypothèse sur une erreur et sur une autre hypothèse.

III

Si l'anatomie pathologique et la pathogénie font défaut aux unicistes, sont-ils plus heureux avec la clinique? Guyot et Fontan ont publié de nombreuses observations qui nous avaient séduit tout d'abord. Nous avions cru y voir, avec leur auteur, des étapes successives qui semblaient conduire de l'aïnhum aux amputations congénitales. Mais ces observations, nous les avons toute relues, et nous partageons maintenant l'avis d'Eugène Rochard qui, lors de leur publication, protesta contre l'étiquette qu'on leur donnait et les conclusions que l'on en tirait. Pour lui alors, comme pour nous à cette heure, les cas de Guyot et de Fontan sont des observations banales d'amputation spontanée et il n'en est pas une, si on l'examine avec soin, qui s'écarte du type ordinaire des exérèses congénitales.

Prenons en effet les caractères cardinaux de l'aïnhum et des amputations congénitales. En premier lieu l'aïnhum n'atteint que les adultes et les amputations spontanées sont congénitales par définition même. Dans les soixante ou quatre-vingts observations que nous avons colligées dans les mémoires de Da Silva Lima, de Pereira Guimaraès, dans la thèse de Despetis, de Brédian, dans les *Archives de médecine navale*, nous ne trouvons pas un seul cas où le malade atteint d'aïnhum ait moins de douze ans. Depuis 1869 les faits s'accumulent et cette loi ne compte pas encore une seule exception. Au contraire le syndrome décrit sous le nom d'amputation spontanée est toujours congénital. Il ne se trouve ni dans Guyot, ni dans Fontan, un seul fait qui contredise notre assertion; il y a bien la fameuse observation de l'Arabe Saïeb, où des lésions multiples, des amputations et des strictures auraient apparu après la naissance, mais les commémoratifs y sont vraiment trop obscurs et trop contradictoires. Le malade n'attribue-t-il pas les mutilations du pied et de la main à des blessures de guerre reçues lorsqu'il avait quinze ans? Aussi pouvons-nous conclure qu'on n'a jamais vu l'amputation isolée du cinquième et du quatrième orteil seuls survenir avant la puberté; jamais on n'a vu les malformations multiples des amputations spontanées apparaître après la naissance.

L'aïnhum est exceptionnel chez la femme. Ce deuxième caractère ressort de tous les faits publiés par les médecins brésiliens et par les chirurgiens de marine, tandis que rien de semblable n'a été noté pour les amputations spontanées qui atteignent indistinctement les deux sexes, et les trois cas que nous avons vus frappaient des fillettes. Le troisième caractère, l'aïnhum ne se montre que dans les races colorées, caractère qui constitue le fond même du débat, a triomphé de tous les assauts. Qui, en France ou en Europe, a publié depuis 1867 un seul cas où l'amputation congénitale, notre aïnhum occidental, s'il fallait en croire Fontan, ait apparu après la puberté et se soit borné à frapper le cinquième et le quatrième orteil comme chez le nègre? Personne à notre connaissance; les brides annulaires étreignent les doigts de la main, la jambe, la cuisse et même les pieds, mais jamais isolément les deux orteils de l'aïnhum. Ces mêmes observations sont valables pour démontrer l'exactitude du quatrième caractère différentiel:

le siège exclusif de l'aïnhum aux deux derniers orteils et les lésions disséminées des amputations congénitales.

Enfin, il n'est pas jusqu'à la marche de l'exérèse spontanée qui n'ait dans les deux cas une allure différente : dès qu'un orteil est frappé d'aïnhum, le mal marche d'un pas inégal peut-être et très souvent fort lent vers une amputation fatale, et, si l'ulcération met parfois dix ans à détacher l'orteil, le résultat du moins en est toujours assuré. Dans les malformations congénitales au contraire le sillon constricteur a la plus grande tendance à rester stationnaire et je ne sache pas qu'il existe un cas publié où le chirurgien ait assisté lui-même à l'amputation spontanée. Dans l'une des observations de Lannelongue, les parents disent que les trois premiers orteils, étranglés à la naissance, tombent successivement dans la première quinzaine de la vie extérieure; dans un fait de M. Trélat le malade affirme que vers sept ou huit ans il perdit deux orteils du pied droit. Dans un cas de Menzel l'amputation du médius eut lieu à quarante-quatre ans, mais à la suite d'une fracture de l'os, et ce fut le chirurgien qui pratiqua l'exérèse. Enfin, dans un fait de Guyot, une femme de Panaupa, atteinte des multiples lésions des malformations congénitales, prétendit que son médius était tombé spontanément, il y avait environ quatre années de cela.

Et voilà tous les cas que nous avons recueillis d'amputations survenues après la naissance chez des individus atteints de sillons constricteurs d'origine congénitale. On voit leur extrême rareté opposée à la grande fréquence des exérèses spontanées dans l'aïnhum. Il n'y a donc pas une seule des affirmations de Guyot et Fontan qui résiste à l'analyse; leurs prétendues observations d'aïnhum sont des faits ordinaires d'amputation congénitale; aussi leur plaidoyer, habile et subtil, rappelle-t-il un peu le procédé employé il y a quelque cinquante ans pour assimiler à une poire la tête de Louis-Philippe. Les deux extrêmes, la poire et la tête du roi, étaient parfaitement ressemblants, mais la longue série des intermediaires imaginés par le carricaturiste pour arriver d'un type à l'autre n'existait pas plus dans la nature que les prétendus faits d'aïnhum européens.

N'oublions pas d'ailleurs que nos savants confrères du Brésil ont lu nos travaux et connaissent toutes nos hypothèses : depuis 1867 ils ont continué leurs recherches; ils ont pu contrôler nos assertions; or les nombreuses publications de Pereira Guimaraès, l'observation qu'il vient de nous envoyer, les divers mémoires de Da Silva Lima concluent tous à l'entité morbide de l'aïnhum, affection du cinquième et du quatrième orteil des nègres adultes. Aussi la conclusion s'impose et à cette heure nous croyons, avec nos confrères du Brésil, avec le professeur Trélat qui combattit l'identité dès le premier moment, avec Eugène Rochard, qui, il y a six ans, mena résolument la bataille, qu'on ne saurait ranger dans un même cadre deux affections qui diffèrent à tant de points de vue; l'aïnhum et les amputations congénitales sont deux lésions absolument dissemblables.

Paul Reclus.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

De la créosote dans la dyspepsie flatulente.

A titre d'antiseptique, cette substance a été recommandée pour diminuer les fermentations. A cet effet, il est utile de l'associer à un sel alcalin. M. Pepper a donné la formule de l'émulsion suivante :

Créosote pure de hêtre........	X gouttes.
Bicarbonate de soude.........	8 grammes.
Gomme pulvérisée............	q. s.
Eau	150 grammes.

Administrer une cuillerée à café une heure après le repas.

Existe-t-il de l'atonie stomacale et de l'insuffisance de sécrétion du suc gastrique? On peut prescrire l'ingestion, une heure après le repas, d'une des prises suivantes :

Pepsine	4 grammes.
Créosote	X gouttes.
Sous-carbonate de bismuth....	4 grammes.

M. s. a. et divisez en trente paquets, que l'on enveloppera au besoin dans un cachet ou dans une capsule gélatineuse.

Ch. Éloy.

REVUE DES COURS ET DES CLINIQUES

Faculté de médecine. — Cours de pathologie interne M. le professeur Dieulafoy.

Syphilis du poumon et de la plèvre.

(Leçons recueillies par le docteur Fernand Widal, interne des hôpitaux.)

(Suite. — Voyez les nos 18, 19, 20 et 21.)

4° *Pneumopathie syphilitique combinée à une tuberculose du poumon qui lui est antérieure ou postérieure.* — Il est des cas encore assez nombreux où la syphilis du poumon est combinée à la tuberculose du même organe. Cette association *tuberculo-syphilitique*, suivant l'expression de M. Potain, peut se faire de deux façons différentes :

a. *La syphilis survient chez un tuberculeux avéré.* — La vérole aggrave toujours la tuberculose en contribuant à l'anémie et à la débilitation déjà existante de l'organisme et en nécessitant un traitement dont l'application mal dirigée peut avoir les effets les plus funestes sur l'économie.

Dans une clinique de M. Potain que j'ai déjà eu l'occasion de vous citer, vous trouverez un bel exemple de tuberculose pulmonaire aggravée par l'intervention de la syphilis.

b. *La tuberculose apparait chez un syphilitique.* — C'est seulement à la période tertiaire de la syphilis que la tuberculose fait en général son apparition. Je vous ai montré dans mes précédentes leçons comment une syphilide laryngée ulcérée pouvait déterminer la fixation du bacille de Koch, dans la profondeur de la muqueuse; c'est par un procédé analogue que chez un individu sain et vigoureux, exempt de tout antécédent tuberculeux, une syphilide tertiaire du poumon peut devenir prétexte à l'éclosion de tubercules dans cet organe. Voilà qui vous explique pourquoi, après avoir longtemps cherché en vain le bacille de Koch dans les crachats de malades porteurs de gommes pulmonaires, vous pourrez finir par le rencontrer un jour. Si, dans un même poumon, le tubercule s'unit ainsi au syphilome, ne croyez pas qu'il existe un état anatomique hybride, combinaison de ces deux lésions, sous forme de scrofulate de vérole, comme disait Ricord. La lésion syphilitique et la lésion tuberculeuse naissent, se développent, évoluent côte à côte, mais séparément et chacune pour leur compte. Vous en trouverez la preuve dans le rapport que M. Potain a fait d'une autopsie où il rencontra des tubercules disséminés autour d'un bloc de pneumonie blanche syphilitique.

Ce que je viens de vous dire des rapports de la tuberculose et de la syphilis pulmonaire nous permet de paraphraser le viel adage de Niemeyer et de dire « que le plus grand danger pour un phthisique syphilitique est de devenir tuberculeux ».

5° *Syphilis pulmonaire héréditaire précoce ou tardive.* — J'arrive à la grande question de l'hérédo-syphilis.

La syphilis héréditaire du poumon est précoce ou tardive.

Précoce, elle n'est plus à démontrer aujourd'hui. C'est celle que l'on rencontre chez les mort-nés et chez les enfants qui ont vécu quelques mois : elle n'a guère qu'un intérêt anatomo-pathologique.

Depaul avait déjà observé chez le fœtus syphilitique porteur d'altérations cutanées ou viscérales cette lésion du poumon que Virchow devait étudier plus tard sous le nom de *pneumonia alba*.

Cette pneumonie blanche, bien décrite encore par Parrot en 1877 et plus tard en 1879 par M. Cornil chez les enfants morts au cinquième, sixième ou septième mois, caractérise la cachexie syphilitique du nouveau-né, au même titre que le foie silex de Gübler. Elle est bien nommée pneumonie blanche, car son tissu est blanc ou grisâtre.

La lésion est tantôt disséminée, sous forme lobulaire, tantôt confluente sous forme pseudo-lobaire. Les nodules hépatisés sont lisses, durs, denses, crient sous le scalpel et tombent au fond de l'eau.

Les désordres histologiques peuvent se résumer en trois mots : épaississement des parois des bronchioles et des alvéoles, lésions de pneumonie épithéliale et desquamative dans l'intérieur même des alvéoles dont les cellules sont tombées en dégénérescence granulo-graisseuse.

Tardive, la syphilis héréditaire du poumon est moins bien connue, mais aussi beaucoup plus intéressante. Elle existe comme celle du larynx dont M. Fournier a pu réunir une dizaine de cas. La localisation pulmonaire est peut-être moins fréquente, puisque en 1886, sur un total de deux cent douze cas relatifs à divers accidents de syphilis héréditaire tardive, M. Fournier, dans son livre sur la *syphilis héréditaire tardive*, n'avait pu réunir que cinq observations de phthisie hérédo-syphilitique. On peut déjà la voir survenir quelques mois après la naissance, mais elle apparaît le plus souvent vers la sixième ou septième année, quelquefois dans la vingtième et peut-être même dans la quarantième année (un cas de Lancereaux). C'est donc le plus souvent un accident de la seconde enfance, de la jeunesse et quelquefois même de l'âge mûr.

Messieurs, je ne vous dirai rien des lésions scléro-gommeuses de la syphilis pulmonaire héréditaire tardive. Elles sont calquées sur celles de la syphilis acquise; j'éviterai donc les répétitions en ne vous les décrivant pas.

Je me bornerai à vous citer un certain nombre d'observations, vous prouvant que des gommes pulmonaires peuvent se développer chez des sujets de la seconde enfance, uniquement parce qu'ils sont issus de parents syphilitiques.

M. Fournier, dans son livre déjà cité, a rapporté l'histoire d'un enfant de sept ans qui, atteint de lésions hérédo-syphilitiques, mourut par hasard d'une maladie aiguë intercurrente. A l'autopsie il trouva trois petites gommes pulmonaires qui, pendant la vie, n'avaient donné lieu à aucun trouble morbide.

M. Lannelongue et M. Lancereaux ont observé chacun un cas analogue. La constatation de gommes pulmonaires faite par eux chez les hérédo-syphilitiques fut une surprise d'autopsie.

Dans le livre de M. Fournier vous trouverez encore une observation du docteur Latty ayant trait à une fillette de huit ans manifestement hérédo-syphilitique et sœur de plusieurs enfants également infectés de syphilis héréditaire. Cette petite malade fut prise d'une pneumopathie ayant tous les symptômes de la gangrène pulmonaire; elle éliminait ses produits gommeux par des crachats couleur lie de vin et d'une horrible fétidité. L'enfant guérit et l'évacuation de ses gommes fut suivie d'un retrait énorme de l'une des moitiés du thorax.

(A suivre.)

HÔTEL-DIEU. — SERVICE DE M. LE DOCTEUR KIRMISSON

Opération de Phelps.

Le traitement du pied bot congénital a de tout temps attiré l'attention des chirurgiens, qui, par toutes les méthodes de traitement, se sont efforcés de remédier à cette terrible difformité. Aussi les procédés se sont-ils multipliés en suivant en quelque sorte l'évolution pathogénique de cette affection. Comme l'a fait remarquer, dans deux récentes leçons, M. Kirmisson, chargé du cours de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, les orthopédistes anciens mettaient tout sur le compte des tendons et la ténotomie était alors la seule opération en faveur. Plus récemment, ce sont les os qui ont été incriminés et les tarsectomies, les tarsotomies antérieures ou postérieures se sont répandues dans la pratique chirurgicale, peut-être au détriment des procédés orthopédiques, et sans donner toujours le résultat qu'on en attendait. Il est bien certain qu'il existe des déformations osseuses, et notamment une inclinaison du col de l'astragale avec saillie de la tête de cet os qui nécessitent une résection osseuse; mais dans bien des cas, et particulièrement chez les enfants, cette déformation n'est pas assez caractérisée pour empêcher le redressement, et ce sont les parties molles de la partie interne du pied qui opposent le plus grand obstacle à la réduction. Si on examine la face plantaire d'un tout jeune sujet atteint de pied bot varus équin, on voit au niveau de l'articulation de l'astragale avec le scaphoïde un sillon angulaire et profond qui dénote des adhérences entre les parties profondes et les parties superficielles; si on fait alors des manœuvres pour mettre le pied dans la rectitude, on voit tous les tissus du bord plantaire se tendre et pâlir sous les tractions comme s'ils étaient prêts à se rompre. Peau, tissu cellulaire, aponévrose plantaire, ligaments sont soudés, adhérents entre eux et formant un faisceau de parties rétractées qui maintient le pied dans son attitude vicieuse.

M. Kirmisson s'est attaché à faire ressortir ce point particulier et l'a démontré sur trois petits malades traités dans son service. Il a même insisté sur l'efficacité du massage et des manipulations qui permettent de ne pas avoir recours à une opération sanglante quand il s'agit d'un enfant qui vous est amené immédiatement après sa naissance. Les manœuvres de redressement commencées dès la fin du premier mois, combinées avec le port de petites gouttières en gutta-percha, suffisent pour amener en dix ou douze semaines une amélioration considérable ainsi que cela est arrivé pour le premier enfant, qui, atteint d'un varus équin double très prononcé, avait au bout de deux mois de traitement le pied presque dans l'axe de la jambe. Mais chez un enfant plus âgé, qui a fait des tentatives de marche, chez lequel le poids du corps de l'enfant a augmenté la difformité, et dont les tissus sont beaucoup moins souples, les manipulations ne peuvent suffire. Force est alors de recourir à une opération sanglante, qui devra être proportionnée à l'étendue de la déformation. Il faudra, dans certains cas, pratiquer une ou plusieurs ténotomies; dans d'autres, faire suivre ces sections tendineuses d'une résection osseuse, ou mieux d'une opération ayant pour but, tout en coupant les parties molles, d'ouvrir par la même incision

une articulation qui permettra par l'écartement des surfaces articulaires de remettre le pied dans une bonne attitude. C'est ce qu'a réalisé un élève de Sayre, le docteur Phelps, dans une opération que nous décrirons tout à l'heure et qui a déjà été pratiquée quatre fois par M. Kirmisson avec les meilleurs résultats.

Il s'agissait dans ces différentes observations de pieds bots congénitaux (difformité dont nous voulons seulement nous occuper pour le moment) qui avaient subi, à l'exception d'un seul, l'extirpation de l'astragale. Cette ablation osseuse avait, il faut le dire, donné chez ces jeunes enfants des résultats très médiocres, ce qui tient à deux causes principales qui ont été mises en relief par M. Kirmisson dans plusieurs leçons, et qui sont les suivantes : la non-efficacité d'une opération quelconque dans la cure d'une difformité, si l'intervention n'est pas suivie d'un traitement méthodique par les appareils et la non-utilité de l'extirpation complète de l'astragale dans les pieds bots varus équins congénitaux.

L'opération de Phelps est surtout connue depuis le congrès de Copenhague (1884) dans lequel son auteur en a présenté dix-huit observations. Elle a fait fortune en Amérique, en Allemagne, et à Copenhague où Lévy a obtenu neuf succès; mais elle n'avait pas encore été pratiquée en France ou du moins il n'y en a pas encore eu avant celle du docteur Kirmisson une seule observation de publiée. Elle a pour but de sectionner à ciel ouvert les parties molles et d'ouvrir l'articulation astragalo-scaphoïdienne. Pour arriver à ce résultat, on pratique au niveau de l'interligne articulaire cité plus haut et correspondant à la coudure angulaire du pied et à un sillon très prononcé chez les jeunes sujets, une incision verticale de 3 à 4 centimètres qui a l'étendue de toute l'épaisseur au bord interne du pied. Le bistouri coupe successivement la peau, l'aponévrose plantaire, les tendons des jambiers et les ligaments de l'articulation astragalo-scaphoïdienne. Cette section se pratique facilement, sans déterminer d'hémorrhagie, si ce n'est un écoulement sanguin insignifiant par une très petite collatérale de la plantaire interne. Cela fait, on redresse le pied qui se laisse aisément replacer dans une bonne attitude.

Phelps n'est du reste pas exclusif et dans les cas extrêmes où cette incision ne pourrait suffire, il recommande, comme l'a fait une fois M. Kirmisson, de pratiquer une tarsectomie externe, d'enlever un coin du massif osseux du côté opposé ; ce qui permet alors aux surfaces articulaires de l'astragale et du scaphoïde de se séparer par leurs bords internes en bâillant et au pied de se remettre dans son axe antéro-postérieur. Cette pratique est tout à fait exceptionnelle et le simple écartement en forme de coin que permettent l'incision verticale et l'ouverture de l'articulation astragalo-scaphoïdienne doit suffire dans presque tous les cas.

On tamponne alors la plaie avec de la gaze iodoformée et on applique un appareil plâtré bien fait, maintenant le pied dans la rectitude pour redresser définitivement l'attitude vicieuse. Il est bien entendu que l'équinisme, s'il existe, devra être corrigé par la section sous-cutanée du tendon d'Achille.

Les suites de cette opération sont absolument simples, tellement simples même que l'enfant peut quitter l'hôpital dans les bras de sa mère pour retourner chez lui et même partir pour la province comme il nous a été possible de le constater.

Au bout de vingt jours ou un mois, on enlève la gouttière plâtrée avec le premier pansement, et l'on trouve la plaie complètement ou à peu près cicatrisée, le pied étant dans une attitude parfaite. L'espace libre laissé par l'écartement des surfaces articulaires s'est comblé et il sera intéressant de voir la transformation que subiront plus tard ces tissus de nouvelle formation, et de constater s'il y a de ce côté une production soit cartilagineuse, soit osseuse.

Dans les quatre opérations pratiquées par M. Kirmisson, les suites ont toujours été extrêmement simples. L'enfant n'a pas souffert un seul moment. Ajoutons que nous avons suivi les petits malades, dont l'un est encore dans le service en observation, et qui a été opéré le 19 février 1889, il y a par conséquent plus de trois mois. Nous avons revu il y a quelques jours un autre petit garçon opéré le 7 mars. Ces deux enfants ont aujourd'hui le pied dans une attitude parfaite.

Eugène ROCHARD,
Chef de clinique chirurgicale.

TRAVAUX ORIGINAUX

Syphiliographie.

FOLIE ET PARALYSIE GÉNÉRALE SYPHILITIQUES, par M. Charles MAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi.

(Fin. — Voyez les n°s 20 et 21.)

DEUXIÈME PARTIE. — *Paralysie générale syphilitique.*

Au milieu de la multiplicité innombrable des phénomènes que la syphilis fait naître quand elle s'empare du cerveau, peut-il se produire quelquefois des combinaisons plus ou moins fortuites, présentant la physionomie, les allures, la marche, la terminaison de cette grande maladie nerveuse qu'on désigne sous le nom de *paralysie générale?*

Ou bien la syphilis est-elle capable de créer par elle-même, directement, sans le secours d'aucune autre influence étiologique, à l'aide des seules lésions qui lui sont propres, une entité morbide absolument semblable à la paralysie générale?

Entre la paralysie générale d'origine syphilitique, si tant est qu'il existe réellement un syndrome qui mérite ce nom, et la paralysie générale vraie, exempte de toute teinte spécifique, y a-t-il une telle identité de manifestations phénoménales et de lésions anatomiques, que les deux affections n'en doivent faire qu'*une*, qu'elles ne présentent entre elles d'autre différence que leur étiologie ?

Telles sont, dans le domaine des cérébropathies, les questions qu'on agite, qu'on discute, qu'on tente de résoudre (1).

En 1878, dans mon *Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du système nerveux*, j'avais abordé ce problème, et je m'étais formellement prononcé contre l'absorption par la syphilis du type classique de la paralysie générale. Ma conviction dans ce sens n'a fait que s'accentuer. Je maintiens, aujourd'hui comme alors, que les syndromes plus ou moins analogues à cette maladie, que l'action syphilitique a fait naître par des désordres méningo-encéphaliques n'émanant que d'elle, sont trompeurs ; qu'ils ne nous en donnent qu'une fausse image, et que l'autonomie de la vraie paralysie générale, si accentuée dans ses grandes lignes, si précise dans ses détails, si saisissante dans son ensemble, n'a été ni détruite ni même entamée par la maladie constitutionnelle. Qu'on ne s'étonne pas toutefois qu'il y ait eu méprise sur ce point capital de pathologie nerveuse. Plusieurs causes ont contribué à la produire. La première, c'est qu'il n'est pas impossible que la paralysie générale vraie se développe chez des syphilitiques, sans que l'infection ancienne ou récente y soit pour rien; il en est alors d'elle comme de ces vésanies pures, dégagées de toute spécificité, qui surviennent parfois dans les mêmes conditions. La seconde, c'est que le syndrome pseudo-paralytique, qui est exclusivement l'œuvre de la syphilis, arrive dans quelques

(1) Cette question a été mise au concours par l'Académie de médecine. M. le docteur E. Mesnet, rapporteur de la Commission, a fait sur les mémoires présentés un remarquable travail intitulé : *Rapports de la paralysie générale et de la syphilis cérébrale*, lu à l'Académie de médecine le 13 octobre 1888.

cas à simuler d'une façon si frappante la paralysie générale, qu'il est permis de s'y tromper, surtout lorsqu'on n'en voit que certaines phases, et qu'on ne l'embrasse pas dans la totalité de son évolution. La troisième, c'est que l'impulsion si puissante donnée par les recherches modernes à l'étude des cérébropathies syphilitiques, a peut-être dépassé son but; elle a créé des pathologistes trop fervents, que leur zèle emporte au delà de la clinique positive et de l'interprétation raisonnable. Ils ont rêvé et poursuivi à outrance la conquête du cerveau par la syphilis.

D'autres pathologistes, qui étaient nombreux autrefois, mais le deviennent de moins en moins, tombèrent dans un excès contraire; ils passaient sous silence la syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale, ou bien ils ne faisaient que la mentionner et, visiblement, la regardaient comme une quantité insignifiante et négligeable. Nous ferons tous nos efforts pour rester sur ce terrain scabreux dans la juste mesure qui répond à la réalité des faits.

Fréquence. — Il est évident tout d'abord que si la syphilis jouait dans l'étiologie de la paralysie générale le rôle prépondérant qu'on lui attribue, on devrait la trouver chez la plupart de ceux qui sont atteints de cette dernière affection. Cette fréquence serait une preuve qui, sans être absolument convaincante, attesterait cependant l'existence de relations plus ou moins étroites entre ces deux maladies. En est-il ainsi? D'après M. le professeur Fournier, qui a écrit des pages excellentes sur la *pseudo-paralysie générale syphilitique*, s'il est avéré que la syphilis aboutit parfois à la paralysie générale, elle ne le fait pas d'une façon qui soit assez habituelle pour devenir significative, pour attester par *évidence numérique* un rapport de causalité.

Les statistiques allemandes nous fournissent les résultats les plus différents au sujet de la proportion des paralytiques généraux atteints de syphilis. Cette proportion varie entre 12 et 78 pour 100. Il en est de même dans les documents recueillis en Angleterre, en Amérique et en Danemark.

En France on a trouvé que cette proportion était peu élevée, qu'elle oscillait entre 4 *minimum* et 9 *maximum*. Que conclure de ces chiffres? nous nous bornerons à dire comme M. Mesnet et avec un des auteurs dont il analyse le mémoire dans son rapport, que la syphilis est *assez* fréquente chez les paralytiques généraux.

Étiologie. — Ce résultat un peu vague étant admis, qu'en conclurons-nous? Quel rôle en faut-il déduire pour la syphilis, dans l'étiologie de la paralysie générale? La mettrons-nous sur la même ligne que l'hérédité nerveuse, le surmenage, l'alcool, les excès cérébraux ou autres, l'épuisement nerveux quelle qu'en soit la cause, et tant d'influences nocives d'ordre commun, qui sont les causes acceptées de cette affection? Lui attribuerons-nous, au contraire, un rôle capital et tout à fait en dehors de son action dépressive ou anémiante, etc., un rôle *tout spécifique?* Les facteurs généralement reconnus ne seraient-ils alors que de second ordre, et incapables d'arriver à produire la paralysie générale, sans la puissante intervention du virus syphilitique? Ce virus, à lui seul, ou secondé par d'autres influences vulgaires, serait-il la cause suprême de la maladie? Eh bien, non; cette manière de voir est insoutenable. S'il se produisait semblable paralysie générale, par cette intervention *sine quâ non*, mystérieuse et inexplicable du virus, où en seraient l'unité, l'autonomie de cette affection dans ce qu'elle a de légitime et de vrai? Elle flotterait à la merci de la première syphilis venue. Mais ce n'est pas ainsi que les choses se passent. La syphilis réalise sans systématisation préméditée, et comme par un jeu tout à fait exceptionnel du hasard, un ensemble de troubles psychiques et moteurs qui se combinent à certains moments de manière à faire illusion, mais qui ne reproduisent que sous forme d'ébauche imparfaite et à gros traits la physionomie si complexe et si caractéristique de la vraie paralysie générale.

Le rang numérique qu'occupe la pseudo-paralysie générale syphilitique parmi les autres formes des cérébrosyphiloses, est fort peu élevé. Elle est beaucoup moins fréquente que les formes hémiplégiques, aphasiques et convulsives. En m'en rapportant à mon expérience personnelle, je trouve qu'on la rencontre nettement formulée, quarante fois moins souvent, à peu près, que le syndrome aphasie avec hémiplégie droite. Peut-être cette proportion est-elle encore trop forte.

Sur la quantité innombrable de syphilis qui se contractent, il n'y en a qu'un nombre relativement fort restreint qui aboutissent au tertiarisme et aux déterminations viscérales. Mettons le cinquième, et c'est certainement là le maximum. Sur ce cinquième, combien se produira-t-il de cérébrosyphiloses, et parmi ces cérébrosyphiloses, combien de pseudo-paralysies générales spécifiques? Sans fixer de chiffres, il n'est pas difficile de les pressentir *extraordinairement faibles*, surtout si on les met en regard du nombre immense des paralysies générales vraies qui encombrent les asiles d'aliénés.

Comment dès lors ne pas être, à priori, choqué par l'assertion des pathologistes qui accordent à la syphilis une prédominance marquée dans l'étiologie de cette maladie? Comment ne pas repousser avec énergie l'étrange affirmation de ceux qui, comme M. Kjelberg, prétendent que la paralysie générale progressive ne se développe jamais dans un organisme complètement indemne de syphilis, soit héréditaire, soit acquise?

Anatomie pathologique. — Pour bien montrer les analogies et les différences qui existent entre la paralysie générale vraie et la pseudo-paralysie générale des syphilitiques, il faut mettre en regard et comparer les lésions encéphaliques qui leur sont propres. Ce qui caractérise les lésions qui produisent la paralysie générale vraie, c'est la *diffusion uniforme;* aussi l'a-t-on nommée périencéphalite diffuse. Dans les cérébrosyphiloses, il se forme des foyers plutôt que des désordres régulièrement étalés et continus. La dissémination est un de leurs principaux caractères. Elle se fait çà et là, au centre, à la périphérie, dans les noyaux, sur l'écorce, sur les méninges, aux racines ou sur le trajet des paires crâniennes, d'un côté ou de l'autre, etc., sans se soumettre à aucune systématisation, si ce n'est à une prédominance marquée pour les lobes antérieurs.

Nous voilà loin de la diffusion uniforme si particulièrement remarquable dans la paralysie générale. Eh bien, quand les cérébrosyphiloses s'incarnent plus ou moins exactement en ce type, quelles sont les lésions qui suscitent et qui expliquent cette modalité symptomatique exceptionnelle? Elles se rapprochent à un certain degré, de celles qui appartiennent à la périencéphalite. Toutefois les méninges y sont plus épaissies, plus hyperplasiées, plus durcies par la sclérose. Au-dessous, le cerveau leur adhère et présente à divers degrés les infiltrations embryonnaires, les dégénérescences fibreuses qui l'atrophient et étouffent ses éléments actifs. Les foyers sont en général peu accusés. L'élément scléreux, si répandu dans toutes sortes de lésions, et qui par lui-même n'a rien de spécifique, l'emporte sur l'élément gommeux qui s'y rencontre rarement. Enfin, dans les deux maladies, ce sont les deux lobes frontaux qui sont les plus atteints. La syphilis surtout, par sa symphyse méningo-cérébrale, les étreint et les étouffe.

Telles sont les analogies. Quant aux différences, elles consistent précisément dans l'absence d'une diffusion aussi uniforme, aussi concertée que dans la périencéphalite diffuse. De plus, la sclérose prédomine beaucoup plus dans les méninges que dans le cerveau chez les syphilitiques,

tandis que c'est le contraire chez les paralytiques généraux. Nous ne connaissons pas encore assez par le menu et dans tous ses détails l'anatomie pathologique de la fausse paralysie générale syphilitique pour pousser plus loin le parallèle. Un pareille pénurie ne prouve-t-elle pas la rareté de cette forme des cérébrosyphiloses?

Essayons cependant de rapprocher et de comparer plus étroitement les lésions propres à chacune de ces affections. Dans la paralysie générale typique, les lésions occupent toute l'étendue des centres nerveux et non pas seulement les méninges et l'encéphale, comme on l'avait cru tout d'abord. Voici quelles sont ces lésions : épaississement et adhérence des méninges au crâne et au cerveau, surtout au niveau des lobes frontaux. Atrophie des circonvolutions. Augmentation de la cavité des ventricules qui sont hérissés de granulations sclérosiques. Diminution de volume du cerveau. La sclérose interstitielle diffuse qui l'envahit dans toute son épaisseur part d'un côté d'une des méninges et d'un autre côté de la surface épendymaire des ventricules. La phlegmasie débute probablement par la paroi des petits vaisseaux et par la névroglie. — La périencéphalite, l'encéphalite interstitielle, l'épendymite sont représentées dans la moelle par des lésions analogues : myélite diffuse périépendymaire et périphérique, et méningite chronique. Bien que plus prononcé au cerveau, le processus sclérosique très systématisé et toujours identique à lui-même frappe donc tout le centre nerveux et devient cérébro-médullaire.

Dans les cas de cérébrosyphiloses simulant plus ou moins bien la paralysie générale, on a noté une grande variété de lésions : altérations osseuses, et surtout diverses formes de la pachyméningite. Toutefois Mendel a trouvé que sur cinquante-sept cas, dix fois la dure-mère n'était pas touchée. Les altérations de l'arachnoïde et de la pie-mère ont été les plus fréquemment observées, avec prédominance dans les régions frontales et pariétales. — On a noté aussi l'hydropisie de l'arachnoïde et de celle des ventricules avec leur dilatation.

Atrophie du cerveau et en particulier des lobes frontaux, avec prolifération nucléaire extraordinaire. Sclérose de toute la masse cérébrale avec diminution et disparition des éléments nobles du cerveau. — Altérations vasculaires : MM. Esmarck et Jetsen en trouvèrent chez un vieux syphilitique devenu paralytique général; l'artère cérébrale postérieure et la basilaire étaient athéromateuses, les nerfs moteurs oculaires communs des deux côtés, noueux, triplés de volume et transformés en une masse lardacée. — Le trijumeau droit et l'oculaire externe étaient le siège d'une altération analogue. MM. Binswanger, Arnd, Schüle, constatèrent la sclérose des petits vaisseaux artériels.

M. Schultz trouva chez un paralytique général arrivé à la quinzième année de sa syphilis, une artériosyphilose typique de presque toutes les artères de la base de l'encéphale. On a également signalé des anévrysmes fusiformes multiples.

« En somme, dit M. Rumpf, à qui j'emprunte ces détails, les altérations vasculaires semblent être les plus fréquentes lésions de la paralysie générale syphilitique, bien que leur développement soit extrêmement variable dans quelques cas. » — A l'appui de cette proposition, l'auteur rapporte trois observations personnelles. En voici deux : à la quatorzième année de la syphilis, chez un homme de quarante-trois ans, troubles de la vue, diplopie, maux de tête; puis le malade devint léger, prodigue, se mit à boire, eut du délire furieux, du délire des grandeurs et mourut. On trouva une méningite de la convexité, un thrombus de la basilaire avec obturation de la cérébrale postérieure gauche; atrophie des deux nerfs optiques, ventricules un peu dilatés, petite tumeur du volume d'un pois à la partie moyenne du corps strié, contenant des bacilles de la syphilis (?). — Au bout de cinq ans de syphilis, chez un officier exempt d'antécédents nerveux, troubles psychiques graves, puis délire furieux, hallucinations, tremblement fibrillaire de la langue, troubles caractéristiques de la parole, accès convulsifs, mort. — A part une légère altération de l'artère basilaire et une adhérence entre la pie-mère de la convexité et la substance corticale, l'examen macroscopique donna peu de renseignements. A l'examen microscopique, on trouva des lésions de l'écorce cérébrale dans les lobes frontaux : induration, crevasses, fissures qui lui donnaient un aspect poreux ; épaississement avec rétrécissement des petits vaisseaux de la pie-mère qui se tamisent dans l'écorce; infiltration de noyaux répandue en partie dans le tissu conjonctif et dans les gaines adventices élargies qui entourent les artérioles.

Ainsi, il est incontestable qu'il existe une certaine analogie entre les lésions de la paralysie générale vraie et celles de la paralysie générale syphilitique. Toutes les deux sont fondamentalement constituées par de la sclérose encéphalique et méningitique. Mais sa diffusion est répartie d'une façon incomparablement plus régulière dans la première que dans la seconde affection. — Dans la syphilose pseudo-paralytique, les artères sont peut-être plus profondément lésées et elles le sont sans aucune systématisation. Les lobes frontaux sont les plus touchés dans les deux maladies.

N'est-il pas étonnant qu'on trouve si peu de tissu gommeux dans la paralysie générale syphilitique? Les lésions paraissent être tout à fait d'ordre commun et sans spécificité.

Description clinique. — Nous sommes beaucoup mieux renseignés sur ses symptômes. Parmi eux domine l'excitation cérébrale. Sans doute elle est grande, extraordinaire quelquefois, poussée jusqu'à l'extravagance la plus complète; mais elle ne s'envole jamais aussi loin que la folie des paralytiques généraux. On dirait qu'elle est retenue au sol, non point par la raison assurément, mais plutôt par un lest d'idiotie, d'abrutissement, de démence prématurée. En outre, cette excitation reste vague, sans continuité, sans but déterminé. Elle n'entre pas en plein dans la modalité si caractéristique et si étonnante de la vraie paralysie générale. Elle ne devient que rarement ou que par éclairs de la *mégalomanie*. Le délire ambitieux, le délire des grandeurs, du moins dans ce qu'il a de grandiose et d'éblouissant, n'est pas son fait. Elle est plus étriquée, plus avare, moins royalement prodigue dans ses conceptions délirantes. Le *délire de la satisfaction* n'a pas non plus chez elle la même amplitude. Le *moi* y est moins absorbant, plus réservé, plus timide. Il ne plane pas aussi haut; il ne s'élance pas d'une fougue aussi folle ni avec une aussi absolue certitude du succès et du triomphe dans les gigantesques aventures imaginaires où se complaît l'idéation démesurément emphatique de la vraie paralysie générale, etc., etc.

Les désordres de la locomotion sont loin d'être aussi prononcés et aussi spéciaux dans la cérébrosyphilose pseudo-paralytique que dans cette dernière. Ils n'arrivent jamais au même degré et au même ensemble d'ataxie motrice, réglée, systématisée. Prenons, par exemple, parmi eux le *tremblement* qui occupe une place si importante, dans la phénoménalité des fous paralytiques. Il consiste en une trémulance, un mouvement fibrillaire et vermiculaire des lèvres, de la supérieure surtout et de la langue. Il est presque pathognomonique. On ne le trouve ni sous cette forme, ni au même degré chez les syphilitiques; il fait même parfois complètement défaut. Celui des mains est plus fréquent, sans atteindre la même intensité, ni surtout la même régularité que dans la paralysie générale.

Pendant ses premières périodes et même plus tard, la périencéphalite diffuse ne détermine d'autres troubles de la motilité que des désordres dans la coordination motrice. Il n'y a pas paralysie proprement dite. La puissance musculaire, loin d'être abolie, conserve toute sa force, mais elle ne sait pas aller droit au but. Elle manque de précision, elle est incoordonnée. Ce n'est qu'ultérieurement, quand

les lésions encéphaliques ont progressé et se sont compliquées d'altérations spinales, que la motilité diminue d'énergie, s'affaisse et transforme son ataxie initiale en une parésie et une paralysie progressive et terminale.

Les choses se passent tout autrement dans la pseudo-paralysie générale syphilitique. Les troubles moteurs y sont surtout d'ordre paralytique. Et ce qu'il y a de bien plus remarquable et de plus distinctif, c'est que des parésies et des paralysies bien réelles, et habituellement partielles et non généralisées, se montrent, non pas seulement dans le décours de l'affection ou pendant ses phases ultimes, mais dans la période initiale, même avant elle et alors que la cérébrosyphilose n'a pas encore pris la physionomie et les allures de la paralysie générale. Ce fait qu'une paralysie oculaire, une monoplégie, une hémiplégie faciale, une hémiplégie de l'un ou de l'autre côté, sont communes ou imminentes pendant toute la durée de la pseudo-paralysie, et à n'importe quel moment, me paraît avoir une haute signification.

Parmi les paralysies partielles qui précèdent ou accompagnent en pareil cas les troubles psychiques, les paralysies de la troisième paire et l'hémiplégie droite ou gauche sont de beaucoup les plus fréquentes. Mais ce n'est pas avec elles seulement que s'associe la psychose spécifique. Les attaques brusques de congestion, les crises épileptiformes se joignent au cortège de ces phénomènes cérébropathiques qui altèrent à chaque instant le type et montrent ce qu'il a d'artificiel et de fortuitement combiné, plutôt que de concerté avec suite et régularité.

Dans les deux affections le processus diffère encore plus que les symptômes isolés ou réunis. Du côté de la psychose syphilitique, l'imprévu s'oppose à toute évolution régulière; il est impossible de prévoir la succession des phénomènes et de leur assigner un terme. On est toujours sur le qui-vive. Certains désordres se produisent à l'improviste et à contre-temps; d'autres au contraire disparaissent, mais momentanément et pour revenir plus tard on ne sait quand. Rien de fixe ni de calculable. Des sauts, des écarts, des surprises, une grande ataxie dans la marche générale encore plus que dans chacun des symptômes, un complexus beaucoup plus grand dans la phénoménalité, voilà ce qu'on observe. Comparez ce processus désordonné à l'évolution continue et mesurable en sa progression régulière de la vraie paralysie générale. Ici du moins vous savez toujours où en sont les choses. Vous pouvez déterminer le début, circonscrire les périodes, supputer leur durée, assigner un terme plus ou moins probable à tel ou tel phénomene, prévoir sa disparition et son remplacement par un autre, juger de la marche dans ses détails et dans son ensemble; en un mot vous rendre d'avance un compte à peu près exact de l'affection à tous ses moments.

L'état général n'est pas aussi compromis que pourraient le faire supposer le nombre et la gravité des troubles nerveux. Qu'il s'agisse d'une paralysie générale vraie ou syphilitique, les malades conservent pendant des mois et des années une santé matérielle presque parfaite. Ce contraste entre le physique et le moral est peut-être plus frappant dans la première que dans la seconde.

Si dans cette dernière on trouve parfois, à la longue, la détérioration particulière qui constitue la cachexie spécifique propre aux profondes visceropathies syphilitiques, en revanche nous avons contre tous ces désordres la ressource du traitement spécifique. Il est consolant de savoir que, contrairement à la vraie paralysie générale qui est absolument incurable, la pseudo-paralysie syphilitique peut être guérie. Je ne dis pas que cela ait lieu dans tous les cas; malheureusement il s'en faut de beaucoup. Mais ce qu'on est en droit d'espérer, et ce qu'on obtient presque toujours, c'est une grande amélioration. Il y a des cas où le mercure et l'iodure ont réellement ressuscité des malades. Grâce à eux, la cachexie, les désordres psychiques ou moteurs, les convulsions, les ictus apoplectiformes ont été réprimés dans ce qu'ils avaient de plus dangereux. Sans doute il est rare que les malades sortent parfaitement indemnes d'une aussi grave détermination. Il leur en reste, dans la grande majorité des cas, des infirmités incurables; ils sont menacés par des retours offensifs. Mais enfin ils vivent; leur existence peut même se prolonger très longtemps et leurs jours ne sont pas comptés comme ceux des paralytiques généraux. Le pronostic est donc très différent dans les deux cas.

Pour terminer ce parallèle et montrer que la paralysie générale des syphilitiques ne doit pas être confondue avec la paralysie générale vraie, mais que cependant elle la simule quelquefois au point de rendre le diagnostic très difficile, je vais résumer un cas que j'ai observé.

M. X..., âgé de trente ans, étudiant en médecine, contracta la syphilis en 1877 et n'eut comme accidents consécutifs que de la roséole et des plaques muqueuses. Traitement énergique à cette époque et depuis, presque ininterrompu pendant sept années. Rien cependant d'extraordinaire jusqu'en 1883. Il se produisit alors une mydriase du côté gauche; elle guérit rapidement. On crut qu'une affection spécifique de la moelle allait se déclarer; il n'en fut rien, et c'est le cerveau qui commença à se prendre insensiblement. Impossible d'incriminer une cause autre que la syphilis, car le sujet n'était ni alcoolique, ni débauché, ni rhumatisant. — Diminution graduelle des facultés intellectuelles, impossibilité de travailler et de passer ses examens. Ses idées devinrent confuses, fixes ou très mobiles et presque toujours enfantines et ridicules. Ce processus psychopathique se fit très lentement. Il s'accentua surtout en août et en septembre 1887 (dixième année de la syphilis). Il se produisit alors un peu d'embarras de la parole, qui était insensible le matin et ne devenait sérieux que dans la journée ou sous l'influence d'une émotion un peu vive.

En février 1888, attaque de congestion cérébrale avec affaissement musculaire et sans perte de connaissance, mais suivie de délire, d'agitation, de paralysie de l'avant-bras du côté gauche, d'incertitude dans la marche et même d'impossibilité de marcher. La crise dura trois jours. Elle était survenue en pleine santé, si bien qu'on croyait tout fini.

Quand on me conduisit le malade, deux semaines après, la paralysie avit complètement disparu, mais les mains étaient fort maladroites. Il marchait très bien et faisait des courses de 8 à 10 kilomètres. Jamais de convulsions. Ce qui était atteint chez lui c'était l'intelligence. L'encéphalopathie avait une forme essentiellement psychique : enfantillages, idées fixes, extravagantes, conceptions délirantes, suivies d'actes déraisonnables, affaiblissement considérable de la mémoire et accès de colère, humeur sombre. M. X... bredouillait, parlait à tort à travers, radotait, revenait sans cesse sur les mêmes idées, et avait la physionomie d'un idiot, d'un hébété, d'un individu à moitié ivre. Force musculaire et sensibilité intactes et égales des deux côtés. Écriture assez bonne, meilleure que n'aurait pu le faire supposer l'état cérébral.

J'instituai un traitement spécifique énergique. Ce traitement fut mal suivi à cause d'une diarrhée très forte. Néanmoins, trois semaines après, amélioration très grande surtout du côté de la mémoire. Difficulté de la parole un peu moindre. Idées toujours puériles. — Plus d'accès extravagants. Pleurs sans cause, mais humeur moins noire et gaie. Rien du côté du mouvement ni de la sensibilité. Santé générale très bonne. Même traitement.

Je perdis M. X... de vue pendant six mois. Quand il revint à ma consultation, je le trouvai dans une disposition

d'esprit optimiste qui se réfléchissait sur sa figure toujours souriante. Il avait l'air enchanté de lui-même et se déclarait complètement guéri. Et, en effet, il causait, lisait, écrivait, se souvenait presque aussi bien que si son cerveau n'eût jamais été malade. Mais sa parole restait un peu hésitante et il y avait quelque chose de traînant et de puéril dans sa prononciation. — Force musculaire très considérable lui permettant des exercices gymnastiques compliqués et des courses énormes. — Écriture excellente, rédaction parfaite de certains cours qu'il suivait, etc. Tout cela aurait pu faire croire à une guérison complète ; mais un sourire un peu niais restait stéréotypé sur les lèvres. De temps en temps un propos enfantin se faisait jour et les idées d'une nature un peu trop ambitieuse pointaient çà et là, etc. Aucune crise congestive depuis celle de février.

Eh bien, que pensez-vous de ce fait? Est-ce la fausse paralysie générale syphilitique ou la paralysie générale vraie? — Y aurait-il entre nous quelque divergence d'opinion sur le diagnostic, ou bien sommes-nous d'accord?... Oui, sans aucun doute, du moins sur le traitement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

SÉANCE DU 28 MAI 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MAURICE PERRIN.

M. le docteur *Séjournet* (de Revin, Ardennes) envoie une note manuscrite sur une *infraction fréquente à la loi Roussel.*

M. le docteur *Commenge* adresse une brochure sur *les anomalies vaccinales.*

M. *Bergeron* présente un ouvrage intitulé : *L'œuvre de Davaine.*

M. *Léon Le Fort* dépose la deuxième partie de la 9e édition du *Manuel de médecine opératoire de Malgaigne.*

M. *Riche* présente, de la part de M. *Lajoux*, un volume intitulé : *Recherches et documents du laboratoire municipal de Reims.*

M. *Peter* dépose un travail de M. le docteur *La Torre* (de Rome) sur le *traitement des fibromes utérins par l'électrolyse.*

OVARO-SALPINGITES. — M. le docteur *Terrillon* communique la statistique et les observations de cinquante ovaro-salpingites qu'il a traitées par la laparotomie.

D'après lui, les salpingites simples, catarrhales, avec adhérences et épaississement des parois de la trompe, le plus souvent d'origine blennorrhagique ou ayant succédé à des fausses couches, donnent des résultats presque constamment excellents. Souvent même l'ablation d'un seul côté, qui est le plus malade, surtout dans les cas anciens, produit des guérisons rapides et durables. Les salpingites hémorrhagiques laissent assez souvent après elles des troubles variés, soit à cause de leur volume qui entraîne des désordres opératoires étendus, soit à cause de leur durée, car elles datent ordinairement de plusieurs années.

Quant aux salpingites muco-purulentes et surtout purulentes, ce sont elles qui sont les plus dangereuses. Cependant, quand elles sont volumineuses et qu'on ne peut les enlever, le drainage par la laparotomie donne de bons résultats, puisque cinquante malades ainsi traitées ont guéri. Les autres, plus petites, qu'on est obligé d'enlever, sont graves, car leur rupture dans le péritoine n'est pas rare au moment de l'ablation ; c'est ainsi que M. Terrillon a perdu deux malades. Cependant il croit qu'avec des lavages abondants et le drainage profond du péritoine, on pourra éviter ces accidents. Deux cas récents, opérés dans ces conditions à la Salpêtrière, lui ont montré que ces opérations sont moins dangereuses qu'on ne pouvait le penser tout d'abord. Par contre, les salpingites tuberculeuses sont celles qui donnent les résultats les moins encourageants, surtout à cause des difficultés opératoires qu'on rencontre toujours pour les enlever en totalité. Tantôt il a pu enlever les deux annexes, tantôt un seul côté a pu être opéré. Une de ses opérées est morte, mais il a obtenu des améliorations très manifestes de ses autres malades et il croit que dans l'avenir il ne faudra pas hésiter à faire bénéficier ces malades de l'intervention chirurgicale, quand elle est anatomiquement bien nettement indiquée, car on peut espérer souvent obtenir de bons résultats, même dans les cas compliqués d'autres tuberculoses localisées. — (Le mémoire de M. le docteur Terrillon est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. *Verneuil*, *Duplay* et *Cornil.*)

CROUP. — M. le docteur *L. Cohen* lit un mémoire sur le croup diphthérique, considéré comme une manifestation herpétique du larynx et son traitement.

RAGE TANACÉTIQUE. — Les expériences de M. le docteur *Peyraud* (de Libourne) sur la rage tanacétique donnent lieu à un rapport de M. *Trasbot*, dont les conclusions sont les suivantes :

L'essence de tanaisie injectée dans les veines à certaines doses, produit chez les lapins une intoxication dont les symptômes se rapprochent de ceux de la rage. La solution de chloral à 10 pour 100, mélangée avant les inoculations au virus rabique, paraît en diminuer et même en détruire les propriétés virulentes.

L'essence de tanaisie injectée autour du point où une inoculation rabique a été pratiquée, semble avoir empêché le développement de la rage sur un certain nombre d'animaux (4 sur 6), tandis que chez les animaux témoins, inoculés dans les mêmes conditions, 1 sur 6 seulement a survécu. Quoique ces chiffres soient insuffisants pour affirmer une immunité acquise par les injections d'essence de tanaisie contre les inoculations rabiques, ils n'en constituent pas moins un témoignage favorable dans une certaine mesure aux opinions soutenues par M. Peyraud. Aussi serait-il à désirer que des expériences reprises sur un plus grand nombre d'animaux vinssent confirmer ces premiers résultats.

Pour les injections de chloral faites après inoculation sur six animaux, il n'y a eu que deux survivants, tandis que sur les six animaux témoins, un seul a survécu. Quant à la valeur préventive des injections d'essence de tanaisie pour s'opposer au développement de la rage inoculée après les injections, elles ont fourni des résultats encore moins importants. Après ces injections, les animaux inoculés dans la chambre antérieure de l'œil avec du virus rabique ont donné les résultats suivants: sur neuf animaux, deux seulement ont été préservés; quatre sont morts de la rage et trois de mort accidentelle. Toutefois, tous les témoins inoculés de la même façon ont succombé.

Ce sont là des chiffres qui montrent combien il est nécessaire d'étudier à nouveau cette influence de l'essence de tanaisie dans le traitement de la rage chez les animaux.

DIABÈTE. — M. *Albert Robin* présente, dans un mémoire considérable, des considérations de chimie biologique appliquée à la thérapeutique du diabète. Il conclut ainsi qu'il suit :

1° Les modifications que les lois de l'échange subissent dans les maladies éclairent la pathogénie de celles-ci et deviennent la source d'indications thérapeutiques certaines. La connaissance des effets produits sur les échanges normaux par un médicament permet de pressentir, avant tout emploi, ses réelles applications thérapeutiques. Il y a lieu de reviser, à ce double point de vue, la physiologie des maladies et celle des médicaments. Cette étude faite, la thérapeutique entrera dans une voie nouvelle ; elle pourra revendiquer le titre de rationnelle et répudier définitivement les tâtonnements du passé.

2° La chimie biologique démontre qu'il y a chez le diabétique, non seulement une exagération de tous les actes de la nutrition générale, mais encore une suractivité spé-

ciale de certains organes au premier rang desquels figurent le foie et le système nerveux. Le fait indéniable de la suractivité de la nutrition générale et de la cellule hépatique commandée par une excitation nerveuse directe ou réflexe, doit donc être le pivot de la thérapeutique du diabète. On peut affirmer d'avance que tout médicament qui ralentit, par un procédé quelconque, les excitations générales et celles du système nerveux diminuera à coup sûr la glycosurie. Mais un médicament n'aura chance de réussir dans le diabète que s'il retarde les excitations générales par l'intermédiaire de son action primitive sur le système nerveux et s'il n'exerce pas sur les fonctions de ce système une action suspensive trop énergique. Les moyens thérapeutiques qui accélèrent la dénutrition doivent être écartés à priori. Il est démontré soit cliniquement, soit expérimentalement qu'ils n'ont donné aucun résultat favorable.

3° Par conséquent, les indications thérapeutiques du diabète peuvent être formulées ainsi : *a.* Soustraire à l'organisme, par un régime approprié, les matériaux de production du sucre et priver la cellule hépatique de ses excitants fonctionnels ; *b.* Ralentir la désassimilation générale et la formation de glycogène à l'aide de moyens thérapeutiques qui diminuent les actes chimiques de la vie organique par l'intermédiaire de leur action primitive sur le système nerveux.

— L'Académie se forme ensuite en comité secret, afin d'entendre la lecture d'un rapport de M. *Hérard* sur les candidats au titre d'associé national. La liste de présentation est la suivante : 1° (médecine vétérinaire) M. Lafosse (de Toulouse), 2° (chirurgie) M. Sirus-Pirondi (de Marseille), 3° (médecine) MM. Raimbert (de Châteaudun) et Willemin (de Vichy), 4° (chirurgie) M. Hergott (de Nancy) et Azam (de Bordeaux).

— L'ordre du jour de la séance du 4 juin est fixé ainsi qu'il suit : 1° Suite de la discussion sur le diabète (Inscrits : MM. *Dujardin-Beaumetz*, *Worms*) ; 2° Communication de M. *Germain Sée* sur un nouveau diurétique ; 3° Lectures par MM. les docteurs *Berger* et *Bouloumié*.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 24 MAI 1889. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

La Société procède à la discussion des conclusions du rapport de la Commission chargée d'étudier les mesures à prendre pour combattre la transmission des maladies contagieuses dans les hôpitaux d'enfants. (Voy. le numéro du 17 mai 1889, p. 326.)

La conclusion I, d'abord adoptée, est ensuite mise de nouveau en discussion et renvoyée à la Commission pour en modifier la rédaction.

Les conclusions II et III sont adoptées.

La conclusion IV est renvoyée à la Commission pour adjonction de la coqueluche au nombre des maladies éminemment contagieuses nécessitant l'isolement dans un pavillon spécial.

La conclusion V est adoptée sous la forme suivante, proposée par M. Richard : « Dans la construction des pavillons futurs, l'Administration est invitée à remplacer les grandes salles par des petites ; en aucun cas la contenance de ces salles ne pourra excéder six à huit lits. »

— La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 15 MAI 1889. — PRÉSIDENCE DE M. LE DENTU.

Gangrènes et brûlures par l'acide phénique : M. Lucas-Championnière. — Renversement du nez en bas pour enlever les tumeurs des fosses nasales : M. Ollier (Discussion : M. Trélat). — Section extemporanée de l'éperon dans l'anus contre nature : M. Richelot. — Ablation des myomes utérins par la voie vaginale : M. Terrillon (Discussion : M. Bouilly).

M. *Lucas-Championnière* a observé un cas de *gangrène digitale* et un cas de *brûlure consécutivement à l'application de solutions phéniquées* trop concentrées. Ces accidents tiennent parfois, en partie, à une susceptibilité spéciale de la peau. Peut-être sont-ils plus fréquents lorsque les applications caustiques ont lieu sur des plaies par écrasement, particulièrement prédisposées à la gangrène.

— M. *Ollier* présente un malade auquel il a fait l'*ostéotomie bilatérale et verticale du nez avec renversement de cet organe en bas pour l'ablation d'une tumeur des fosses nasales*, tumeur qui est probablement un kyste congénital ayant envahi à un moment donné l'orbite, d'où une incision pratiquée par M. Le Fort, puis une autre par M. Reclus. A l'aide de cette opération préliminaire — que M. Ollier préconise depuis 1875 pour l'ablation des polypes nasopharyngiens — on a une voie fort large pour aborder les fosses nasales. De plus, le nez une fois suturé, la difformité est très légère.

M. *Trélat*, pour les tumeurs qui n'occupent qu'une des fosses nasales, préfère l'incision unilatérale de Desprez (de Saint-Quentin). Les parties molles une fois divisées, on abat ce qu'on veut de la paroi osseuse externe des fosses nasales et l'on a autant de jour qu'on en a besoin. Au point de vue plastique, le résultat définitif est meilleur que par l'abaissement du nez en totalité.

— M. *Richelot* fait une communication sur la *section extemporanée de l'éperon dans la cure de l'anus contre nature*. Cette opération a été pratiquée autrefois, avec de très mauvais résultats. L'entérotomie de Dupuytren a été un progrès considérable. Mais son application est douloureuse ; quelquefois dangereuse, par pincement d'une anse au delà de l'éperon, ou par épanchement de matières stercorales dans le péritoine, des adhérences ne s'étant pas établies. Aussi certains auteurs, en Allemagne surtout, se déclarent-ils partisans de la laparotomie suivie d'entérectomie et d'entérorraphie circulaire. Mais, quoi qu'on en dise, c'est une méthode assez périlleuse. M. Richelot a eu à soigner un homme un peu aliéné, qui à chaque instant arrachait son pansement : il eût sans nul doute arraché l'entérotome ; la laparotomie eût été bien aléatoire. Aussi l'éperon a-t-il été sectionné à l'instrument tranchant, entre deux pinces hémostatiques préalablement placées, et en dedans desquelles les lèvres de l'incision ont été suturées deux à deux, à la soie. Trois semaines après, l'orifice cutané a été fermé. Il a persisté une petite fistule, due sans doute à l'indocilité du malade, et on n'a pas pu s'en occuper davantage, car il a fallu évacuer le patient sur un asile d'aliénés.

— M. *Gouguenheim* présente un malade auquel il a pratiqué la *dilatation d'un rétrécissement syphilitique du larynx* à l'aide des sondes graduées de Schrœtter (de Vienne). Le cathétérisme se fait par la bouche, et la sonde est laissée en place au plus pendant une heure. Le malade avait été trachéotomisé il y a cinq ans par M. Richelot, et depuis cette époque il avait été impossible de jamais fermer l'orifice de la canule. La dilatation avec la pince de Fauvel, les débridements au galvanocautère avaient échoué. Aujour-

d'hui la canule est peu près constamment fermée depuis trois mois.

M. *Lucas-Championnière* suit depuis quatre ans un malade auquel il a d'abord refait, par une série d'opérations plastiques, un conduit laryngien, le larynx ayant été écrasé par une courroie de transmission. Puis cette voie cicatricielle a été dilatée à l'aide de cathéters de Beniqué en étain, fort commodes à cause de leur malléabilité. A un calibre déterminé, M. Championière a fait fabriquer quelques cathéters du volume voulu. Les premiers essais de dilatation ont été assez pénibles; ils causaient de la suffocation. Aujourd'hui le malade, bien habitué, se sonde lui-même. Il porte une canule spéciale, à cheminée, et se trouve en bon état.

M. *Desprès* lui aussi a eu par la dilatation de bas en haut, avec les beniqués, deux succès temporaires pour des rétrécissements « dits » syphilitiques, ayant d'abord nécessité la trachéotomie. Mais la récidive est constante et on ne peut pas enlever avec sécurité la canule.

M. *Chaurel* a eu deux échecs par la pince de Fauvel.

M. *Gouguenheim* répond à M. Desprès qu'il a vu à Vienne des malades que M. Schrœtter, à leur grand contentement, a débarrassés de leur canule.

— M. *Terrillon* fait une communication sur l'*ablation par la voie vaginale des fibromes utérins à implantation large*. L'opération se fait, en une séance, après dilatation ou discision du col. Puis la tumeur est enlevée par morcellement. Cette méthode est celle de Baker-Brown, de Péan. M. Terrillon y a eu recours cinq fois, avec d'excellents résultats; il morcelle la tumeur par écrasement, à l'aide d'une forte pince. L'opération est indiquée pour les fibromes qui font saillie vers la cavité utérine et qui déterminent des accidents hémorrhagiques et douloureux, ou septiques. Deux des malades de M. Terrillon perdaient en grande quantité une sérosité un peu sanguinolente dont la rétention causait de temps à autre des crises fort sérieuses. Lorsque des accidents existent, il est indiqué de dilater le col utérin et de bien se rendre compte si la tumeur est accessible par la cavité utérine; et même deux fois, l'ablation ayant été impossible, la dilatation du col a fait cesser les accidents.

M. *Bouilly* appuie l'opinion de M. Terrillon : c'est une opération efficace et bénigne. Sur cinq malades, toutefois, M. Bouilly en a perdu une. Mais il s'agissait d'une tumeur énorme, déjà enlevée en partie en une première séance que l'hémorrhagie avait contraint d'interrompre; la deuxième séance a fait succomber en vingt-quatre heures, dans le choc, cette femme épuisée. La guérison des quatre autres a été prompte. Sur l'une d'elles, le fibrome était putréfié et M. Bouilly a eu soin de désinfecter d'abord la région par des lavages antiseptiques. Une autre avait subi la castration, mais les hémorrhagies avaient reparu au bout d'un an. M. Bouilly fait le morcellement par sections cunéiformes aux ciseaux et non par écrasement. L'hémorrhagie est en général fort légère.

SÉANCE DU 22 MAI 1889. — PRÉSIDENCE DE M. LE DENTU.

Traitement des fibromes utérins : MM. Guéniot, Segond, Pozzi, Desprès. — Amputations congénitales et aïnhum : M. Pereira y Guimaraes (Rapporteur : M Reclus ; discussion : MM Trélat, Lannelongue). — Gastrotomie pour corps étranger : M. Terrier (Discussion : MM. Ollier, Lannelongue).

M. *Guéniot* parle du traitement des polypes de l'utérus. Il s'attache surtout à démontrer que souvent la vascularité de ces tumeurs est beaucoup plus grande qu'on ne le dit; que le morcellement est dès lors aisément dangereux. Il faut sectionner le pédicule au serre-nœud. M. *Desprès* maintient que le vrai polype fibreux n'est que peu vasculaire. Revenant sur le point spécial dont s'est occupé M. Terrillon, il montre que cette opération a été faite autrefois par Huguier pour les fibromes du col, par Amussat et Maisonneuve pour ceux du corps, mais que la fréquence de la perforation de l'utérus par ces manœuvres y a fait renoncer.

M. *Segond* a fait, en s'appuyant sur des faits plus modernes, quelques restrictions dans le même sens. Les succès de MM. Terrillon et Bouilly démontrent que l'opération discutée est souvent bonne, et M. Segond a aussi eu parfois à s'en louer. Mais il ne faut pas se dissimuler les dangers immédiats d'une intervention certainement faite un peu à l'aveugle : il existe un assez grand nombre de cas de morts. Il serait donc bon qu'on précisât les indications ; qu'on indiquât la manière de reconnaître si la masse à énucléer est séparée de la surface péritonéale par une coque utérine suffisamment épaisse. Or c'est précisément ce qui est laissé dans l'ombre, en particulier dans la thèse de M. Secheyron.

M. *Pozzi* appuie l'opinion de M. Segond et conseille de ne pas trop se laisser tenter par la voie vaginale pour toutes les grosses tumeurs faisant saillie du côté de la cavité utérine.

— M. *Reclus* lit un rapport sur une observation d'*aïnhum* adressée par M. José Pereira y Guimaraes. Il conclut à la non-identité de l'aïnhum et des *amputations congénitales* (voy. p. 345).

M. *Trélat* a déjà fait valoir, il y a huit ans, les arguments plaidant contre cette identification d'une maladie congénitale, à manifestations multiples et variées et d'une maladie non congénitale, à siège à peu près constant, frappant à peu près exclusivement le nègre. M. Reclus vient de faire la démonstration.

M. *Lannelongue*, en 1881, a soutenu l'identité : il reconnait son erreur, comme il l'a déjà fait d'ailleurs, dans la thèse de son élève Druillet sur l'ectrodactylie. Mais peut-être ne faut-il pas, pour les amputations congénitales, exagérer la constance des strictions par un lien extérieur; car sans cela il faudrait admettre que le processus par lequel font défaut des métatarsiens ou des métacarpiens est toujours différent de celui qui cause l'ectrodactylie. Cet argument, développé autrefois par Broca, a une grande valeur.

— M. *Terrier* présente un malade auquel il a extrait, par la *gastrotomie*, une fourchette logée dans l'estomac et sentie par la palpation à l'épigastre. Ce fait banal n'a d'intérêt qu'au point de vue du manuel opératoire. Jusqu'à présent, on a toujours fait une incision latérale gauche. M. Terrier a eu recours à une incision médiane sus-ombilicale, non pas seulement parce que le corps étranger faisait saillie à l'épigastre, mais parce que, le corps étranger n'étant souvent pas senti, la laparotomie doit souvent être avant tout exploratrice. Or l'incision médiane permet seule de s'y bien reconnaître et de s'assurer que le corps du délit est bien dans l'estomac.

M. *Ollier* a vu deux malades qui ont refusé l'opération et chez lesquels le corps étranger était senti à gauche. C'est donc à gauche qu'il se proposait d'inciser, après avoir, d'autre part, expérimenté sur le cadavre la voie médiane.

M. *Polaillon* a observé un malade sur lequel on ne sentait rien au palper; mais la fourchette était en fer et l'aiguille aimantée a permis d'affirmer son existence dans l'estomac et de penser qu'elle y était transversale. Dans ces conditions, il fallait logiquement inciser à gauche, et la fourchette ne fut sentie qu'une fois le doigt introduit dans l'estomac ouvert.

M. *Terrier* trouve précisément là un argument contre

l'incision latérale dans les cas où le diagnostic n'est pas assuré par le palper et où la fourchette n'étant pas en fer, l'aiguille aimantée n'est d'aucun secours. Par l'incision médiane, on saisit à volonté l'estomac entre deux doigts et il est impossible de ne pas déterminer s'il contient ou non une fourchette.

A. Broca.

Société de biologie.

SÉANCE DU 25 MAI 1889. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Accidents produits par la lumière électrique : M. Féré. — Modifications de la pression artérielle chez les épileptiques : M. Féré.— Sur la dualité des hémisphères cérébraux : M. Dupuy. — Épilepsie par irritation de la dure-mère : M. Dupuy. — Effet inhibitoire des injections sous-cutanées de chloroforme : M. Dupuy.

M. *Féré* a eu l'occasion d'observer chez une jeune femme, névropathe d'ailleurs, une série d'accidents produits par la lumière électrique : nausées, céphalée, et surtout troubles notables du côté de l'appareil visuel, tels qu'insensibilité de la cornée, de la conjonctive, des paupières, et amblyopie qui persista pendant quelque temps, ainsi d'ailleurs que les autres phénomènes.

— M. *Féré* a étudié, à l'aide du sphygmomètre de Bloch, les modifications de la pression artérielle chez les épileptiques : pendant l'aura, la pression s'élève beaucoup; lorsque les convulsions ont pris fin, il y a au contraire abaissement de la pression. On observe les mêmes phénomènes dans les simples accès d'excitation psychique. Si, au moment d'un de ces derniers, on produit au moyen de la ventouse de Junod ou d'un bain sinapisé, une vaso-dilatation considérable, l'excitation psychique s'atténue plus ou moins rapidement et disparaît pour un temps plus ou moins long.

— M. *Dupuy* a observé une jeune fille qui peut faire mouvoir simultanément ses deux yeux dans deux plans différents; cependant la perception n'a lieu qu'avec un seul œil. Il y a plusieurs années, il avait observé toute une famille dont les enfants étaient ambidextres; chez ces enfants, quand une main exécutait un mouvement, l'autre main exécutait le même mouvement. De ces faits et d'autres faits analogues, M. Dupuy conclut qu'il y a deux cerveaux qui peuvent fonctionner simultanément ou se remplacer complétement. Chez un individu donné, ainsi que le soutient M. Brown-Séquard, à un moment donné, il n'y a en exercice qu'un seul centre de perception.

— M. *Dupuy* a répété sur des chiens les expériences qu'il avait réalisées sur des lapins et qui consistent à déterminer des accès d'épilepsie par simple irritation de la dure-mère; quand l'animal a été préalablement chloroformé, on obtient néanmoins le même résultat. De plus, M. Dupuy a étudié comparativement le temps perdu de la réaction après l'excitation de la dure-mère ou après celle de l'écorce cérébrale; ce temps perdu est plus long dans le premier cas.

— M. *Dupuy* a constaté depuis assez longtemps l'effet inhibitoire qui résulte de l'injection sous-cutanée (dans la profondeur des muscles) de quelques gouttes de chloroforme : par ce moyen les douleurs dues à des névrites disparaissent immédiatement.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 8 MAI 1889. — PRÉSIDENCE DE M. FERNET.

Du traitement de la diphthérie : MM. Goldschmidt (de Strasbourg), Cadet de Gassicourt, C. Paul, Hallopeau, Vigier, E. Labbé.

La Société a reçu une lettre de M. *Goldschmidt* (de Strasbourg) dans laquelle l'auteur déclare avoir obtenu d'excellents résultats du perchlorure de fer contre la diphthérie. Il l'administre à l'intérieur : une cuillerée à café d'une solution à 5 pour 100 de perchlorure à 30 degrés, toutes les deux heures, jour et nuit. Cinq minutes après, il donne un peu de bouillon et de lait. Lors de diphthérie nasale, il fait des irrigations dans le nez.

M. *Cadet de Gassicourt*, répondant aux attaques directes formulées par M. Guelpa dans la précédente séance, déclare qu'il admet toute la valeur des découvertes et des expériences récentes au sujet de la nature parasitaire de la diphthérie, mais qu'il n'en croit pas moins indispensable de s'occuper du terrain sur lequel évolue le microbe, c'est-à-dire de soutenir et de relever l'état général des malades. Certes il admet depuis longtemps que la diphthérie est, au début, une affection locale, et qu'il est utile de la combattre localement, mais il ne faut pas pour cela déprimer les forces du sujet; il faut éviter de troubler les fonctions digestives et de supprimer le sommeil. D'ailleurs les enfants, en pareil cas, ne dorment pas si profondément qu'on ne puisse faire trois ou quatre badigeonnages ou irrigations pendant la nuit sans être obligé de les réveiller. Enfin, si le traitement local est excellent, du moins ne possédons-nous pas encore, en dépit des assertions enthousiastes de M. Guelpa, un agent topique infaillible : on ne peut que chercher à faire de son mieux, en attendant qu'il soit découvert. D'autre part, on a le droit d'être surpris du grand nombre de diphthériques que rencontrent certains médecins à médication exclusive et merveilleuse, guérissant dans tous les cas. N'y a-t-il pas de leur part quelque illusion, bien involontaire sans doute, et quelque tendance à voir partout de la diphthérie. M. Comby, qui voit environ par an 7000 malades au dispensaire d'Enfants dont il est le médecin, ne rencontre sur ce nombre que 8 ou 10 cas de diphthérie. Comment expliquer les chiffres donnés par certains praticiens? — Quant à la trépanation de l'antre d'Highmore proposée par M. Guelpa pour arriver dans quelques cas à faire des irrigations nasales, elle est inacceptable; et quant à la trachéotomie, elle reste, quoi qu'il en dise, une opération sérieuse que l'on doit réserver comme suprême ressource.

M. *C. Paul* est entièrement d'avis que le traitement topique local, employé énergiquement dès le début, constitue la meilleure chance de succès. Pour enlever les fausses membranes avant de procéder à l'application du topique antiseptique, il a d'ordinaire recours à l'emploi du doigt enveloppé d'un linge un peu rude : c'est encore le meilleur instrument en pareil cas.

M. *Cadet de Gassicourt* s'est servi, pour combattre localement la diphthérie, du naphtol camphré, mais les membranes se reproduisent assez rapidement. Avec l'acide salicylique dans la glycérine (1 gramme pour 9 grammes) la reproduction est moins hâtive et la nouvelle fausse membrane est très mince. Jusqu'ici, c'est encore la mixture phéniquée préconisée par M. Gaucher qui lui a paru donner les meilleurs résultats. Il pratique d'ailleurs toutes les heures de grandes irrigations. Enfin il évite autant que possible de produire des éraillures de la muqueuse en badigeonnant la gorge.

M. *Hallopeau* a employé, il y a une dizaine d'années, dans un service d'enfants dont il était alors chargé, une solution d'acide salicylique dans l'eau, la glycérine et l'alcool; il en a obtenu de bons effets.

M. *Vigier* fait remarquer qu'en ajoutant de l'eau à l'alcool on précipite facilement une portion de l'acide salicylique dissous; la glycérine semble un meilleur véhicule.

M. *Boymond* rappelle qu'on augmente le degré de solubilité en ajoutant du benzoate de soude.

M. *E. Labbé* objecte qu'il se fait alors une décomposition

du sel de soude donnant lieu à du salicylate de soude dont les effets ne sont sans doute pas identiques à ceux de l'acide salicylique. La nécessité de faire disparaître les fausses membranes diphthéritiques et de combattre localement le germe morbide ne doit pas cependant conduire le médecin à pratiquer des écorchures, de véritables plaies de la muqueuse. Enfin l'alimentation bien dirigée est essentielle pour soutenir les forces du malade, et le sommeil doit être respecté dans la mesure compatible avec la mise en œuvre d'un traitement actif et efficace.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

André PETIT.

REVUE DES JOURNAUX

Sur un cas de transplantation de peau carcinomateuse, par M. HAHN. — Chez une femme atteinte d'un cancer du sein en cuirasse, on excisa un fragment de peau malade, qui fut transplanté par le procédé de Reverdin en une région saine; inversement on ferma avec un lambeau sain la plaie ainsi produite. La cicatrisation fut obtenue sous un pansement iodoformé. Deux mois plus tard, quand la malade mourut, on constata, d'une part, l'envahissement du cancer dans les greffes saines, et d'autre part, la propagation aux tissus voisins des greffes cancéreuses. De là le conseil d'éviter, dans l'ablation de ces tumeurs, de toucher les parties saines avec des tissus malades, et de ne pas se servir pour la réunion de la plaie des instruments qui ont servi à l'extirpation proprement dite. (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 21, 1888.)

De la prophylaxie des fièvres paludéennes par la quinine, par M. GRAESER. — Après Schweinfurth, en Afrique, Hertz à Amsterdam, et d'autres encore, l'auteur a eu l'occasion, dans ses voyages dans l'Extrême-Orient, d'expérimenter le pouvoir prophylactique de la quinine, et d'en constater l'efficacité. Tandjouk-Priok, port de Batavia, a une telle réputation d'insalubrité que pendant longtemps les bâtiments ont refusé d'y entrer, bien que ce port fût le seul de Java où on pût aborder à quai. C'est là que l'auteur a fait prendre à l'équipage dont il était le médecin, pendant quinze jours environ, des doses journalières de quinine de 50 centigrammes ou de 1 gramme dans du genièvre. Les cas de fièvre palustre diminuèrent d'un tiers, et présentèrent moins de gravité que précédemment, ainsi qu'on a pu le constater en consultant les registres du bord. Cette influence prophylactique fut constatée dans cinq voyages.

Plus récemment, le docteur Buwalda, médecin du vaisseau hollandais *le Conrad*, a fait distribuer à l'équipage de la quinine pendant son séjour à Tandjouk-Priok, dans le moment le plus malsain de l'année. Chez tous ceux qui ont pris le médicament, il n'y eut ni accès de fièvre ni intumescence de la rate; deux officiers seulement, qui n'avaient pas voulu prendre de quinine, furent atteints d'accès violents.

Les pâtres de la Sardaigne, quand ils descendent dans la plaine, prennent de la quinine pour se préserver de la fièvre. Il n'y a pas bien longtemps que Eichhorst a écrit: « L'usage prophylactique de la quinine est sans utilité; on a vu des ouvriers des fabriques de quinine être atteints des fièvres palustres. » De nombreuses observations tendent à prouver que cette opinion n'est pas justifiée; on ne peut prétendre que les ouvriers qui respirent des poussières de quinine en prennent à dose thérapeutique. Il serait utile que de nouvelles recherches soient entreprises sur ce point pour déterminer à quelle dose et pendant combien de temps il faut prendre de la quinine pour être préservé des fièvres palustres. (*Berliner klinische Wochenschrift*, n°s 42 et 53, 1888.)

Du traitement de l'érysipèle par l'alcool, par M. BEHREND. — Parmi les substances qui tuent le coccus de l'érysipèle, il faut ranger l'alcool absolu à 90 degrés. L'auteur a fait à ce sujet des expériences cliniques sur des malades d'une prison de femmes où les érysipèles sont très fréquents. Il a constaté l'utilité de l'alcool même dans des cas très graves qui ont été ainsi rapidement guéris. Dans l'érysipèle de la face dès que la rougeur, l'induration et la douleur se sont montrées, et avant l'apparition de symptômes généraux il a fait faire trois fois par jour des lotions énergiques avec de l'alcool absolu à 90 degrés; les lotions dépassaient même un peu les limites de la rougeur. Les phénomènes locaux se sont immédiatement arrêtés, et en moins de trois à cinq jours ont disparu, sans réaction générale.

Chez une dame sujette à de fréquentes rechutes d'un érysipèle du membre inférieur, il employa avec le même succès ce traitement, qui fut continué après guérison, au point de vue prophylactique. L'auteur recommande ce traitement qu'il considère comme absolument certain. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 28 janvier 1889.)

BIBLIOGRAPHIE

Œuvres complètes de J. M. Charcot. Tome V : *Maladies des poumons et du système vasculaire.* — Paris, aux Bureaux du *Progrès médical* et chez Lecrosnier et Babé, 1888.

Depuis que M. Charcot est devenu le chef respecté de l'École de la Salpêtrière, depuis que ses immortels travaux ont fondé sur des assises nouvelles l'étude des maladies du système nerveux et révélé au monde savant un si grand nombre de faits et d'observations inoubliables, on pourrait ne plus se souvenir que le maître de la neuro-pathologie contemporaine a été, pendant plusieurs années, l'un des plus éminents parmi nos professeurs de médecine générale et nos anatomo-pathologistes.

Aussi doit-on savoir gré à l'un de ses élèves les plus fidèles, notre confrère M. Bourneville, d'avoir songé à réunir, après ses *Leçons sur les maladies du système nerveux,* qui font le sujet des quatre premiers volumes de cette importante collection, tous les travaux de M. Charcot relatifs aux maladies du foie et des voies biliaires, des reins, des poumons et du système vasculaire, aux maladies des vieillards, etc., etc. Plusieurs de ces leçons ont déjà été publiées et les noms des premiers élèves qui les ont rédigées sont ceux de maîtres aujourd'hui célèbres. C'est une raison de plus pour que tous les savants français et étrangers, tous ceux qui s'intéressent au mouvement scientifique contemporain et cherchent à s'instruire en recourant aux sources originales, tiennent à consulter et à relire souvent ces volumes si riches de faits, si suggestifs. Comme le dit bien M. Bourneville, dans la préface de ce cinquième volume, l'histoire, elle aussi, est riche en enseignements.

Une semblable publication prouve jusqu'à l'évidence combien les études de médecine générale sont utiles, je dirais volontiers nécessaires au développement de l'esprit scientifique. Certes, il arrive un jour où la spécialisation s'impose en quelque sorte et où, pour devenir chef d'École, il est nécessaire de demeurer dans le même hôpital ou dans le même laboratoire et d'y perfectionner journellement ses installations scientifiques et ses moyens d'étude. Et cependant qui songerait encore, après avoir consulté ces leçons sur les maladies des poumons, à regretter que M. Charcot ait donné plusieurs années de sa vie à l'étude et à l'enseignement de l'anatomie pathologique. Il suffirait de relire sa première leçon sur les rapports de l'anatomie pathologique avec la clinique (elle date de 1877) pour se rendre compte des services rendus à plusieurs générations médicales par cette manière large et compréhensive de relier l'anatomie pathologique à la clinique.

Félicitons-nous donc de pouvoir recommander à nos lec-

teurs l'étude d'un ouvrage dans lequel se retrouvent tant de notions demeurées classiques sur les pneumonies chroniques, les pneumokonioses ou la phthisie pulmonaire. Sans doute, la science a marché depuis douze ans; les théories anciennes se sont modifiées depuis que les découvertes microbiologiques ont éclairé non seulement l'étiologie, mais encore la pathogénie d'un grand nombre de lésions. Mais les faits bien observés demeurent inattaquables et nous n'aurions point de peine à faire voir que, malgré les horizons que nous ont ouverts les nouvelles doctrines, le plus grand nombre des démonstrations que contiennent ces leçons d'anatomie pathologique restent des plus probantes au point de vue clinique.

Après les maladies de l'appareil pulmonaire viennent les leçons sur les altérations du sang (leucocythémie et mélanémie) et sur les maladies du système vasculaire (embolies, thromboses, endocardites, etc.). C'est dans cette partie de l'ouvrage que se trouvent les études de M. Charcot sur la claudication intermittente et sur les endocardites infectieuses. Elles sont trop connues; elles ont été trop souvent louées pour que nous ayons besoin d'insister.

Le sixième volume renferme les leçons sur les maladies du foie, des voies biliaires et des reins; le septième, les leçons sur les maladies des vieillards et les maladies chroniques. Et ce monument scientifique, qui résume les premières études de M. Charcot, se complétera bientôt de ses nouvelles recherches sur les maladies du système nerveux, de cet ensemble de découvertes qui, déjà en nombre plus que suffisant pour marquer sa place à la tête des savants contemporains, accroissent encore chaque jour le domaine de nos connaissances et affirment, par l'influence qu'elles exercent sur le mouvement scientifique, l'autorité du maître qui les inspire.

L. L.

Manuel pratique de la garde-malade et de l'infirmière, publié par M. le docteur Bourneville. Paris, aux bureaux du *Progrès médical*, 14, rue des Carmes, 1889. — 5 vol. Prix : 7 fr. 50.

Sous ce titre général, M. Bourneville vient de réunir en une même collection les différents volumes qui, parvenus pour la plupart à trois ou quatre éditions successives, servent à l'enseignement professionnel des écoles d'infirmiers et d'infirmières. De ces volumes, le premier, consacré à l'anatomie et à la physiologie, a été rédigé par MM. Duret et Regnard. Dans sa quatrième édition il se trouve illustré de cinq nouvelles figures dues à M. le docteur P. Richer. Le tome II, qui traite de l'administration et de la comptabilité hospitalières, a été écrit par M. Pinon. Il se termine par un appendice contenant le nom des médecins, des savants, des bienfaiteurs de l'Assistance publique, etc., qui ont été substitués dans ces derniers temps aux noms anciens inscrits à la porte des salles de malades.

Le troisième volume : *Pansements*, parvenu lui aussi à sa quatrième édition, a été complété par M. le docteur Petit-Vendol. Il renferme des notions relatives non seulement aux pansements proprement dits, mais encore à la petite chirurgie, au transport des blessés, à l'hydrothérapie, à la mesure de la température dans les maladies, à l'examen des malades, à l'ensevelissement des morts, etc.

Le quatrième volume est relatif aux soins à donner aux femmes en couches, aux aliénés. Il est accompagné d'un petit dictionnaire qui ne saurait être loué sans quelques réserves, mais qui, dans son ensemble, peut rendre des services réels aux infirmiers auxquels il est destiné.

Enfin le cinquième volume rédigé, par M. Sollier, a trait à l'hygiène hospitalière et se trouve rédigé sous forme de leçons didactiques.

Dire que les principaux collaborateurs de M. Bourneville s'appellent Blondeau, de Boyer, Brissaud, Budin, Duret, Kéraval, Maunoury, Monod, Poirier, Petit-Vendol, Pinon, Regnard, Sevestre, Sollier et Yvon, n'est-ce point affirmer avec quel soin d'exactitude ont été rédigés ces cinq volumes d'une œuvre vraiment utile?

Documents pour servir a l'histoire anatomique et chimique du segment inférieur de l'utérus pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, par le M. docteur L.-A. Demelin, ancien interne des hôpitaux. — Thèse de Paris, 1888. Alex. Coccoz.

Il résulte de cette étude que le segment inférieur de l'utérus, pendant la grossesse, le travail et les suites de couches, constitue une région spéciale qui a son anatomie, sa physiologie et sa pathologie propres. Ainsi, pendant la grossesse, les adhérences de la vessie à l'utérus se relâchent tellement qu'elles n'existent pour ainsi dire plus; durant la gestation et après la délivrance, le cul-de-sac vésico-utérin descend très bas sur la face antérieure de l'utérus, quelquefois même jusque sur le vagin. On voit, d'autre part, vers la limite du tiers inférieur de la face antérieure de l'utérus, un repli séreux transversal, s'effilant vers les ligaments ronds, et qui prend naissance quinze jours à trois semaines après l'accouchement, par suite de l'involution plus lente pour la séreuse que pour le tissu musculaire. — Pendant la parturition, quand il existe un obstacle à l'expulsion du fœtus, le segment inférieur de l'utérus augmente de hauteur en même temps que ses parois s'amincissent : le segment inférieur, dans son ensemble ou seulement une de ses parois, peut fournir à cette distension. Dans le premier cas l'utérus prend la forme en sablier, avec étranglement au niveau de l'anneau de Bandl, situé plus ou moins haut au-dessus du pubis, suivant le degré de distension. Dans le second cas, l'utérus est incliné et l'anneau obliquement dirigé par rapport au plan du détroit supérieur. Cette distension prépare la rupture de l'utérus, aussi commande-t-elle à l'accoucheur les plus grandes précautions; enfin, comme elle a pour résultat de constituer au corps de l'utérus, après l'accouchement, un pédicule creux et flasque, sans tonicité, elle peut être l'origine d'accidents tels que l'hémorrhagie, l'enchatonnement du placenta, la déviation ou l'inversion utérine.

VARIÉTÉS

Société de protection des victimes du devoir médical. — Cette Association vient de se constituer définitivement et a voté tout aussitôt une subvention de 500 francs, destinée à venir en aide à Mme Mérandon, veuve d'un médecin qui, après avoir succombé à une diphthérie contractée en soignant un enfant pauvre, l'a laissée elle-même dans une grande détresse. Le trésorier de la Société de protection des victimes du devoir médical a été autorisé à acquitter les dettes de Mme veuve Mérandon, à lui acheter un mobilier et à pourvoir à ses besoins les plus pressants. La Société s'efforcera de lui faire obtenir un emploi en rapport avec son âge, ses aptitudes et sa santé.

Association de la presse médicale (*Statuts*).

Article premier. — Il est établi à Paris, sous le bénéfice de la loi de 1884, un syndicat professionnel sous la dénomination de *Association de la presse médicale*.

Art. 2. — Cette Association a pour but et pour objet l'étude et la sauvegarde des intérêts de la presse médicale.

Art. 3. — Elle comprend des membres fondateurs et des membres titulaires, jouissant exactement les uns et les autres des mêmes droits.

Art. 4. — Sont membres fondateurs les signataires des présents statuts.

Art. 5. — Pour faire partie de l'Association comme membre titulaire, il faut: 1° être docteur en médecine; 2° être propriétaire, directeur, rédacteur en chef d'un journal de médecine ou délégué en vertu d'un pouvoir régulier; 3° être présenté par deux membres de l'Association; 4° être élu en assemblée, à la majorité des membres de l'Association, sur les conclusions d'un rapport qui est confié à un membre autre que les deux parrains; les membres absents peuvent voter par correspondance ou par procuration.

Art. 6. — Chaque journal ne peut avoir qu'un seul représentant au sein de l'Association.

Art. 7. — L'Association est administrée et représentée en toute occasion par trois syndics élus par elle et renouvelables par tiers tous les ans. Le sort désignera les deux sortants pour

la première période triennale. Les syndics sortants sont rééligibles.

Art. 8. — L'Association a pour siège social la résidence de l'un des syndics.

Art. 9. — Les membres de l'Association payent une cotisation annuelle de 30 francs, réduite à 15 francs pour les membres de province.

Art. 10. — L'Association se réunit trimestriellement le deuxième vendredi de février, mai, août et novembre, et cette réunion est suivie d'un banquet confraternel dont les cotisations servent à couvrir les frais.

En dehors de ces réunions statutaires, l'Association peut se réunir extraordinairement sur la convocation des syndics.

Paris, le 21 février 1889.

Ont signé, et sont par conséquent membres fondateurs de l'Association :

MM. Auvard (*Archives de tocologie*); Bardet (*Les nouveaux remèdes*); Bottentuit (*France médicale*); Bouchut (*Paris médical*); Bourneville (*Progrès médical*); Cadet de Gassicourt (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*); Cézilly (*Concours médical*); Charcot (*Archives de neurologie*); Cornil (*Journal des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie*); Doléris (*Archives nouvelles d'obstétrique et de gynécologie*); Dujardin-Beaumetz (*Bulletin général de thérapeutique*); Duplay (*Archives générales de médecine*); Galezowski (*Recueil d'ophthalmologie*); Gouguenheim (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*); Huchard (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*); Joffroy (*Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*); Laborde (*Tribune médicale*); Landouzy (*Revue mensuelle de médecine*); Lereboullet (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*); Le Sourd (*Gazette des hôpitaux*); Lucas-Championnière (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*); A.-J. Martin (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*); Mary-Durand (*Courrier médical*); De Maurans (*Semaine médicale*); Nicaise (*Revue mensuelle de chirurgie*); Panas (*Archives d'ophthalmologie*); Preugrueber (*Bulletin médical*); De Ranse (*Gazette médicale de Paris*); Richelot (*Union médicale*); Ch. Richet (*Revue scientifique*).

Les trois syndics élus sont MM. Cézilly, Cornil et De Ranse.

LA CONFRATERNITÉ MÉDICALE ET LA POLITIQUE INTRANSIGEANTE. — La *Berliner klinische Wochenschrift*, à laquelle nous empruntons si souvent des *Revues de journaux* et des *Comptes rendus de Congrès*, dont les lecteurs français savent apprécier l'intérêt, vient de prouver une fois de plus que son rédacteur en chef, le professeur Ewald, sait et prétend toujours défendre les intérêts scientiques et professionnels. Dans son numéro du 20 mai dernier, ce journal proteste en effet contre une décision prise en vue de conseiller aux médecins allemands « de s'abstenir de prendre part aux Congrès scientifiques qui se réuniront cette année à Paris à l'occasion de l'Exposition universelle ». Cette décision avait été votée, à une faible majorité, sur la proposition du médecin en chef, docteur Wasserfuhr, par le Cercle où se réunissent les médecins de réserve de l'armée allemande. Le professeur Ewald proteste, au nom de la liberté individuelle, en faisant remarquer qu'il est toujours mauvais de mêler la politique aux questions de science pure. Nous n'avons pas à insister sur l'importance et l'opportunité de cette déclaration qui émane d'un des plus éminents médecins de l'Allemagne.

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL (*Chirurgie*). — Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Ricard et Poirrier.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — A été nommé :

Au grade de médecin de deuxième classe: M. Masurel, médecin auxiliaire de deuxième classe, docteur en médecine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. Combemale, agrégé, est appelé à l'exercice à partir du 16 mai 1889. M. Combemale est nommé, en outre, pour une période de trois ans, à partir du 16 mai 1889, chef du laboratoire des cliniques de ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Adenot (Claude-Jacques-Étienne), délégué dans les fonctions d'aide d'anatomie, est nommé, pour une période de trois ans, à partir du 4 mai 1889, aide d'anatomie à ladite Faculté.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON. — M. Cottin, docteur en médecine, est institué chef des travaux anatomiques et physiologiques.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — Un congé est accordé, sur sa demande, à M. Labat, professeur de clinique obstétricale et gynécologie.

M. Secheyron, suppléant, est chargé du cours de clinique obstétricale et gynécologie.

HOSPICES DE GRENOBLE. — Le concours pour une place de médecin vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Deschamps.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le professeur Alfred Fournier reprendra son cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, à l'hôpital Saint-Louis, le vendredi 31 mai, à neuf heures et demie, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

HÔPITAL DU MIDI. — M. le docteur Charles Mauriac reprendra ses leçons cliniques le samedi 1er juin, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les samedis suivants, à la même heure. Elles seront consacrées au *traitement des maladies vénériennes*.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Duprat, qui fut tout à la fois littérateur, musicien, explorateur, hygiéniste et médecin distingué; il vient de succomber à l'âge de soixante-cinq ans; de MM. les docteurs Filleul et Trinité (de Rouen). — De Vienne, on annonce la mort du professeur Breisky, l'un des gynécologues les plus célèbres de l'Autriche, ancien professeur à Salzbourg, Berne et Prague.

MORTALITÉ A PARIS (20e semaine, du 12 au 18 mai 1889. — Population: 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 12. — Variole, 2. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 42. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 210. — Autres tuberculoses, 27. — Tumeurs: cancéreuses, 47; autres, 3. — Méningite, 37. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 43. — Paralysie, 2. — Ramollissement cérébral, 12. — Maladies organiques du cœur, 52. — Bronchite aiguë, 21. — Bronchite chronique, 31. — Bronchopneumonie, 23. — Pneumonie, 43. — Gastro-entérite: sein, 12; biberon, 36. — Autres diarrhées, 6. — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 4. — Débilité congénitale, 19. — Sénilité, 21. — Suicides, 16. — Autres morts violentes, 10. — Autres causes de mort, 146. — Causes inconnues, 11. — Total: 921.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Le surmenage intellectuel et les exercices physiques (Bibliothèque scientifique contemporaine), par M. le docteur A. Riant. 1 vol. in-16 de 312 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

Traité des maladies des pays chauds, région prétropicale, par MM. les docteurs A. Kelsch et P.-L. Kiener, médecins principaux de l'armée. 1 fort vol. grand in-8° avec 36 figures et 6 planches chromolithographiées. Paris, J.-B Baillière et fils. 24 fr.

Traité de physiologie humaine, par MM. les professeurs Viault et Jolyet (de Bordeaux), avec la collaboration de M. J. Bergonié, agrégé à la même Faculté. 1 fort vol. grand in-8° de 920 pages avec 400 figures dans le texte. Paris, O. Doin. 16 fr.

Traité de dentisterie opératoire, par M. le docteur E. Andrieu. 1 vol. in-8° de 650 pages avec 409 figures dans le texte. Paris, O. Doin. 18 fr.

Annuaire de thérapeutique, 1re année, 1888, précédé d'une introduction sur les progrès de la thérapeutique en 1888, par M. le docteur Dujardin-Beaumetz. 1 vol. in-18 cartonné de 400 pages. Paris, O. Doin. 2 fr.

Hygiène de la première enfance, par M. le docteur Jules Rouvier. 1 vol. in-8° de 616 pages. Paris, O. Doin. 8 fr.

Traitement de l'éclampsie puerpérale (Bibliothèque obstétricale), par M. le docteur A. Auvard. 1 vol. in-12 de 200 pages. Paris, O. Doin. 3 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant*.

19223. — MOTTEROZ. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

BULLETIN

Paris, 6 juin 1889.

Académie de médecine : **Pathogénie et thérapeutique du diabète sucré.** — *Société de biologie :* **Influence des glandes sur le système nerveux.**

Dans ses remarquables leçons sur les *Maladies par ralentissement de la nutrition*, M. Bouchard, parlant des méthodes thérapeutiques et de leur application au traitement du diabète, écrivait en 1882 : « La médecine ne peut plus marcher à l'aventure et, quelque dédain qu'on ait pour les systèmes, on cherche de plus en plus à sortir de l'empirisme. Il faut qu'on possède une conception doctrinale d'une maladie si l'on veut aborder son traitement... Tant vaut la pathologie générale d'un médecin ou d'une époque, tant vaut la pratique de ce médecin ou de cette époque. C'est avec l'empirisme que l'on fait la pathologie; la thérapeutique se fait avec les systèmes, l'observation restant toujours comme contrôle et comme juge. » Et, après avoir établi par des considérations étiologiques et cliniques que le diabète était dû à un défaut d'utilisation du sucre par les tissus, M. Bouchard affirmait qu'il faut « activer les mutations nutritives pour prévenir la maladie, pour empêcher les rechutes, pour modérer l'intensité du mal, pour le faire disparaître ».

Tous nos lecteurs connaissent d'ailleurs la doctrine de l'éminent maître. Elle peut se résumer dans les termes suivants :

Le sucre qui existe dans le sang a pour origine la transformation normale du glycogène hépatique. Celui-ci est un produit d'assimilation de la cellule hépatique; c'est dans cette cellule que s'opère la transformation de la matière glycogène en sucre et cette transformation ne se fait pas, comme l'avait pensé Cl. Bernard, par fermentation, mais bien par désassimilation. Introduit dans le sang, le sucre se détruit en partie par oxydation; mais, en plus forte proportion, il est utilisé par les tissus qui se l'assimilent. Cette grande quantité du sucre qui disparaît sans être éliminée est donc utilisée dans nos tissus. Mais lorsque, sous une influence quelconque, ces tissus deviennent inaptes à assimiler le sucre, l'hyperglycémie et à sa suite la glycosurie deviennent la conséquence de ce ralentissement de la nutrition interstitielle.

Nous n'avons pas à rappeler les considérations d'ordre clinique qui établissent les relations existant entre la goutte, le rhumatisme, la lithiase biliaire, la gravelle, l'obésité, maladies caractérisées par le défaut de combustion des matières azotées, de la cholestérine ou de la graisse, et le diabète causé par la non-assimilation du sucre.

Voyons quelles sont les considérations thérapeutiques où conduit cette doctrine. Pour accélérer les mutations nutritives, c'est-à-dire pour rendre plus difficile l'invasion des maladies que nous venons de citer, M. Bouchard conseille dès l'enfance toutes les méthodes de thérapeutique hygiénique ayant pour but d'activer le fonctionnement cutané et de stimuler le système nerveux. Il prescrit donc la vie au grand air, les frictions sèches ou alcoolisées, les bains salés, alcalins, sulfureux, le massage, l'hydrothérapie, le séjour au bord de la mer ou à certaines altitudes; il recommande d'activer les fonctions du foie par l'usage répété des sels neutres, de l'iode et des iodures, etc., etc. Hâtons-nous de faire remarquer que les exercices physiques ne sont conseillés que lorsqu'il n'y a point d'azoturie, qu'ils doivent être progressifs et progressivement adaptés à la résistance organique du sujet. Viennent ensuite les prescriptions relatives au régime et enfin certains médicaments parmi lesquels il convient de citer les alcalins et l'opium, la valériane et l'arsenic paraissant devoir être réservés aux cas où l'azoturie vient compliquer le diabète.

Aujourd'hui, se plaçant aussi sur le terrain de la pathogénie du diabète, M. A. Robin affirme, à son tour, que « l'avenir de la thérapeutique est tout entier dans l'attentive comparaison entre la physiologie du malade et celle du médicament ». Comme M. Bouchard, il prétend déduire de l'étude du trouble nutritif, qui caractérise la maladie, l'ensemble des moyens thérapeutiques capables de l'enrayer ou de la guérir. Et cependant sa doctrine est toute différente. Elle paraît absolument opposée à celle de M. Bouchard.

M. A. Robin s'efforce, en effet, de démontrer que le diabète est dû à une accélération de la nutrition, par suite de laquelle tous les actes chimiques sont accrus. S'appuyant sur une série de recherches et d'analyses chimiques très détaillées il affirme que la désassimilation des diabétiques est augmentée et que leurs oxydations sont exagérées. Il pense que le diabétique consomme plus

de matières azotées que l'homme bien portant, qu'il brûle mieux, qu'il utilise mieux ces matériaux de désassimilation qu'un organisme normal ; il déclare qu'il en est de même pour les matériaux ternaires, pour le soufre, pour le phosphore ; en un mot il arrive à cette conclusion qu'il y a suractivité de tous les actes chimiques de la nutrition et en particulier suractivité chimique dans la nutrition du foie et du système nerveux.

On voit, par ce court résumé, que se plaçant, au point de vue de l'expérimentation physiologique, c'est-à-dire de l'analyse chimique des produits excrétés par le diabétique, M. A. Robin considère le diabète comme une maladie par accélération de la nutrition. Nous devons nous borner à signaler à l'attention des savants, qui peuvent appeler à leur aide toutes les ressources d'un laboratoire chimique, ces conclusions nouvelles. On ne saurait attendre de nous une discussion d'analyses et de chiffres qui ne pourraient être contestés que par des analyses contradictoires ou des chiffres différents.

Nous devons faire remarquer cependant qu'au point de vue pratique, ces conclusions ne sauraient troubler les cliniciens et leur faire considérer les préceptes hygiéniques et les méthodes thérapeutiques conseillées jusqu'à ce jour comme dangereuses ou nuisibles. Si, en effet, M. A. Robin a bien insisté pour démontrer qu'il ne confondait point les phénomènes d'oxydation avec ceux de la désassimilation des tissus ; s'il s'est efforcé de prouver que l'exagération des oxydations coïncidait chez les diabétiques avec l'augmentation de la désassimilation, rien dans ses préceptes thérapeutiques n'infirme ce que nous sommes habitués à considérer comme vraiment utile. Bien plus, en affirmant que la suractivité de la nutrition du foie est caractérisée par l'augmentation de la genèse de l'urée, M. Robin ajoute : « Le diabète est l'une des maladies dans laquelle on élimine la plus grande quantité d'urée. » Or nous persistons à penser, ainsi que nous le disions récemment, que l'azoturie n'est nullement la conséquence nécessaire du diabète, qu'elle n'a aucune corrélation directe avec la glycosurie. L'augmentation dans l'excrétion de l'urée ne peut donc être considérée comme un argument en faveur de la doctrine de l'accélération de la nutrition chez les diabétiques. Mais, nous le répétons, il n'est point possible, sans expériences personnelles, d'infirmer celles de M. A. Robin. Les arguments qui lui ont été opposés dans la dernière séance ne sauraient, ainsi qu'il a eu raison de le dire. prévaloir contre des faits et, lorsque, en médecine, une doctrine est juste et vraie, les conséquences thérapeutiques qui en découlent sont définitivement acceptables. Or l'utilité des alcalins, de l'arsenic, des opiacés, de la belladone associée à l'opium (méthode de Villemin), du sulfate de quinine (J. Worms); enfin et surtout du régime et des méthodes de thérapeutique hygiéniques, comme l'exercice modéré et les excitants du système nerveux périphérique, sont prouvés tout à la fois par les deux théories et par la pratique. Bornons-nous donc, pour le moment, à retenir ces dernières conclusions thérapeutiques. La question soulevée par M. Robin est trop grave ; elle touche de trop près à la conception des maladies diathésiques les plus fréquentes (la goutte, par exemple), pour qu'elle ne provoque pas un jour ou l'autre de nouvelles discussions, soit dovant l'Académie, soit dans la presse médicale.

— M. Brown-Séquard a fait samedi dernier à la Société de biologie, uniquement pour prendre date, une communication sur des effets extrêmement remarquables qu'il a observés chez lui-même, à la suite d'injections sous-cutanées d'un liquide provenant du broiement de testicules frais de cobaye ou de chien, avec l'addition d'un peu d'eau. Ces effets sont tels que M. Brown-Séquard n'hésite pas à déclarer que pour lui ils équivalent à un rajeunissement de nombre d'années. Il importe de dire que le savant Président de la Société de biologie est âgé de soixante-douze ans : il est né le 8 avril 1817. Depuis plus de dix ans sa vigueur générale avait notablement diminué. Il lui fallait s'asseoir après une demi-heure de travail debout, au laboratoire, d'où il ne sortait jamais qu'épuisé après deux, trois ou quatre heures de travail assis. Au grand étonnement de tous ses assistants il a pu travailler plusieurs heures et même plus de trois heures et quart, sans ressentir le besoin de s'asseoir à partir du lendemain de la seconde injection qu'il s'est faite.

D'autres preuves d'augmentation de vigueur sont données par M. Brown-Séquard : la vessie et le gros intestin ont gagné notablement en force. Le jet de l'urine, mesuré avec soin après le déjeuner, pendant une dizaine de jours avant la première injection, était inférieur, quant à la distance du point d'arrivée dans la cuvette d'un water-closet, d'au moins un quart de ce qu'il est devenu après les deux premières injections. Nous n'avons pas besoin de dire que ces expériences ont été faites dans des conditions qui en assurent la valeur : similarité des aliments et de la boisson, quant à leur quantité et leur espèce. Mais l'intestin a fourni au savant expérimentateur une preuve plus grande encore. Depuis de nombreuses années il était obligé, comme nombre de vieillards, de venir en aide mécaniquement à l'action du rectum. Il n'a plus besoin maintenant de cette assistance, l'expulsion, même de matières plus grosses que dans les dernières années, se faisant sans difficulté.

Au dynamomètre il a constaté aussi une augmentation incontestable de la puissance des membres. A l'avant-bras, en particulier, la moyenne des essais postérieurs aux deux premières injections est supérieure de 6 à 7 kilogrammes à la moyenne antérieure.

Bien qu'il soit soumis maintenant à de plus grandes causes de fatigues qu'autrefois, au laboratoire, M. Brown-Séquard n'est plus obligé, comme il l'était constamment depuis dix ans, de se coucher, après le repas qu'il prenait hâtivement, en revenant de son travail d'expérimentateur.

De plus il affirme que le travail intellectuel lui est devenu plus facile et qu'il a regagné à cet égard tout ce qu'il avait perdu depuis de nombreuses années. A d'autres égards encore, des forces non perdues, mais diminuées, se sont notablement améliorées.

Ces effets si remarquables ont été obtenus, comme nous l'avons dit, par l'emploi d'un procédé que nous décrirons après avoir dit ce qui y a conduit le professeur du Collège de France.

Tout le monde sait que les eunuques, ou au moins ceux qui dans l'enfance ont été privés de leurs testicules par ablation de cet organe, et non par écrasement, sont faibles physiquement, moralement et intellectuellement. On sait aussi quelle faiblesse existe chez les hommes, même jeunes et naturellement vigoureux, qui abusent de la puissance sexuelle. Ces faits et d'autres encore ont conduit depuis longtemps M. Brown-Séquard à croire et à enseigner — ce qu'il a fait dans son cours à l'École de médecine, en 1869 —

que s'il était possible d'injecter sans danger du sperme dans les veines des vieillards du sexe masculin, on pourrait obtenir chez eux des manifestations de rajeunissement. Guidé par cette idée, il a fait chez une douzaine de vieux chiens, en 1875, des expériences, dans lesquelles il a essayé vainement, excepté une fois, de réunir des cobayes entiers ou des parties de cobaye à ces chiens. Le succès obtenu dans un cas a donné une confirmation aux vues de l'auteur; mais le procédé expérimental était tel qu'il ne pouvait en être question pour un essai chez l'homme.

Depuis quelques années un autre mode de recherche est venu à l'esprit de M. Brown-Séquard et c'est celui qu'il a employé sur sa propre personne dans ces derniers temps. Voici en quoi il consiste : on place une ligature sur le hile vasculo-nerveux d'un testicule de cobaye ou de chien, et après avoir coupé ce hile *au-dessus* de la ligature, on extirpe le testicule tout entier. On broie ensuite toute la masse retirée : glande, vaisseaux sanguins et membranes; on y ajoute de 2 à 5 centimètres cubes d'eau distillée, puis on jette le tout sur un filtre. Le liquide ainsi obtenu est en partie employé immédiatement en injection sous-cutanée et le reste conservé dans un vase entouré de glace, pour des injections subséquentes. Jusqu'à présent huit injections ont été faites, six aux membres inférieurs, deux à l'avant-bras gauche. Ces injections ont été faites le 15, le 16, le 17, le 24, le 29 et le 30 mai dernier. La quantité moyenne de liquide pour une injection a été d'environ un centimètre cube. Les trois premières injections ont été faites avec du liquide obtenu d'un chien, les autres avec du liquide provenant de plusieurs cobayes très jeunes ou adultes. Il semble certain que le liquide obtenu du testicule d'un chien a été plus efficace que celui des cobayes. Cependant c'est le lendemain de l'emploi du liquide obtenu d'un très jeune cobaye que M. Brown-Séquard a constaté le maximum d'effets favorables.

Nous n'avons guère besoin de dire qu'avant de faire des expériences de ce genre sur sa propre personne, le savant professeur avait fait de nombreux essais sur des animaux, surtout pour s'assurer s'il y avait du danger à injecter sous la peau le liquide spécial qu'il voulait étudier. L'innocuité étant, en apparence, démontrée, l'expérimentateur a cru pouvoir impunément se faire les injections sous-cutanées dont nous avons parlé. Il se trompait à certains égards. Cinq injections sur huit ont donné lieu à des douleurs prolongées (de cinq à douze ou quinze heures) d'une excessive intensité et à un gonflement inflammatoire érythémateux. Deux des parties ayant reçu des injections sont encore un peu douloureuses aujourd'hui dix jours pour l'une, cinq jours pour l'autre après l'injection.

M. Brown-Séquard termine sa communication en faisant remarquer qu'on expliquera peut-être par un effet d'imagination ce qu'il croit avoir observé sur lui-même. D'autres physiologistes, d'un âge avancé, répéteront, il l'espère, ses expériences et l'on saura bientôt si c'est à une idiosyncrasie spéciale ou à une sorte de suggestion sans hypnotisation qu'il faut attribuer l'augmentation de vigueur des centres nerveux et surtout de la moelle épinière, qu'il a constatée, ou si elle est due, comme il le croit, à une influence exercée par le liquide injecté.

Nombre de particularités sont à étudier pour résoudre les grandes questions liées à ces intéressantes recherches. M. Brown-Séquard en fera l'objet de communications ultérieures à la Société de biologie.

THÉRAPEUTIQUE

Des indications et du mode d'administration de l'antipyrine chez les diabétiques.

La médication antipyrique du diabète date d'hier. Elle a déjà ses chaleureux avocats; elle compte des succès; elle motive aussi des controverses. Quelle est sa valeur? Quand et comment doit-on la prescrire?

Autant de questions sur lesquelles le praticien demande de la lumière et qui méritent l'attention du thérapeutiste.

I

L'histoire clinique de cette médication est fort courte : elle remonte à deux ans.

En 1887, un médecin suisse, M. Gonner, annonçait, dans la *Correspondenz-Blatt fur Schweizer Aerzte*, qu'il avait prescrit l'antipyrine, à la dose quotidienne de 3 grammes, à un diabétique de soixante ans dont la glycosurie était rebelle aux médications classiques. Ce sont là des conditions fort vulgaires dans la pratique. En trois jours, le sucre disparut de l'urine et, dix jours après, la guérison se confirmait. L'antipyrine avait donc été efficace là où les autres traitements échouaient. Elle avait agi à la manière d'un *médicament antiglycosurique*. Du moins M. Gonner le disait. Fallait-il conclure en hâte et déclarer qu'elle est un médicament antidiabétique? C'est ce que tout à l'heure il conviendra de discuter.

Dans l'ordre chronologique, le second fait appartient à l'un de nos compatriotes, M. H. Huchard. Le 13 février 1888, ce dernier donnait connaissance à la Société médico-pratique d'une observation, la première en France, de polyurie améliorée en quelques jours par l'antipyrine à hautes doses. La malade, une femme devenue paraplégique dans le cours du mal de Pott, polydipsique et polyurique, expulsait 28 à 30 litres d'urine par jour. Une dose quotidienne d'antipyrine de 3 à 8 grammes réduisit cette quantité à 6 ou 7 litres. Ici la glycosurie manquait, la polyurie existait seule, et M. Huchard était amené à conclure que l'antipyrine peut rendre des services contre la polyurie nerveuse. La conclusion était judicieuse; d'ailleurs à cette même époque, le 16 février 1889, dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, je développais de mon côté les arguments cliniques et physiologiques qui motivent cette opinion. Est-ce à dire cependant que l'antipyrine serait le *médicament des polyuries?* La question mérite examen.

Entre temps, le même observateur, continuant ses essais, administrait l'antipyrine à un diabétique, obtenait un succès et prenait date, en l'annonçant à la Société de thérapeutique, en mars 1888. Puis, — l'exemple thérapeutique est, paraît-il, contagieux, — M. Dujardin-Beaumetz confirmait à son tour les remarques de son collègue de l'hôpital Bichat en annonçant, dans la séance du 28 mars 1888 de la même Société, des succès équivalents. C'était une sanction très opportune des essais de M. Gonner en Suisse et des résultats obtenus par M. H. Huchard en France. Dès lors, l'attention fut attirée sur l'action de l'antipyrine contre les deux symptômes cardinaux du diabète : la glycosurie et la polyurie.

Tels sont, si je ne me trompe, les premiers faits signalés dans la littérature médicale. Ils étaient donc encore peu nombreux en avril 1888: le traitement antipyrinique du

diabète resta, dès lors, quelque peu dans l'oubli. Tout récemment néanmoins, pendant un court instant, il a obtenu les honneurs de la tribune académique, car c'est seulement le 9 avril dernier que MM. A. Robin, Panas et G. Sée prirent jour devant cette savante Compagnie pour déposer leur témoignage en faveur de la médication et du médicament.

M. A. Robin a mentionné ses heureux essais sur quatre diabétiques de l'Hospice des ménages; MM. Panas et Féréol ont signalé la guérison de la glycosurie de deux diabétiques en instance d'opération de cataracte. Enfin, surpassant ses collègues par le nombre de ses observations, M. G. Sée a déclaré quatorze succès dans une série de dix-huit cas empruntés à sa pratique urbaine ou hospitalière.

Les initiateurs de cette médication avouaient modestement des succès; M. G. Sée annonçait des triomphes. Ces succès et triomphes suffisent-ils pour établir définitivement la légitimité de ce nouveau traitement? Il n'est pas indiscret de le chercher.

Au total, voici vingt-sept observations dans la plupart desquelles on a invoqué l'efficacité du médicament. Par leurs détails, ces observations sont d'une monotone conformité. Dans toutes, il s'est agi de diabétiques anciens, polydipsiques, polyphagiques, parfois azoturiques ou albuminuriques. Les uns avaient une glycosurie de gravité moyenne; les autres étaient hyperglycosuriques; d'autres enfin, moins nombreux, étaient des diabétiques tuberculeux. On leur administrait une dose quotidienne de 3 à 4 grammes d'antipyrine et, après quelques jours, le sucre urinaire se réduisait de moitié, des deux tiers ou des trois quarts. Continuait-on l'antipyrinisation pendant un, deux ou trois septénaires? La réduction était le plus souvent totale.

Ces variations de composition chimique des urines n'étaient pas les seules. Un des faits si minutieusement rapportés par M. H. Huchard démontre, avec chiffres à l'appui, l'abaissement de la quantité de l'urée. Ces chiffres sont démonstratifs. Le 20 mars 1888, avant tout traitement, un diabétique élimine, dans les vingt-quatre heures, 10 litres et demi d'urine et 753 grammes de sucre, — il est, inutile de le dire, hyperglycosurique — et 96gr,32 d'urée. Le 30 mars, après une antipyrinisation de sept jours, il n'expulse plus que 6 litres d'urine, 53 grammes de sucre et 34 grammes et demi d'urée. Voilà certes des chiffres bien démonstratifs : ils établissent la diminution de la polyurie, la réduction de la quantité de sucre urinaire, l'abaissement du chiffre de l'urée.

L'antipyrinisation de certains diabétiques modifie donc la composition chimique de leurs urines. Et cette modification est comparable à celles que MM. Witzkowski, Lépine, Unsbach, Engel, A. Robin, et tout dernièrement M. Cazeneuve (*Société de médecine de Lyon*, 29 avril 1889) ont notées pendant l'antipyrinisation de l'homme sain et dans diverses circonstances pathologiques ou expérimentales. Ces auteurs en ont conclu à un ralentissement de l'activité des échanges nutritifs, comme M. Arduin l'indiquait déjà en 1884, en manière de conclusion, après les expériences de MM. A. Hénocque et H. Huchard.

Cette action suspensive de l'antipyrine sur les échanges nutritifs s'exerce-t-elle également sur la polyphagie et la polydipsie? M. Robin le déclare, confirmant ainsi les conclusions de ses prédécesseurs. Le malade dont M. Huchard a publié l'histoire clinique ingérait 9 litres de boisson par vingt-quatre heures, avant toute médication. L'institution de celle-ci diminua en effet la soif; l'ingestion des boissons était réduite à 6, à 4 et même à 2 litres par jour.

Au demeurant, l'antipyrine atténue la polyurie, c'est un fait; elle diminue la glycosurie, c'est un autre fait; elle modère la polyphagie et la polydipsie; en d'autres termes, elle combat les quatre symptômes dominateurs du diabète sucré. Ce sont des faits; on les constate. L'action du médicament et de la médication peut, dès l'abord, selon l'expression de M. A. Robin, paraître prodigieuse. « D'enthousiasme, ajoute-t-il, on serait tenté d'en faire comme le médicament spécial du diabète. »

Il n'en est rien cependant, et dussé-je me répéter, je reproduis ce que j'écrivais dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* : « N'y a-t-il pas — on le sait assez — diabète et diabète, ou plutôt diabétique et diabétique? On est glycosurique par le foie; on l'est aussi par le pancréas; on le devient par les nerfs et à des manifestations morbides si diverses par leur origine, une médication unique ne saurait répondre. » — D'ailleurs n'existe-t-il pas des diabétiques avec glycosurie modérée et des diabétiques hyperglycosuriques; des diabétiques sains et, comme on l'a dit, des diabétiques « décadents » avec albuminurie, avec amaigrissement extrême, ou bien encore en puissance de tuberculose pulmonaire? Il y aurait donc naïveté d'insister sur la variabilité du pronostic thérapeutique en présence de ces formes morbides si diverses.

II

Trêve donc aux enthousiasmes. Ici, comme ailleurs, l'emploi de l'antipyrine comporte des indications et des contre-indications. Quelles sont-elles?

En premier lieu, plaçons-nous en présence d'un diabétique dont la glycosurie modérée se traduit quotidiennement par un coefficient de 28 à 50 grammes de sucre. Ce diabétique est en outre polyurique et expulse journellement 5 à 6 litres d'urine. De plus, cela va sans dire, il est polyphagique, polydipsique, parfois azoturique. Son état de santé semble relativement satisfaisant : c'est un *petit diabétique*. Qu'on lui administre l'antipyrine, ce médicament diminuera sa soif, sa polyphagie et finalement sa polyurie, mais à la condition d'observer simultanément un traitement hygiénique.

Dans ces formes, l'antipyrine obtient des résultats éclatants, nombreux, mais non constants, et peut vaincre les complications du diabète : anthrax, diabétides cutanées, altérations oculaires, névralgies et névrites.

En second lieu, voici un malade hyperglycosurique. Il expulse chaque jour 80 ou 100 grammes de sucre urinaire; c'est un *grand diabétique*. Conserve-t-il un embonpoint relatif? Alors l'antipyrine pourra lui rendre des services et donner au régime hygiénique le temps de restaurer la nutrition retardante. L'antipyrinisation seule serait ici une erreur thérapeutique : associée au régime, elle peut, sinon assurer la victoire, du moins empêcher une défaite.

Par contre, l'amaigrissement existe-t-il? Dans l'affirmative, le succès sera plus indécis, surtout si le diabétique, *un amaigri d'emblée*, selon l'expression de M. G. Sée, a été dès le début en profonde dénutrition. Y a-t-il lieu de pratiquer son antipyrinisation? Peut-être ; mais à titre d'essai. C'est une médication dont on tentera les hasards, mais en la considérant seulement comme l'auxiliaire du régime diététique.

A quelques nuances près, l'opinion des thérapeutistes varie donc peu sur les services de l'antipyrinisation des diabétiques, petits, moyens ou grands, quand ces malades sont exempts de toute complications. Celles-ci existent-elles? Se trouve-t-on en présence d'un *diabète compliqué* d'albuminurie ou de tuberculose? Que faire? Il y a désaccord entre les observateurs.

Le diabétique est albuminurique : lui conseillera-t-on l'ingestion de l'antipyrine? Quand même, répondent les uns, dans leur enthousiasme. Non, d'après les autres; et ceux-ci sont des prudents.

La thérapeutique comme l'histoire est un perpétuel recommencement : Hippocrate dit : oui; Galien dit : non. Ici on affirme que l'antipyrine provoque l'albuminurie. Là on déclare que ces albuminuries secondaires ne sont pas d'origine médicamenteuse, et le fussent-elles, ajoute-t-on, elles seraient passagères et cons'quemment de médiocre gravité. Que conclure de déclarations aussi formelles et aussi contradictoires? Dans cet extrême embarras, on propose au praticien avisé de restreindre la dose d'antipyrine et la durée de son administration. C'est une ressource que la sagesse de Salomon n'aurait peut-être pas désavouée. On espère ainsi ménager le rein et prévenir l'albuminurie, tout en combattant la glycosurie.

Soit, il reste néanmoins à savoir si, par cette manœuvre thérapeutique à double action, on conjure tout péril et on peut espérer le succès. Ce doute n'est pas illégitime. Partageons-le et souvenons-nous du témoignage de M. A. Robin lui-même, reconnaissant que l'antipyrine est une arme à deux tranchants, dont il serait imprudent de se servir dans tous les cas.

Cet aveu est sage; qu'on ne l'oublie pas, avant d'administrer l'antipyrine aux diabétiques en instance ou en puissance d'albuminurie.

La même indication existe-t-elle quand il s'agit du *diabète compliqué de tuberculose?* L'emploi de l'antipyrine possède son utilité contre quelques accidents de la tuberculose pulmonaire: on le sait bien. On vient d'apprécier sa puissance contre le diabète simple; c'est vrai. Cependant les bénéfices de son emploi sont plus douteux, quand la tuberculose se développe sur le terrain diabétique.

Ici je n'insiste pas; les faits sont nets, et les observations de M. G. Sée confirment nettement une opinion universellement admise. L'antipyrine raréfie bien le sucre urinaire, atténue la fièvre, modère la soif. C' st un avantage, mais la tuberculose continue sa marche, évolue, et, malgré le médicament et le thérapeutiste, conduit le diabétique à l'échéance fatale. L'antipyrinisation des diabétiques tuberculeux est une médication de temporisation; rien de plus, rien de moins. Est-elle exempte de tout inconvénient? On le pense, on l'espère: il resterait à faire la preuve de cette innocuité.

Au reste, il faut l'avouer, les indications de l'antipyrine dans le diabète ne possèdent pas une précision suffisante pour affirmer d'emblée leur urgence absolue ou leur impuissance, et un essai infructueux ne doit pas faire abandonner toute tentative ultérieure.

Où donc trouver des renseignements sur l'opportunité de cette médication? On les cherche, et on a cru les trouver dans l'examen quotidien des urines et les rapports du chiffre du sucre avec la densité de l'urine, en un mot, dans les travaux de MM. Lépine, Cazeneuve (de Lyon) et A. Robin.

Y a-t-il diminution simultanée du sucre et de la densité des urines? L'administration de l'antipyrine est opportune; il faut la continuer. Existe-t-il une diminution de la glycosurie sans changement de la densité du liquide urinaire? On peut encore espérer dans l'efficacité de l'antipyrine, mais la surveillance du clinicien doit redoubler : c'est l'heure de la prudence thérapeutique.

Troisième circonstance : celle-là est défavorable : l'antipyrine atténue la glycosurie, mais simultanément augmente la densité de l'urine. Le liquide semble se concentrer et le rein en quelque sorte se fermer. Inutile d'insister : il y a danger de continuer la médication. Sans retard on la supprimera; à tout prix il ne faut pas « fermer le rein ».

Enfin, autre contre-indication, motivée par les lésions anatomiques du rein : il existe de la néphrite interstitielle. Prescrira-t-on l'antipyrine? Quelques observateurs n'hésitent pas à le faire. Leur dévouement à l'antipyrine est, on le sait, sans limite; ils passent outre à l'altération du filtre rénal, et se consolent facilement de l'augmentation de la néphrite, en déclarant qu'elle est passagère. C'est fort aisé, mais insuffisant pour infirmer des faits cliniques, témoin le suivant, emprunté encore à M. H. Huchard. Une femme artério-scléreuse et rénale — elle avait une néphrite interstitielle légère — ingère la faible dose de 4 grammes d'antipyrine par jour, accuse bientôt une diminution de sa polyurie, mais bientôt aussi éprouve des accès de dyspnée cardiaque.

Toute autre démonstration serait superflue : de tels faits cliniques sont suffisamment démonstratifs pour inspirer une sage réserve et restreindre l'emploi de l'antipyrine chez les rénaux, fussent-ils polyuriques ou glycosuriques à l'excès.

III

Ces considérations ne sont pas purement spéculatives en raison de l'élévation des doses d'antipyrine que l'on administre à ces malades. Il y a lieu en effet de tenir compte de la possibilité de phénomènes toxiques: coloration pâle des téguments, bouffissure de la face et des paupières, sensation de faiblesse, vertiges, perturbations gastriques, menace de collapsus, troubles dyspnéiques et autres, et de les prévenir par une surveillance attentive. C'est donc un traitement dont la légitimité est en rapport direct avec la vigilance du thérapeutiste. Cela dit, on comprend que la posologie et les méthodes d'administration du médicament ne sont pas indifférentes.

De ces méthodes la première en date, en France du moins, consiste dans l'ingestion quotidienne de 4 à 6 grammes d'antipyrine pendant un septénaire et dans l'association de ce remède à une dose égale de bicarbonate de soude. En deux mots, c'est une *médication mixte*, faisant appel aux propriétés nervines de l'antipyrine et aux vertus eutrophiques des alcalins. Elle consiste tout à la fois dans l'antipyrinisation et l'alcalinisation du diabétique. On la prescrit durant sept jours; puis, pendant le septénaire suivant, on suspend tout médicament et on s'en tient au régime, pour revenir, après une semaine de repos, aux deux agents médicamenteux.

Une autre méthode, c'est la *médication antipyrinique intégrale*, ses avocats administrent l'antipyrine seule; ils permettent au malade antipyrinisé l'usage de pommes de terre cuites à l'eau, de la mie de pain, et d'autres aliments habituellement défendus. Ils atténuent ainsi les rigueurs du

régime carno-graisseux, demandant à l'antipyrine de rendre l'organisme tolérant pour un diététique traditionnellement et systématiquement imposé aux diabétiques.

De ces deux méthodes, il faut adopter la première, conseiller l'association de l'antipyrine au bicarbonate de soude. Chaque prise contiendra 1 gramme d'antipyrine pour 2 grammes du sel alcalin et sera administrée quatre fois par jour, une heure avant ou après les repas et durant huit à douze jours; puis on suspendra le traitement; ce sera une période de repos nécessaire pour éviter l'albuminurie et les accidents toxiques. Cette période de repos doit se prolonger jusqu'au jour où, le sucre urinaire augmentant de nouveau, il y a urgence de le réduire par une nouvelle antipyrinisation du malade.

Ce n'est pas tout. Il y a des malades rebelles à l'antipyrine. On la leur prescrit pendant une semaine: le sucre ne diminue pas; que faire? Continuer le traitement? Non. Mieux vaut alors suspendre l'antipyrine, comme le conseille M. Robin, revenir aux traitements classiques et, plus tard, répéter les tentatives d'antipyrinisation.

On le voit, par sa posologie et son administration, la médication antipyrinique ne doit être et ne peut être, à moins de courir au-devant des échecs ou des accidents, qu'une médication de tâtonnement. Elle ne saurait d'ailleurs, j'en appelle au témoignage académique de M. Dujardin-Beaumetz, dispenser du régime diététique: autre preuve de l'action de l'antipyrine, non pas sur le diabète, mais bien sur la glycosurie et la polyurie, éléments pathologiques, qui très probablement sont d'origine nerveuse dans les cas où la médication les modifie.

Au reste, tenons-nous-en aux faits seulement. On a dit: l'antipyrine atténue le diabète parce que, *médicament d'épargne*, elle diminue l'activité des échanges et le ralentissement de la nutrition chez les diabétiques. Cette explication doctrinale recule la difficulté, mais ne la résout pas.

On a dit aussi: l'antipyrine modifie l'activité des centres nerveux: c'est un nervin. On ne saurait méconnaître, en effet, que, ingérée à doses nervines, c'est-à-dire à doses élevées, l'antipyrine agit sur les nerfs. La thèse de M. Arduin l'a établi depuis six ans; M. Girard l'a montré dans la *Revue médicale de la Suisse Romande* du 15 novembre 1887; et moi-même j'ai rappelé naguère ses vertus modificatrices de l'excitabilité médullaire.

Est-ce à d'autres titres qu'elle réprime la polyurie ou diminue la glycosurie? Cette opinion paraît vraisemblable. Ce mode d'action est-il le seul? On ne saurait l'affirmer. L'antipyrine agit encore sur les éléments du sang et sur le foie, dont les cellules étaient altérées dans les expériences de Vera Ivanoff (thèse de Bâle, 1887). Ce ne sont pas là, je pense, des faits négligeables au point de vue de la thérapeutique et de la clinique et la théorie du diabète d'origine hépatique s'accommoderait donc aussi de ses succès?

Mais qu'il soit médicament nervin, pancréatique, hépatique ou autre; peu importe, laissons la discussion de ces questions théoriques aux doctrinaires des diverses écoles; restons sur les faits et constatons les succès réels et aujourd'hui encourageants de cette médication; qui d'origine étrangère par droit de naissance est devenue française et bien française par adoption.

J'aurais pu m'arrêter aux théories, discuter les opinions, chercher si l'antipyrine soulage les diabétiques en sa qualité d'agent modificateur de la nutrition, en appeler à Benecke, en Allemagne, à Bence Jones, à Cantani, à M. Bouchard; chercher si l'on est diabétique, parce que l'organisme ne brûle pas assez de glycose ou parce qu'il en produit trop. A quoi bon? Enregistrer les faits cliniques; au point de vue pratique cela suffit.

Depuis Rollot, au commencement du siècle, jusqu'au mémoire de M. Esbach, en 1886, on a compté vingt-six théories pathogéniques du diabète sucré. En 1889, on pourrait sans doute en énumérer vingt-huit ou vingt-neuf. Est-il donc nécessaire d'en édifier encore une autre qui serait la trentième? La polyurie et la glycosurie, d'origine nerveuse, ne sont plus à démontrer; l'antipyrine, selon l'expression d'un de ses premiers avocats, est un médicament bulbaire, témoin d'une part les succès de celle-ci contre la maladie de Graves, Huchard, Arduin, du Cazal, Gauthier (de Charolles); témoin ses vertus dolorifuges (1); témoin, d'autre part, comme M. Brouardel l'a écrit judicieusement, « le rôle capital de la lésion nerveuse qui est si bien le point de départ que le diabète sucré se transforme parfois en diabète insipide. »

Essayés d'abord contre la polyurie, préconisés aujourd'hui contre la glycosurie, les services que l'antipyrine rend dans le traitement du diabète sont donc bien ceux que d'autres médicaments moins nouveaux, mais tout aussi nervins, ont pu rendre et rendent encore. M. Worms le rappelait dernièrement à ses collègues de l'Académie. Ne trouvez-vous pas que la remarque était opportune? Il ne faudrait pas, en effet, que l'antipyrine fît oublier la quinine dans le traitement du diabète de forme nerveuse. Il est désirable de le rappeler, de temps en temps, à une époque où le triomphe éphémère de certains remèdes nouveaux fait oublier les médicaments depuis longtemps éprouvés.

J'ai lieu de croire qu'au prochain Congrès international de thérapeutique où l'antipyrine et ses rivales tiendront, paraît-il, une grande place dans l'ordre du jour, il se trouvera des orateurs pour développer ce vœu et des congressistes pour l'adopter. Ce sera fort utile pour le bien des malades et dans l'intérêt de la vérité.

Ch. Éloy.

CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES

Potion au baume de Tolu.

Le sirop de Tolu du Codex, préparé par une digestion du baume dans l'eau distillée, ne contient que les parties de ce baume solubles dans l'eau, c'est-à-dire les acides cinnamique et benzoïque et de l'huile essentielle aromatique. La partie résineuse du baume reste intacte et n'est pas employée en pharmacie. Le sirop de Tolu doit donc être considéré comme un sirop saturé d'acides dont la valeur antiseptique est connue, et aromatisé au Tolu.

L'acide cinnamique forme la presque totalité des acides contenus dans le baume de Tolu, il est moins soluble dans l'eau que l'acide benzoïque; mais, comme ce dernier, il jouit de la propriété de transformer l'acide urique dans les urines en acide hippurique beaucoup plus soluble. Chaque cuillerée à soupe de sirop de Tolu contient 0,025 environ d'acide cinnamo-benzoïque, quantité à laquelle, à tort, on n'a jamais prêté la moindre attention. Des auteurs sont

(1) Ch. Éloy, *Des antithermiques comme médicaments nervins* (*Gaz. hebd.*, 2 septembre 1887).

allés jusqu'à proposer des proportions de baume dix fois moindres que celles exigées par le Codex.

Il faut bien avouer que l'action médicamenteuse du baume en nature, soit sur les bronches, soit sur les reins, est bien supérieure à celle du sirop; et l'on ne s'explique pas pourquoi il est si peu usité. Bien que la forme pilulaire soit ici la plus avantageuse, la potion émulsionnée peut, dans certains cas, trouver son emploi. Et c'est justement pour mettre, dans ces sortes de préparations, l'uniformité qui leur manque, que nous donnons la formule suivante avec son mode opératoire :

Baume de Tolu..............	4	grammes.
Gomme pulvérisée..........	10	—
Eau de fleurs d'oranger.......	10	—
Sirop de laurier-cerise.......	30	—
Eau........................	100	—

Mettez la gomme dans un mortier avec un peu d'eau, développez le mucilage, ajoutez le sirop, puis, petit à petit, 25 grammes de teinture de Tolu du Codex, et enfin l'eau. On obtient ainsi une émulsion dont chaque cuillerée à soupe contient 50 centigrammes de baume de Tolu. On peut diminuer de moitié la quantité d'alcool en dissolvant à chaud les 5 grammes de Tolu dans 10 grammes d'alcool à 80 degrés. Dans ce dernier cas, l'émulsion terminée doit être passée à travers un blanchet.

Pierre VIGIER.

REVUE DES COURS ET DES CLINIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE. — COURS DE PATHOLOGIE INTERNE M. LE PROFESSEUR DIEULAFOY.

Syphilis du poumon et de la plèvre.

(Leçons recueillies par le docteur Fernand WIDAL, interne des hôpitaux.)

(Fin. — Voyez les n°s 18, 19, 20, 21 et 22.)

MM. Dubousquet-Laborderie et Ernest Gaucher ont rapporté dans la *Revue de médecine* pour 1884, l'histoire intéressante d'une fillette de huit ans et demi qui s'était présentée à eux avec tous les signes d'une caverne pulmonaire localisée au sommet du côté droit et tout l'aspect d'une phthisique arrivée à la dernière période. Ces deux médecins soupçonnèrent pourtant la nature syphilitique de la pneumopathie en raison des altérations caractéristiques de syphilis héréditaire inscrites sur les dents de cet enfant, en raison encore d'une tumeur développée au niveau du sternum, tumeur qui prise d'abord pour un abcès fut considérée ensuite comme une gomme à cause de la nature de son contenu. Le soupçon se changea en certitude lorsque le père vint un jour consulter par hasard pour une onyxis syphilitique d'un des doigts de la main gauche et avoua, après interrogatoire, avoir contracté un chancre induré douze ans auparavant. On prescrivit immédiatement les frictions mercurielles et l'iodure de potassium. Le traitement devait promptement donner raison au diagnostic. L'amélioration fut si rapide qu'au bout d'un mois on ne trouvait plus au sommet droit qu'une respiration un peu soufflante. Au bout de deux mois l'enfant était complètement rétablie et dix mois après la première constatation des accidents, la guérison ne s'était pas démentie.

J'ai observé moi-même un cas de syphilis pulmonaire héréditaire tardive dans les circonstances que voici : je fus appelé, en 1884, dans une famille russe, pour donner mes soins à un jeune enfant de quatorze ou quinze mois, dont j'avais autrefois soigné le père pour la syphilis. Mon petit malade, après avoir souffert successivement de troubles oculaires, de suppuration de l'oreille et de périostite double des deux poignets, fut reconduit en Russie par ses parents. Deux ans plus tard, le père revenait à Paris pour m'amener son fils qu'il croyait cette fois voué à une mort certaine. L'enfant portait tous les signes d'une caverne à la partie moyenne de l'un des poumons et présentait tout l'aspect d'un phthisique. Connaissant la syphilis du père, je n'hésitai pas et je diagnostiquai une pneumopathie syphilitique héréditaire; j'instituai le traitement spécifique et je donnai l'espoir d'une guérison prochaine. Mes prévisions se réalisèrent, car déjà après quelques jours les transpirations s'étaient arrêtées, l'appétit était revenu, les signes stéthoscopiques s'étaient amendés et au bout de quelques semaines il ne restait plus signe de la pneumopathie. Nul doute que si cet enfant eût été vu par un médecin ignorant la syphilis du père, il eût été traité comme tuberculeux et cette erreur lui aurait coûté la vie.

Je pourrais vous citer encore une observation de syphilis pulmonaire prise dans mon service, en 1886, par M. Legrand, alors mon interne, mais dans ce cas je ne saurais vous dire si la pneumopathie relevait de la syphilis acquise ou de la syphilis héréditaire; jugez plutôt:

Un homme était entré à l'hôpital Saint-Antoine avec de la toux, des hémoptysies et tous les signes rationnels de la phthisie pulmonaire tuberculeuse. Nous fûmes cependant arrêtés dans notre diagnostic par la localisation bizarre de la lésion à la partie moyenne du poumon, par l'absence de bacilles dans les crachats et enfin par la constatation de dents typiques d'Hutchinson.

Fouillant alors le passé de notre malade, nous trouvâmes chez lui des stigmates de syphilis dont la filiation chronologique était bien faite pour nous surprendre. Cet homme, quelques années auparavant, avait souffert de gommes du tibia, constatées par M. le docteur Barbe; mais, chose étonnante, il avait contracté ensuite un chancre induré de la verge dont il portait la cicatrice depuis seize mois seulement. Notre malade avait donc eu successivement deux syphilis : une première *héréditaire* (les déformations dentaires et les gommes des membres inférieurs le témoignaient); une seconde, *acquise* (le chancre induré de date relativement récente en était une preuve suffisante).

C'était plus qu'il n'en fallait pour administrer l'iodure de potassium et le mercure, qui amenèrent la guérison à brève échéance. Mais je ne saurai jamais si cette thérapeutique bienfaisante a guéri une pneumopathie syphilitique acquise ou une pneumopathie héréditaire.

Je vous ai prouvé, par un nombre de faits suffisants, l'existence de la syphilis pulmonaire héréditaire tardive et je vous ai montré qu'on la diagnostiquait souvent en la guérissant. Aussi chez l'enfant ne craignez jamais de la soupçonner, cette syphilis héréditaire tardive; elle est plus fréquente que vous ne croyez et souvent on passe à côté d'elle *parce qu'on n'y pense pas suffisamment*. Pour moi, nombre de bébés que l'on dit lymphatiques ou scrofuleux, parce qu'ils ont des conjonctivites qui ne guérissent pas, des coryzas qui ne tarissent plus ou des rhumes qui ne s'éteignent pas, sont des syphilitiques héréditaires. Si, chez ces petits malades, le sirop de raifort, le sirop iodotannique, le sirop d'iodure de fer font parfois merveille, c'est surtout, je crois, grâce à l'iode quoique en faible quantité, que contiennent ces préparations. Unissez la médication mercurielle à la médication iodurée et vous verrez souvent disparaître avec une rapidité plus surprenante encore et la conjonctivite et le coryza et la bronchite. Si, ces enfants dits lymphatiques à cinq ans, deviennent tuberculeux à

quinze ans, ne dites pas que la scrofule a parcouru ses étapes pour aboutir à la tuberculose. Je pense que la filiation pathogénique est tout autre et que les lésions syphilitiques du jeune âge ont alors ouvert la porte au bacille de Koch.

Je résume cette longue histoire de la syphilis pulmonaire, en tirant quelques conclusions pratiques, les suivantes :

L'époque d'apparition est celle des accidents tertiaires viscéraux. Mais, si la pneumopathie survient souvent dans le cours de la quinzième, dix-huitième ou vingtième année de l'infection, il faut savoir qu'elle peut exceptionnellement survenir au cours de la première année (observation de M. Potain, de M. Mauriac).

Variable dans son allure, la syphilis du poumon revêt l'aspect, soit de la broncho-pneumonie aiguë, soit de la tuberculose chronique commune, soit de la broncho-pneumonie chronique : il n'est pas de maladie du poumon qu'elle ne puisse simuler.

Variable dans sa durée, son évolution peut être rapide et se faire en quelques jours ou quelques semaines; elle peut être lente et se faire en deux, trois, quatre et cinq ans.

Il y a pour le syphilitique pulmonaire, deux façons de mourir : la cachexie ou la phthisie. Cachectique, il meurt sans fièvre avec de l'albuminurie et des œdèmes généralisés. Il tombe alors frappé par la syphilis et rien que par la syphilis qui a touché tous ses organes, en y déterminant soit des lésions spécifiques, soit la dégénérescence amyloïde. Phthisique, il s'éteint dans la consomption avec sueurs nocturnes, ongles hippocratiques et fièvre hectique. Il meurt alors du fait de ses lésions pulmonaires et rien que par elles. Sur la localisation syphilitique sont venues se greffer des infections secondaires, quelquefois même la tuberculose.

Le diagnostic de la syphilis pulmonaire est entouré, en général, des plus grandes difficultés en raison de la pluralité de ses formes, en raison aussi de ce fait que pas un seul signe, par sa présence ou son absence, ne permet d'affirmer la pneumopathie syphilitique. Chez un phthisique tuberculeux à la période des cavernes, on doit toujours trouver, le bacille de Koch dans les crachats, aussi je ne puis trop vous conseiller d'en pratiquer toujours l'examen bactériologique, mais n'oubliez pas que tubercules et syphilomes peuvent se développer simultanément dans le même poumon et alors tout conspire pour égarer votre diagnostic, les troubles fonctionnels, comme les signes physiques, comme l'examen bactériologique. Sans un hasard heureux, amenant le développement d'une gomme apparente sur le testicule, la peau, le frontal ou le sternum, la nature de la pneumopathie passerait le plus souvent inaperçue. Or, c'est un devoir pour vous d'aller au-devant de ce hasard. Malgré l'immense supériorité de fréquence de la phthisie tuberculeuse par rapport à la phthisie syphilitique, scrutez les antécédents personnels de vos malades, scrutez même leurs antécédents héréditaires, si ce sont des enfants ou des adolescents, voire même des adultes n'ayant pas atteint la trentaine et si vous dépistez quelques stigmates de syphilis, n'hésitez pas à instituer le traitement spécifique.

Ordonnez le sirop de Gibert, le protoiodure de mercure, la liqueur de Van Swieten, ou mieux encore prescrivez la médication mixte et en même temps que les frictions d'onguent napolitain à la dose de 3, 5 et 6 grammes administrez 5, 6, 8 jusqu'à 12 grammes d'iodure de potassium par jour, doses que j'ai l'habitude de prescrire dans mon service.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

RECHERCHES SUR L'ACTION THÉRAPEUTIQUE DE LA CORONILLE DANS LES AFFECTIONS CARDIAQUES, par M. le docteur SPILLMANN, professeur de clinique médicale, et M. le docteur HAUSHALTER, chef de clinique à la Faculté de Nancy.

Étudiant dans ces dernières années sur les animaux, l'action physiologique des extraits de la coronille (*Coronilla scorpioides*), M. le professeur Schlagdenhauffen, directeur de l'École de pharmacie de Nancy, et M. Reeb, de Strasbourg, furent frappés de leur influence sur la contractilité du cœur et sur la tension sanguine. Persuadé que les substances retirées de la plante étaient capables de produire dans les affections cardiaques un effet bienfaisant, en stimulant la tonicité du myocarde, M. Schlagdenhauffen nous demanda d'entreprendre dans notre service l'étude de la coronille. Nous devons ajouter cependant qu'en 1886, M. Cardot (1), exposant dans sa thèse les résultats de recherches entreprises déjà sur l'instigation de M. Schlagdenhauffen, avait commencé l'étude thérapeutique de la coronille en indiquant les effets constatés par lui, chez quatre malades atteints d'affection cardiaque, auxquels il avait administré de l'extrait alcoolique de coronille.

Dans ces quatre cas, qui concernent des malades en état d'asystolie plus ou moins prononcé, M. Cardot donna l'extrait de coronille à des doses variant entre 40 centigrammes et 1gr,10; chaque fois il nota une augmentation de la diurèse, une diminution de l'œdème et de l'oppression, mais chaque fois aussi de la diarrhée et des vomissements; dans deux cas même, il se produisit après l'ingestion du médicament des phénomènes nerveux assez effrayants, tels que vertiges, dilatation des pupilles, fourmillements dans les membres; aussi M. Cardot conseillait-il de ne pas dépasser chez l'homme la dose de 1 gramme d'extrait.

D'autre part, MM. Schlagdenhauffen et Cardot avaient déduit de leurs expériences sur les animaux, que l'extrait de coronille en injection intraveineuse est toxique à la dose de 0gr,005 par kilogramme d'animal, ce qui équivaudrait à une dose toxique de 0gr,30 pour un homme de 60 kilogrammes; pour toutes ces raisons, nous crûmes prudent de commencer nos expériences en usant de doses faibles, pour n'avoir à redouter aucun effet toxique : nous administrâmes au début l'extrait alcoolique de coronille à la dose de 0gr,01 par vingt-quatre heures.

Récemment MM. Schlagdenhauffen et Reeb ont isolé de la coronille un glucoside, qui semble être le principe réellement actif, la *coronilline*, et qui jouit à peu près des mêmes propriétés physiologiques que l'extrait; il résulte des expériences faites par eux que la dose toxique de coronilline en injection intravasculaire est de moins de 1 milligramme par kilogramme d'animal; d'après ce chiffre, la dose toxique pour l'homme de 60 kilogrammes serait environ de 0gr,05; nous fondant sur ce fait, nous commençâmes par limiter à 0gr,005 la dose de coronilline administrée en vingt-quatre heures aux malades en expérience.

Mais nous nous aperçûmes bientôt qu'à la dose de 0gr,01 l'extrait de coronille, et à la dose de 0gr,005 la coronilline, ne produisaient sur l'homme aucune action appréciable; augmentant progressivement, dans une série de cas, la quantité de médicament, nous finîmes par constater que l'extrait de coronille ne commençait à être efficace qu'à la dose de 0gr,40-0gr,50 environ, et la coronilline à la dose de 0gr,20 à 0gr,30; dépassant graduellement cette dose, nous

(1) Cardot, *Recherches expérimentales sur l'extrait de coronilla scorpioides*. Thèse de Nancy, 1886.

arrivâmes à obtenir le maximum d'action avec 1gr,50 d'extrait de coronille et 0gr,60 de coronilline, sans avoir du reste à constater les accidents nerveux observés par M. Cardot.

De ces premiers faits, nous pouvons légitimement conclure: 1° que l'extrait de coronille, expérimenté par M. Cardot, n'était probablement pas absolument identique à celui sur lequel ont porté nos expériences et qu'il contenait des produits quelconques, capables de provoquer les symptômes nerveux constatés; 2° que le pouvoir toxique de l'extrait de coronille et de la coronilline introduits dans l'organisme animal, par injection veineuse, est bien supérieur au pouvoir toxique des mêmes produits introduits par voie stomacale chez l'homme; cette différence de toxicité dépend sans doute de modifications subies dans le tube digestif par le principe actif.

Quoi qu'il en soit de ces faits, dont l'explication est à donner, il nous reste à exposer les résultats obtenus par l'administration de l'extrait de coronille et de coronilline à la dose reconnue active; nous nous dispenserons de relater les cas assez nombreux dans lesquels, au début, nous avons expérimenté par tâtonnement des doses plus faibles.

L'extrait de coronille fut administré, soit sous la forme pilulaire, soit en cachet, soit, le plus souvent, en potion; toutes ces préparations nous ont été fournies par M. le professeur Schlagdenhauffen; l'extrait de coronille et la coronilline ont une amertume des plus désagréables, que ne parviennent pas à masquer complètement les sirops auxquels on les incorpore.

La coronille, d'après les expériences premières de MM. Schlagdenhauffen, Reeb et Cardot, et d'après des expériences renouvelées tout récemment par MM. Schlagdenhauffen et Gley (*Société de biologie*, séance du 20 avril 1889), agissant tout particulièrement sur le myocarde, pour accroître l'énergie de sa contractilité, nous la prescrivîmes constamment aux malades atteints pour une cause ou une autre d'asystolie à ses divers degrés; dans neuf cas nous avons donné l'extrait de coronille à la dose supposée active, la coronilline dans huit cas.

Sur ces dix-sept cas, huit fois, c'est-à-dire dans la moitié des cas à peu près, l'extrait de coronille ou la coronilline ont eu une action efficace, et ont amendé, en partie au moins, les symptômes de l'asystolie; deux fois, ils ont produit une amélioration minime; sept fois leur effet thérapeutique a été nul.

Nous commencerons par résumer succinctement les observations, dans lesquelles l'extrait de coronille et la coronilline ont produit un effet utile (1).

Obs. I. *Myocardite granulo-graisseuse d'origine alcoolique.* — Homme, cinquante-deux ans, commissionnaire, alcoolisé; myocardite granulo-graisseuse: bruits du cœur sourds, choc diffus, pouls petit, mou, régulier, œdème des membres inférieurs, urines rares.

Le 6 février. — Urines, 200 centimètres cubes. Coronilline, 15 centigrammes.

Le 7. — Urines, 800 c. c. Coronilline, 30 centigrammes.

Le 8. — Urines, 1000 c. c. Coronilline, 30 centigrammes.

Le 9. — Urines, 2000 c. c. Coronilline, 30 centigrammes.

Dès lors l'œdème disparait, le pouls est renforcé, les urines se maintiennent entre 1500 et 2000 c. c., et le malade sort considérablement amélioré.

Obs. II. *Insuffisance mitrale avec rétrécissement.* — Homme, trente-quatre ans, voiturier, a subi il y a trois ans une atteinte de rhumatisme articulaire aigu; entré à l'hôpital le 11 novembre 1887 avec les symptômes d'une insuffisance mitrale avec rétrécissement imparfaitement compensés; à plusieurs reprises il est soumis au traitement par la digitale.

En avril 1889, étant en asystolie avec cyanose, œdème des membres inférieurs, congestion pulmonaire, pouls petit, mais régulier, urines rares (500-600 c. c.); on lui administre de l'extrait de coronille en potion, à la dose de 30, 50 et 80 centigrammes; la respiration devient plus facile, les urines augmentent (2000 c. c.).

Le 22 février 1889. — Orthopnée, cyanose, dilatation des veines du cou, œdème pulmonaire, congestion hépatique, pouls filiforme et régulier; urines rares, 800 c. c. Coronilline, 15 centigrammes.

Le 23. — Urines, 1500 c. c. Le pouls, toujours petit, est plus fort que la veille; la cyanose est moindre. Coronilline, 30 centigrammes.

Le 24. — Urines, 2000 c. c. Le malade se trouve mieux, dort bien la nuit, a eu un peu de diarrhée à la suite de sa potion. Coronilline, 45 centigrammes.

Le 25. — Urines, 1500 c. c. Le chiffre des urines se maintient pendant deux jours aux environs de 1500 c. c., puis il tombe à 800-1000 c. c.; les symptômes de stase veineuse, légèrement amendés par la coronilline, reparaissent.

Le 9 mars. — Orthopnée, cyanose, pouls filiforme, œdème; urines, 800 c. c.. Coronilline, 30 centigrammes.

Le 10. — Urines, 1500 c. c.; l'œdème a un peu diminué; le malade a eu dix selles diarrhéiques. Coronilline, 30 centigrammes.

Le 11. — Urines, 1500 c. c. Mêmes symptômes.

Le 20. — Une nouvelle potion, avec 50 centigrammes de coronilline, est administrée; elle reste sans effet, comme du reste la digitale, qui est prescrite quelques jours après.

Obs. III. *Myocardite. Hypertrophie du cœur. Artério-sclérose généralisée.* — Homme, soixante ans, artério-scléreux, arthritique, alcoolisé, atteint d'hypertrophie du cœur, entre le 28 février avec les symptômes de dégénérescence graisseuse du myocarde; pouls lent, régulier, œdème, cyanose, dilatation des veines du cou, bruits du cœur sourds, état de subdélire, urines foncées et sédimenteuses, 1000 c. c.

Le 1er mars. — Urines, 1000 c. c. Coronilline, 30 centigrammes.

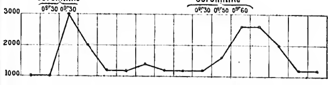
Le 2. — Urines, 3000 c. c. Le malade respire mieux. Coronilline, 30 centigrammes.

Le 3. — Urines, 2000 c. c. Coronilline, 30 centigrammes.

Le 4. — Urines, 1200 c. c.

Le 5. — Urines, 1500 c. c. Coronilline, 30 centigrammes.

Durant l'administration de la coronilline, la dyspnée a un peu diminué, mais l'œdème et la cyanose ne se sont guère modifiés.



Tracé 1. — Action de la coronilline sur la diurèse (obs. III

Jusqu'au 9 mars, les urines se maintiennent aux environs de 1200 c. c.

Le 9. — Urines, 1200 c. c. Coronilline, 30 centigrammes.

Le 10. — Urines, 1800 c. c. Coronilline, 50 centigrammes.

Le 11. — Urines, 2600 c. c. Coronilline, 60 centigrammes.

Le 12. — Urines, 2600 c. c.

La coronilline est supprimée.

L'œdème restant toujours le même, et le malade se plaignant de dyspnée et d'insomnie, on prescrit les 13, 14 et 15, une potion avec 50 centigrammes d'herbe de digitale; en trois jours, les urines tombent à 800 c. c., pour remonter le 16 et le 17, à 2400 c. c., en même temps que l'œdème diminue un peu.

Les 18, 19. — Les urines retombent au chiffre de 1000 c. c., l'œdème augmente; la cyanose, la stase pulmonaire augmentent.

Le 20. — Urines, 1000 c. c. Coronilline, 50 centigrammes.

Le 21. — Le malade, après avoir pris sa potion, a eu des vomissements et de la diarrhée.

Urines, 2000 c. c.

Le 22. — Urines, 2600 c. c. Coronilline, 50 centigrammes.

(1) Nous tenons à remercier M. le docteur Fistié de l'obligeance qu'il a mise à recueillir pendant les vacances d'automne de 1888 les observations des malades auxquels nous administrions la coronille.

Le 23. — Urines, 3200 c. c. Le pouls est régulier, assez ample, mais l'œdème persiste avec la dyspnée, l'insomnie et le subdélire.

Le 24. — Urines, 2400 c. c. Le malade est actuellement encore en observation.

Obs. IV. *Myocardite granulo-graisseuse alcoolique.* — Homme, cinquante-neuf ans, voiturier alcoolisé, entre à l'hôpital le 18 novembre 1887 en état d'asystolie; jusqu'en avril 1888, son état est amélioré plusieurs fois par la digitale et le strophantus

Le 12 avril, le malade étant en état complet d'asystolie, on administre une potion avec 2 centigrammes d'extrait de coronille; du 12 au 29 avril, la coronille est administrée à des doses variant de 2 à 10 centigrammes, sans qu'il y ait d'amélioration notable; tout au plus, le malade prétend-il, après avoir pris le médicament, respirer un peu mieux.

Le 29. — Extrait de coronille, 50 centigrammes.

Le 30. — Le malade a dormi un peu mieux, la respiration est plus facile, mais l'œdème persiste; le pouls est irrégulier, les urines toujours rares, 500 centimètres cubes. Extrait de coronille, 80 centigrammes.

Le 1er mai. — Pas de dyspnée; pouls plus régulier, égal, œdème un peu moindre. Urines, 1000 c. c.

Les 3, 4, 5. — Le malade prend 1 gramme d'extrait de coronille; la respiration est plus facile, les urines assez abondantes, 1000-1200 c. c., le pouls plus régulier, mais l'œdème et la cyanose persistent en grande partie.

Le malade succombe bientôt dans un accès d'asystolie sur lequel les médicaments cardiaques n'ont plus aucun effet.

Obs. V. *Insuffisance mitrale avec rétrécissement.* — Homme, trente-sept ans, sujet à des bronchites et à de l'oppression depuis plusieurs années, entré en février 1888, avec symptômes d'asystolie, liés à une insuffisance mitrale avec rétrécissement; à plusieurs reprises son état est amélioré par la digitale ou le strophantus.

Le 16 avril. — Le malade étant cyanosé, œdématié, en orthopnée, avec pouls filiforme, presque incomptable, on prescrit une potion avec 2 centigrammes d'extrait de coronille, qui est vomie presque immédiatement.

Le 17. — Extrait de coronille, 10 centigrammes.

Le 18. — Pas d'amélioration, urines rares, 200 c. c.

Le 29. — La dose de coronille est portée à 50 centigrammes.

Le 30. — Respiration plus facile, moins de palpitations, pouls plus régulier. Extrait de coronille, 50 centigrammes.

Le 1er mai. — Pouls régulier (72); urines, 500 c. c. Pas de coronille.

Le 2. — Pouls irrégulier, petit, dyspnée. Extrait de coronille, 80 centigrammes.

Le 3. — Pouls plus régulier, respiration plus facile; urines, 600 c. c. Extrait de coronille, 80 centigrammes.

Le 4. — Mêmes symptômes d'amélioration. Coronille, 80 centigrammes.

Le 5. — Extrait de coronille, 90 centigrammes.

Le 6. — Urines, 900 c. c.; respiration moins difficile, pouls assez régulier (92), œdème toujours persistant.

Le malade succombe à quelques jours de là dans une recrudescence d'asystolie.

Obs. VI. *Hypertrophie du cœur. Myocardite.* — Femme, cinquante-deux ans, entrée le 21 juin 1888. Dyspnée d'effort depuis quelques années; depuis six mois, œdème des membres inférieurs. A son entrée : orthopnée, cyanose, dilatation des veines du cou, œdème des membres inférieurs, pouls petit, irrégulier, inégal; bruits du cœur sourds, hypertrophie du cœur gauche, dédoublement du premier bruit, insomnie.

Le 22 juin. — Urines, 500 c. c. Extrait de coronille, 1 gramme.

Le 23. — L'œdème a diminué, la dyspnée s'est amendée; pouls régulier (100). Urines, 1500 c. c.

Le 24. — Extrait de coronille, 1 gramme.

Le 25. — Urines, 1500 c. c. La coronille est suspendue.

Le 28. — L'œdème a reparu; pouls filiforme, dyspnée, œdème pulmonaire, urines rares.

On prescrit les 1er, 2, 3 août, une infusion avec 50 centigrammes de digitale.

Amélioration passagère avec augmentation de la diurèse, 1250 c. c.

Le 6. — Les symptômes d'asystolie reparaissent.

Le 7 et le 8. — 1gr,50 d'extrait de coronille. Aucune amélioration.

Le malade succombe le 12.

Obs. VII. *Insuffisance mitrale.* — Homme, cinquante-sept ans, entre le 2 juillet 1888 avec les symptômes suivants, remontant à un mois : cyanose, congestion du foie, dilatation des veines du cou, œdème, pouls irrégulier, inégal; urines rares, 500 c. c. Souffle systolique mitral. Extrait de coronille, 1 gramme.

Le 3 juillet. — Cyanose un peu moindre. Urines, 1000 c. c. Extrait de coronille, 1 gramme.

Le 4. — Respiration moins pénible, moins de cyanose, pouls régulier, assez ample. Urines, 1500 c. c. Extrait de coronille, 1 gramme.

Le 5. — Urines, 1250 c. c.

Le 6. — Dypsnée interne, cyanose, œdème. Urines, 750 c. c. Coronille, 1gr,50.

Le 8. — Dyspnée moindre, pouls régulier. Urines, 1250 c. c. Extrait de coronille, 1gr,50.

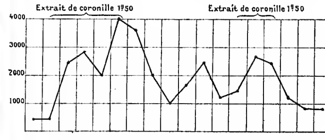
Le 9. — La dyspnée persiste, l'asystolie fait des progrès jusqu'au 15; on administre le 15, le 16 et le 17 une infusion avec 40 centigrammes d'herbe de digitale; la digitale n'a aucune action efficace sur l'asystolie et le malade succombe le 20.

Obs. VIII. *Myocardite. Artério-sclérose généralisée.* — Homme, soixante-dix-neuf ans, asystolie depuis quatre mois. Entré à l'hôpital en avril 1884 : œdème, dilatation des veines du cou, pouls petit, irrégulier, choc du cœur diffus, bruits sourds, dyspnée, urines rares.

Le 24 avril. — 25 centigrammes de coronille.

Le 25. — Même état de l'asystolie; 25 centigrammes de coronille.

L'asystolie s'aggravant toujours, on prescrit 30 centigrammes de digitale; le pouls se régularise, l'œdème disparaît, la diurèse atteint 4 litres.



Tracé II. — Action de l'extrait de coronille sur la diurèse (obs. VIII).

Sorti de l'hôpital, le malade y rentre en asystolie le 11 juillet, avec un pouls filiforme, de la cyanose, de la congestion du foie, des urines très rares, 300 centimètres cubes.

Le 12 juillet. — Coronille, 1 gramme.

Le 13. — Urines, 2500 c. c. Pouls plus ample, plus régulier, moins de dyspnée. Coronille, 1gr,50.

Le 14. — Urines, 2500 c. c. Coronille, 1gr,50.

Le 15. — Urines, 2000 c. c. Coronille, 1gr,50.

Le 16. — Urines, 4000 c. c. Coronille, 1gr,50.

Le 17. — L'œdème a presque complètement disparu. Le pouls est plus régulier et ample; le malade dort la nuit et respire mieux. Un peu de diarrhée.

Les 17, 18, 19, 20, 21, 22. — On supprime la coronille, les urines tombant à 1000-1500 c. c.; l'œdème, la dyspnée, reparaissent, avec l'irrégularité accentuée du pouls.

Le 23. — Extrait de coronille, 1 gramme.

Le 24. — Urines, 3000 c. c. L'œdème diminue, le pouls se ralentit, la dyspnée diminue. Coronille, 1gr,70.

Le 25. — Urines, 2200 c. c. Coronille, 1gr,50.

Les jours suivants, la coronille est supprimée, la diurèse diminue, les signes de l'asystolie reparaissent.

Le 30. — Coronille, 1gr,70.

Le 31. — Urines, 3000 c. c. L'œdème diminue, le pouls se ralentit (de 110 à 80). Coronille, 1gr,70.

Le 1er août. — Urines, 2250 c. c. Coronille, 1gr,70.

Le 2. — Urines, 2500 c. c.

Le malade quitte l'hôpital et est perdu de vue.

(A suivre.)

CORRESPONDANCE

A M. LE DOCTEUR RECLUS, RÉDACTEUR DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Je viens de lire avec un très grand plaisir l'article que vous avez donné à la *Gazette hebdomadaire* sur *un cas d'aïnhum*. Permettez-moi de vous en remercier. Je goûte beaucoup, en tout temps, l'élégante clarté de vos revues de clinique chirurgicale; mais, cette fois, par une faiblesse que vous voudrez bien comprendre et excuser, j'ai été doublement heureux, puisque vous êtes venu soutenir, à peu de chose près, la doctrine que je m'étais permis d'avancer, avec moins de preuves et beaucoup moins de talent, dans un article publié par la *Gazette hebdomadaire*, le 2 décembre 1885. Vous aviez alors pris parti contre nous; votre article d'aujourd'hui est, par conséquent, un acte de sincérité scientifique qui vous honore grandement. Vous avez définitivement établi, je crois, que les faits d'amputations spontanées et de strictures annulaires plus ou moins complètes qu'on relève de temps à autre, ne sont pas des cas d'aïnhum et que cette bizarre affection n'a été véritablement observée jusqu'ici que sur des sujets de race colorée.

A l'époque où j'écrivais, elle n'avait même jamais été vue que sur les nègres, car j'avais tort de ne pas repousser nettement tous les faits de Guyot et je persiste à croire qu'on ne doit pas tenir compte des prétendues observations de Collas. Je viens de relire sa note (*Archives de médecine navale*, t. VIII, p. 357-368), écrite deux mois après la publication (même recueil, même volume) du mémoire original de Da Silva. Faites de même quand vous aurez une minute à perdre, en vous souvenant que Collas avait quitté l'Inde trois ou quatre ans au moins avant la première description de l'aïnhum. Qu'importe d'ailleurs aujourd'hui? La pièce pathologique recueillie à Pondichéry par Quétand et remise à Eugène Rochard, a tranché la question en ce qui concerne les Hindous.

Après votre article, il ne reste plus aux contradicteurs de votre thèse qu'à nous présenter un cas d'aïnhum vrai avec les caractères si nets que vous avez retracés et provenant d'un sujet de race blanche. Alors seulement on pourra de nouveau reprendre la question qui, pour nous, semble désormais jugée.

Veuillez agréer, etc.

E. Rochefort,
Médecin principal de la marine en retraite.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

Détermination exacte de la quantité d'eau contenue dans le sang, par MM. *Gréhant* et *Quinquaud*. — Résumé d'expériences ayant pour objet de préciser les conditions dans lesquelles l'eau peut augmenter dans le sang et la proportion d'eau contenue dans le sang artériel et dans le sang veineux.

Les auteurs ont trouvé moins d'eau dans le sang veineux que dans le sang artériel, ce qui peut s'expliquer en admettant qu'une portion de l'eau du sang artériel pénètre dans les vaisseaux lymphatiques.

Dosage de l'urée dans le sang et dans les muscles, par MM. *Gréhant* et *Quinquaud*. — La question du lieu de formation de l'urée est loin d'être résolue.

On a signalé dans les muscles des traces d'urée : les muscles humains, dit Gorup-Besanez, ceux des mammifères et même ceux des principaux animaux, à l'exception de ceux des Plagiostomes, ne contiennent généralement pas d'urée. Pour étudier ce lieu de formation, les auteurs ont comparé la quantité d'urée contenue dans un certain poids de muscle à celle que l'on trouve dans un poids égal de sang artériel traité par l'alcool par le procédé Gréhant.

De leurs expériences ils concluent que *l'urée paraît se former dans les muscles*.

D'après leurs analyses, 51 grammes de muscles de raie renferment 1 gramme d'urée, c'est-à-dire cinquante fois plus que ceux des mammifères, tandis que le sang pris dans le cœur a paru en renfermer une quantité plus faible.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 4 JUIN 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MAURICE PERRIN.

M. le ministre de l'intérieur transmet un rapport de M. *Sauclière* sur le *service de la vaccine au Havre en 1888*.

M. le docteur *Marty* envoie la relation d'une *épidémie de variole à Salles-d'Aude en 1888*.

M. le docteur *J. Monard* adresse une brochure sur le *traitement aux eaux d'Aix-les-Bains*.

M. *Altiot*, médecin à Neung-sur-Beuvron (Loir-et-Cher) et M. le docteur *Narich* (de Smyrne) envoient des *Plis cachetés* dont le dépôt est accepté.

M. le docteur *Gibier* adresse une note sur la *fièvre jaune en Floride*.

M. *Féréol* fait hommage, de la part de MM. *Charcot* et *Paul Richer*, d'un ouvrage sur *les difformes et les malades dans l'art*.

M. *Brouardel* dépose le compte rendu des opérations du service municipal de vaccine de Lyon depuis sa fondation jusques et y compris l'année 1888.

M. *Laboulbène* présente une thèse de M. le docteur *Larrieu* sur *Gui Patin, sa vie, son œuvre et sa thérapeutique*.

M. *Proust* dépose un mémoire de M. le docteur *Malibran* sur *l'atonie intestinale et ses complications*.

M. *Léon Colin* présente : 1° de la part de M. le docteur *Rouire*, médecin-major de 2e classe, chef du service du 19e escadron du train des équipages, un rapport manuscrit sur *les vaccinations et les revaccinations qu'il a pratiquées en 1888-1889*; 2° au nom de M. le docteur *L. Collin*, médecin-major de 2e classe, un rapport manuscrit sur *les vaccinations et revaccinations des troupes du gouvernement militaire de Paris*.

M. *Constantin Paul* dépose une brochure de M. le docteur *Lavielle* sur le *traitement thermal du rhumatisme chronique*.

Élections. — M. *Lafosse* (de Toulouse) est élu associé national par 30 voix sur 35 votants, contre 3 à M. Hergott, 1 à M. Sirus-Pirondi et 1 à M. Willemin.

M. *Sirus-Pirondi* (de Marseille) est également élu associé national, par 32 voix sur 46 votants, contre 8 à M. Hergott, 3 à M. Willemin, 1 à M. Azam, 1 à M. Raimbert et 1 bulletin nul.

Eaux minérales. — M. *Constantin Paul* lit plusieurs rapports sur des demandes en autorisation pour des sources d'eaux minérales.

Démographie. — M. le docteur *Henri Henrot*, maire de la ville de Reims, présente un album, dressé en vue de l'Exposition, et qui renferme près de deux cents tracés graphiques concernant les divers services d'assistance et d'hygiène de cette ville. Il insiste sur les avantages qu'une pareille œuvre, si elle était entreprise dans toutes les communes de France, pourrait procurer au point de vue de la salubrité générale et des progrès de l'hygiène publique. Il montre, par plusieurs exemples, les sacrifices et les efforts faits depuis quelques années à Reims pour en assurer la salubrité, en ce qui concerne l'amenée d'eau potable, la propreté de la voie publique, l'évacuation des immondices et des matières usées, ainsi que sur leur épuration par le sol. Il prouve enfin quel rôle et quelle importance ont les statistiques démographiques sur le développement et le perfectionnement de l'hygiène sociale. — (Le mémoire de M. Henrot est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. *Brouardel* et *Proust*.)

Diabète. — M. *Worms*, répondant aux objections qui lui ont été faites dans la dernière séance, se félicite tout d'abord d'avoir provoqué cette discussion, car le diabète se présente aujourd'hui avec une fréquence alarmante, par suite sans doute de l'intensité croissante de l'activité intellectuelle. M. Dujardin-Beaumetz s'est étonné de la rareté relative, chez les malades de M. Worms, des trois phénomènes classiques : polydipsie, polyurie, polyphagie; or ces personnes, lorsque celui-ci les a vues pour la première fois, n'avaient jamais fait analyser leur urine; comme elles se plaignaient de

troubles divers dans leur santé, il a été amené à pratiquer cette analyse. Il a donc pu surprendre le diabète à l'état naissant. De là cette notion précieuse de l'existence d'une période initiale du diabète où la glycosurie est latente, où elle passe le plus souvent inaperçue parce que la soif et la polyurie qui l'accompagneront plus tard font encore totalement défaut. Le fait est d'une importance capitale, puisque la découverte du diabète à la période initiale a permis d'instituer utilement le traitement et de maintenir les malades dans un état relativement favorable, à l'abri d'accidents redoutables. Mais il y a des diabétiques qui, même à un stade plus avancé, n'ont ni polyurie, ni polydipsie, ni polyphagie. Tous les auteurs ont noté ce fait. Une première conséquence importante est que la recherche du sucre doit être faite à l'occasion de n'importe quel trouble de santé. Les statistiques de M. Worms démontrent, malgré les réserves de M. Dujardin-Beaumetz, que les diabétiques, traités avec prudence, peuvent atteindre un âge très avancé. M. G. Sée considère comme unique dans la science la guérison d'un cas de coma diabétique observé par M. Worms; cependant Frerichs en cite trois; Stradelmann (1887) en a publié un; Stockvis considère la mortalité générale du coma diabétique comme étant de 56 pour 100. La cause du coma doit-elle être attribuée à l'acétone ou à l'acide oxybutyrique B? C'est une question en suspens. Il importe de mettre entre les mains des médecins, pour l'analyse de l'urine, un réactif pratique, simple et suffisamment précis. M. Worms a donné la préférence à la liqueur de Fehling. Le chlorhydrate de phénylhydrazine, le naphtol, etc., le thymol, le papier de xylidine, sont des réactifs encore incertains; ils ne peuvent être d'ailleurs utilisés que dans les laboratoires.

Sur le terrain de la théorie du diabète, M. Worms se trouve en complet désaccord avec ses collègues, MM. G. Sée et Robin; il pense que toutes les théories proposées sont encore problématiques. Au contraire, il a constaté par la seule observation clinique qu'il existait dans le diabète une période latente, pendant laquelle le traitement avait une véritable efficacité; que plus tard la maladie confirmée se révélait parfois par des névralgies symétriques; qu'il pouvait y avoir d'une heure à l'autre des oscillations énormes dans les quantités de sucre éliminés; que le sulfate de quinine était un médicament utile aux diabétiques, et que si son action physiologique est inconnue, on aurait cependant tort d'en repousser l'emploi. La doctrine de l'hyperglycogénèse serait, d'après M. Robin, la seule vraie; à côté d'elle, la seule théorie qui lui dispute la faveur des savants est celle du ralentissement de la nutrition. Or Frerichs, M. Charcot, n'acceptent aucune de ces deux théories, ni aucune autre? N'y a-t-il pas des médecins qui ont choisi des théories intermédiaires ou absolument différentes? M. Bouchard en a énuméré et discuté vingt-sept. Faut-il donc placer le médecin dans la nécessité de choisir une théorie et de conformer à ce choix toute sa thérapeutique? Une telle thérapeutique est peut être rationnelle, mais elle n'est pas applicable. M. Robin condamne, par exemple, l'oxygène. Cependant M. Worms et beaucoup de médecins en ont fait usage sans avoir eu à le regretter. D'ailleurs, M. Robin s'accorde avec tous les médecins modernes sur la nécessité de prohiber les aliments hydrocarburés; cette règle, universellement acceptée, est pourtant née de l'empirisme. Rollo, après son admirable découverte, avait cru nécessaire de la justifier par une théorie qui paraîtrait enfantine aujourd'hui; la théorie a disparu et la méthode est restée.

Quant à lui, M. Worms, pour un grand nombre de motifs basés sur des observations cliniques, déclare ne pas pouvoir partager l'avis de ses confrères, qui considèrent la théorie de l'hyperglycogénèse comme irréfutable et même comme assez suffisamment établie pour que la médecine puisse en retirer des avantages certains. En attendant cette certitude théorique, le médecin doit s'en tenir à la certitude clinique qui est absolue.

Au point de vue du traitement, M. Worms avait développé précédemment les résultats de son expérience au sujet des bons effets du sulfate de quinine administré à petite dose, mais d'une façon presque continue. Les fonctions digestives ne sont pas troublées sous l'influence de ce médicament et c'est le fait le plus important, comme Dupuytren l'avait déjà fait remarquer. Aussi faut-il écarter les substances qui peuvent diminuer l'appétit et se méfier de celles qui abaissent rapidement la quantité de sucre. Claude Bernard l'indiquait déjà à propos du traitement par la teinture d'iode préconisé par Lugol; cette médication avait eu pour résultat d'abaisser considérablement, dans plusieurs cas, le chiffre du sucre, par suite, dit Claude Bernard, d'une perturbation organique, violente et subite, qu'il ne faut pas confondre avec une guérison ni un commencement de guérison, mais qu'il faut éviter tout au contraire. L'antipyrine a été proposée et son action physiologique est encore peu connue. D'un côté, M. Robin la considérant comme enrayant la dénutrition azotée, paraissait d'abord enclin à en user largement dans le traitement du diabète; il semble du reste en être moins partisan. D'un autre côté, M. Cazeneuve soutient qu'elle augmente au contraire la dénutrition azotée. Ce qui est incontestable, c'est qu'en dehors de l'albuminurie qu'elle provoque souvent, l'antipyrine n'exerce pas une influence favorable sur l'appétit ni sur les fonctions digestives.

Mais il faut conclure: en présence du pour et du contre qui caractérisent les théories sur la pathogénie du diabète et qui se disputent la possession de la vérité, M. Worms renouvelle l'opinion que le médecin peut, sans le moindre inconvénient, rester en dehors du débat qui se poursuivra pendant longtemps encore entre les physiologistes et les chimistes. Il serait regrettable de voir disparaître la méthode d'observation devant une méthode nouvelle, qui n'a de la rigueur scientifique que l'apparence et qui, appliquée à la médecine, n'est que la méthode des illusions.

M. *Germain Sée* ne saurait admettre les objections formulées par M. Worms; il insiste sur la contradiction commise par celui-ci, qui rejette toute théorie à l'égard de la pathogénie du diabète, croit qu'il convient de s'en passer et néanmoins en propose une nouvelle. Il revendique hautement les droits de la clinique physiologique et ne croit pas que la médecine doive désormais s'appuyer uniquement sur l'observation, mais bien plutôt qu'elle a tout intérêt à y joindre l'expérimentation. D'ailleurs il ne saurait admettre la théorie de M. Worms, que détruisent, suivant lui, tous les faits observés et il déclare que la théorie proposée par Claude Bernard et qu'il a reprise reste la seule vraie. — M. *Laborde* s'étonne que l'on puisse être médecin, soigner l'homme malade, sans connaître les fonctions normales de l'organisme; il n'est pas de meilleur guide que la physiologie expérimentale pour éclairer les mystères de la pathologie. — Quant à M. *Albert Robin*, comme il n'a cherché à ébaucher aucune théorie, mais uniquement à rapporter des faits que chacun peut reproduire ou contrôler, il ne saurait entrer dans la discussion de la théorie proposée par M. Worms. D'autre part, il ne croit pas que les suggestions de la chimie de cabinet puissent détruire les démonstrations et les preuves accumulées par la chimie de laboratoire. Il maintient en conséquence toute l'exactitude des recherches de chimie physiologique qu'il a communiquées il y a huit jours.

M. *Dujardin-Beaumetz* s'étonne, puisque M. Albert Robin a prétendu que le diabète est déterminé par une suractivité des phénomènes de la nutrition, que cette maladie soit surtout commune chez les vieillards et que l'exercice soit un des meilleurs adjuvants de son traitement. — M. *Albert Robin* répond qu'il ignore pourquoi le

diabète atteint plus particulièrement les vieillards; quant à l'exercice, on sait que le mouvement modéré n'augmente pas les oxydations et les désassimilations.

Incidemment M. *Germain Sée* estime que les meilleurs médicaments contre cette affection sont ceux dits d'épargne, tels que l'antypirine, le sulfate de quinine, etc., qui empêchent la dénutrition. Cette opinion est également celle de M. *Albert Robin*.

— L'ordre du jour de la séance du 11 juin est fixé ainsi qu'il suit : 1° Communication de M. Germain Sée sur un nouveau diurétique; 2° Lectures par des personnes étrangères à l'Académie : présentation de malade, par M. le docteur *P. Berger;* sur l'arthritisme, par M. le docteur *Bouloumié ;* sur le traitement local de l'endométrite chronique, par M. le docteur *Dumontpallier*.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 29 MAI 1889. — PRÉSIDENCE DE M. LE DENTU.

Traitement des myomes utérins : MM. Terrillon, Chempionnière Terrier, Pozzi. — Néphreotomie : M. Poleson (de Nantes) (Rapporteur: M. Terrier). — Arthrodèse pour pied bot acquis : M. Defontaine (Discussion : MM. Routier, Schwartz, Terrier). — Ovariototomie : M. Terrillon (Discussion : M. Terrier).

M. *Terrillon* tient avant tout à mettre hors de cause les polypes fibreux utérins, dont on a parlé à tort dans la discussion. Pour les myomes interstitiels, il en est certainement qui sont justiciables de la laparotomie, mais alors l'intervention est plus grave et on aurait tort de trop restreindre les indications de la voie vaginale.

M. *Lucas-Championnière* pense en effet que les deux méthodes ont leurs indications. Il ajoute d'autre part que le morcellement par la voie vaginale est une opération ancienne, que tous les chirurgiens ont pratiquée et pratiquent. Il insiste sur le peu de sang fourni par le fibrome lui-même. Dans les ablations de polypes, c'est par les contacts avec la muqueuse que l'on provoque des hémorrhagies, au moment où l'on manœuvre pour placer l'écraseur ou le serre-nœud. Il faut aller vite, avec les ciseaux. Après toutes ces opérations, M. Championnière se borne aujourd'hui à un simple tamponnement antiseptique du vagin.

M. *Terrier* préfère, en principe, voir ce qu'il fait. Il s'est plusieurs fois bien trouvé de l'énucléation du myome après laparotomie et incision de l'utérus sur la tumeur. Puis la cavité ainsi créée est affrontée par des sutures, si la chose est possible. Si la cavité est trop vaste, ou si elle a été infectée par un myome suppuré, elle est suturée à la plaie pariétale et drainée.

M. *Pozzi*, qui ne se déclare pas adversaire résolu de la voie vaginale, parle dans le même sens, et ajoute de plus que l'hystérectomie supra-vaginale s'est beaucoup améliorée.

— M. *Terrier* fait un rapport sur une observation de M. *Poisson* (de Nantes) : *Néphrectomie lombaire pour rein suppuré*. Le malade a guéri sans encombre. La pathogénie de ce cas est discutable : le malade en effet avait un rétrécissement de l'urèthre consécutif à une blennorrhagie lors de laquelle il avait été circoncis, et il est bien possible que l'infection ascendante date de l'époque de la blennorrhagie.

— M. *Defontaine* fait une communication sur *deux cas d'arthrodèse pour pied bot paralytique*. Dans ces cas où le pied est ballant, où les lésions osseuses sont minimes et où, le redressement étant facile, la contention seule est difficile, il a pensé que l'on pourrait, après arthrotomie, abraser les cartilages de la tibio-tarsienne et obtenir ainsi une ankylose à angle droit du pied dévié. Il a réussi dans deux cas de varus équin consécutif à la paralysie infantile.

M. *Routier* conteste l'opportunité de cette intervention. Il pense que dans ces cas on arrive à des résultats suffisants si par le massage et l'électrisation on s'occupe avec persistance de la régénération musculaire.

M. *Schwartz* pense qu'il en est ainsi lorsque la paralysie n'est pas trop ancienne, mais qu'à un moment elle devient incurable et qu'alors l'arthrodèse est indiquée.

M. *Terrier* insiste sur ces conditions et ajoute qu'il y a peu de temps il a conclu, dans un cas de ce genre, contre une arthrodèse que proposait M. Reverdin (de Genève). Il a surtout été déterminé par l'état de fortune de la malade, fort riche, ayant équipage et pouvant en outre dans ces conditions porter un appareil soigné. Mais aujourd'hui, même dans ces circonstances, il croit qu'il adopterait l'opération.

M. *Defontaine* répond à M. Routier qu'au bout de quelques années il a peu foi à la régénération musculaire.

— M. *Terrillon* communique sa *troisième série de trente-cinq ovariotomies*, avec une seule mort, par épuisement. Dans vingt-sept de ces kystes il y avait des adhérences séreuses et quatre fois il fallut faire l'ovariotomie incomplète. M. Terrillon signale en particulier un cas où la guérison a eu lieu malgré une paralysie intestinale qui a duré plus de huit jours. Dans ce cas, il s'agissait d'un kyste très volumineux, rompu dans l'abdomen, et l'incision allait presque de l'appendice xiphoïde au pubis. Pendant l'opération les anses, enduites de liquide visqueux, se précipitèrent au dehors à l'improviste et M. Terrillon, pris au dépourvu, les rentra avec une serviette sèche, propre mais non aseptique. Il rappelle que dans deux cas analogues Olshausen a également noté pendant l'opération la procidence de l'intestin, et qu'il attribue la paralysie ultérieure à ce contact avec l'air.

M. *Terrier* n'admet pas cette théorie. Il pense que les accidents paralytiques sont dus à une péritonite légère, facile à concevoir dans le cas de M. Terrillon. MM. *Terrier* et *Terrillon* ont coutume aujourd'hui de donner aux malades avant l'opération du naphtol à l'intérieur et s'en trouvent fort bien.

Société de biologie.

SÉANCE DU 1er JUIN 1889. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Présentation d'ouvrages : M. Brown-Séquard. — Sur la glande des procès ciliaires : M. Nicati. — Affections ulcéreuses chez le chat : MM Cadiot, Gilbert et Roger. — Sur les corps réducteurs des urines : M. Gaube. — Influence du sang veineux des testicules sur la puissance musculaire : M. Brown-Séquard. — Anesthésie chez la grenouille : M. Reboul.

M. *Brown-Séquard* fait hommage à la Société de l'article Inhibition qu'il vient de publier dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

— M. *Dumontpallier* dépose une nouvelle note de M. *Nicati* (de Marseille) sur la glande des procès ciliaires.

— M. *Roger* a étudié avec MM. *Cadiot* et *Gilbert* les affections ulcéreuses que l'on trouve sur la lèvre du chat. Il s'agit là d'une lésion considérée généralement comme étant de la nature des épithéliomes; les auteurs ont reconnu qu'on avait réuni sous ce chef plusieurs maladies différentes dont quelques-unes peuvent être inoculées.

— M. *A. Robin* présente une note de M. *Gaube* (du Gers) sur la présence de différents corps réducteurs dans les

urines. M. Gaube a particulièrement étudié ces corps dans les urines des enfants. Il a reconnu et caractérisé une aldéhyde, une combinaison de l'acide lactique avec l'acide phosphorique, combinaison qui se rencontre dans les cas d'acétonémie, d'autres fois un mélange d'acide urique avec l'acide phosphorique, enfin dans d'autres cas de la lactose.

— M. *Brown-Séquard* fait une communication que l'on trouvera au *Premier-Paris* (p. 362)

— M. *Morat* présente, de la part de M. *Reboul* (de Lyon), une note relatant des expériences desquelles il résulte que les grenouilles placées dans un gaz inerte s'anesthésient assez rapidement (par privation d'oxygène) : la marche de cette anesthésie est analogue à celle de l'anesthésie ordinaire ; elle peut durer assez longtemps suivant la température du milieu extérieur.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 22 MAI 1889. — PRÉSIDENCE DE M. FERNET.

Du traitement de la diphthérie : MM. Guelpa, Créquy, Cadet de Gassicourt. — Injections de caféine dans les états adynamiques : M. H. Huchard.

M. *Guelpa*, répondant à l'argumentation qui lui a été opposée par M. Cadet de Gassicourt, affirme de nouveau les heureux effets de sa méthode de traitement, et répète que l'intervention tardive, l'emploi des caustiques, et l'interruption du traitement pendant la nuit sont trois principes thérapeutiques funestes et qu'il faut absolument condamner. Il persiste à regarder la trachéotomie comme une opération sans danger, qu'il faut pratiquer dès qu'on a reconnu l'envahissement du larynx ; il trouve d'ailleurs justifiée la trépanation de l'antre d'Highmore, pour pratiquer les lavages des cavités nasales dans les cas dont il a parlé. Enfin il fait remarquer qu'il ne proscrit que l'alimentation solide ; il donne des aliments liquides ou semi-liquides en quantité inversement proportionnelle à l'élévation de la courbe thermique.

D'autre part, tout en admettant que parfois on a pu diagnostiquer indûment la diphthérie, il ne saurait regarder comme vraie la proportion de huit à dix cas sur sept mille malades, donnée par M. Comby. Les statistiques générales de mortalité sont là pour combattre des chiffres semblables.

M. *Créquy* ne saurait regarder la trachéotomie comme une opération absolument bénigne : on a trop souvent des accidents graves, tantôt au moment de l'opération, tantôt comme complications consécutives.

M. *Cadet de Gassicourt* ne peut que maintenir les opinions qu'il a émises, aussi bien que M. Guelpa maintient les siennes. L'observation des malades sera le meilleur juge.

— M. *Huchard* lit une note sur *les injections de caféine dans les états adynamiques*. Il rapporte plusieurs observations de pneumonie, de fièvre typhoïde, dans lesquelles l'administration de la caféine à haute dose (2 à 3 grammes), en injections sous-cutanées, a été tout au moins absolument innocente et a, d'après lui, amené la guérison des malades. Ses expériences lui ont démontré que l'action de la caféine porte surtout et primitivement sur le système nerveux, tandis que la digitale agit d'abord sur le cœur. Peut-être, comme le veut Semmola, la caféine est-elle surtout un médicament bulbaire.

La formule des injections employées par M. Huchard est la suivante : eau distillée, 6 grammes; caféine, 2 grammes; benzoate de soude, 3 grammes (chaque seringue renferme 20 centigrammes de caféine). Injecter 6 à 10 seringues par jour. On peut aussi recourir à la formule suivante qui renferme environ 40 centigrammes de caféine pour chaque seringue : eau distillée, 5 grammes; caféine, 4 grammes ; salicylate de soude, 3gr,10.

Enfin, M. Huchard proteste contre la manière dont les auteurs allemands comprennent l'honnêteté scientifique, et négligent absolument de citer les travaux français antérieurs aux leurs sur le sujet.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Traitement opératoire de l'hypertrophie prostatique, par M. Fr.-S. WATSON (de Boston). — Les procédés sont nombreux pour la prostatotomie uréthrale ou périnéale; pour la prostatectomie périnéale ou sus-pubienne. L'anatomie pathologique enseigne, malgré Guyon, que les dispositions anatomiques sont telles qu'une opération chirurgicale peut arriver à un résultat sérieux. Elle prouve en outre que dans les deux tiers des cas la voie périnéale est la bonne. Les statistiques démontrent que ces interventions radicales sont moins graves que les opérations palliatives (drainage sus-pubien ou périnéal). Aussi, lorsque le traitement simple est insuffisant et lorsque survient la rétention, Watson est pour la prostatectomie. Il rapporte, il est vrai, deux observations peu encourageantes. (*The operative treatment of the hypertrophied prostata*, in *Ann. of Surg.*, 1889, t. IX, p. 1.)

Sciatique et scoliose, par M. HUGO SCHUEDEL. — L'histoire des déviations rachidiennes liées à la sciatique est récente. Elle remonte aux observations publiées en 1886 par Albert (de Vienne), puis par Nicoladoni. Plus récemment, à l'instigation de Charcot, Babinski en a fait une étude approfondie. Schüdel nous fait connaître des observations recueillies dans le service de Kocher et il émet la théorie suivante, très différente de celles qui ont été précédemment soutenues. Dans la plupart des cas (mais non dans tous) il y a névralgie concomitante du plexus lombaire et du plexus sacré. Les filets sensitifs des nerfs musculaires participent à la névralgie et dès lors la contraction des muscles du bassin devient douloureuse (la cause de cette douleur est peut-être aussi dans les nerfs cutanés qui traversent ces muscles). Mais, si la contraction est douloureuse, la distension passive ne l'est pas, au contraire. Aussi le malade prend-il, instinctivement, la position qui réalise cette distension ; de là, des attitudes vicieuses du membre inférieur, du bassin, du rachis. La douleur à la contraction existe dans les inflammations, dans le rhumatisme, mais la distension, elle aussi, est douloureuse. Aussi n'y a-t-il pas alors de déviations analogues. Kocher a eu de bons résultats thérapeutiques par l'élongation sanglante du sciatique. (*Ueber Ischias scoliotica*, in *Arch. f. klin. Chir.*, 1888, t. XXXVIII, p. 1.)

Travaux à consulter.

DES EFFETS ET DES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE L'ANTIPYRINE DANS LES AFFECTIONS DE L'ŒIL, par M. GRANDCLÉMENT. — Les douleurs oculaires et plus spécialement les douleurs périoculaires cèdent rapidement à ce médicament. De plus, ces injections semblent exercer une influence favorable sur les inflammations oculaires accompagnées de douleurs ciliaires.

M. Grandclément en a observé de bons effets contre les kératites, l'iritis, l'irido-choroïdite glaucomateuse et l'héméralopie. Par contre, cette action a été moins décisive dans les cas de scléro-choroïdite et les opacités de l'humeur vitrée. Enfin, dans ces nombreux essais, il faisait usage d'une solution mixte

d'antipyrine et de cocaïne sans avoir à enregistrer un seul accident, ou bien tout au plus des indurations locales qui disparaissent spontanément après huit ou dix jours, sans jamais aboutir à la suppuration. Il pratiquait ces injections dans la région temporale. (*Lyon médical*, 20 mai 1888.)

Du traitement des douleurs dentaires par le rhamnus frangula, par M. V.-P. Gretchinski. — L'écorce de la racine de ce végétal possède en Russie une réputation populaire sous forme de gargarisme pour le traitement des odontalgies. M. Gretchinski a constaté par des essais cliniques répétés que le rhamnus frangula diminue la sensibilité douloureuse dans les cas d'inflammation de la pulpe et d'abcès dentaires. Des infusions de cette écorce possèdent même à un moindre degré des propriétés analogues à celles des décoctions dont la formule serait la suivante : écorce de rhamnus frangula, 100 grammes; eau, 200 grammes; eau-de-vie, 10 grammes. On doit prolonger la décoction pendant une demi-heure.

Ces vertus sont sans nul doute dépendantes de la richesse de cette substance en acide tanique. En effet, comme l'expérience l'a prouvé, les gargarismes astringents au tanin ont la propriété de diminuer les douleurs buccales d'origine inflammatoire. (*The London med. Record*, juin 1888, p. 291.)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique obstétricale, par M. P. Budin, 1 vol. in-8° de xx-475 pages, avec 116 figures dans le texte dont 81 tirées en couleur. — Paris, O. Doin, 1889.

Chargé, comme agrégé, de diriger la clinique d'accouchements de la Faculté pendant l'année scolaire 1887-1888, M. Budin publie aujourd'hui un certain nombre des leçons qu'il a faites à cette occasion. Persuadé que rien ne peut remplacer un enseignement essentiellement pratique et encouragé par les excellents résultats qu'il avait déjà obtenus dans son service de la Charité, notre savant confrère a organisé de la même manière, en y ajoutant des moniteurs, son enseignement à la Faculté : la première leçon expose en détail la façon dont il a procédé; tous les accouchements ont pu être utilisés pendant l'année entière; la consultation des femmes enceintes, faite avec soin par le chef de clinique et les étudiants, a été une source considérable d'enseignement. M. Budin, s'appuyant sur des chiffres, ajoute à cette leçon l'exposé des résultats qu'il a obtenus; 205 élèves en médecine ont pu ainsi pratiquer des accouchements dont ils ont rédigé les observations.

Les hasards de la clinique ont fourni les sujets qui ont été traités. Nous devons citer les hémorrhoïdes pendant la grossesse et les suites de couches, les hémorrhagies internes de l'utérus gravide, l'administration du chloroforme en obstétrique, l'application du forceps sur la tête arrêtée au niveau du plancher périnéal, la délivrance artificielle, la conduite à tenir dans les présentations de l'épaule, l'embryotomie, le passage de la tête dernière à travers le détroit supérieur rétréci, etc.

Parmi les procédés d'exploration qui ont le plus d'importance, mais dont on s'est le moins occupé peut-être, pendant les vingt dernières années, il faut citer le toucher vaginal. L'auscultation d'abord, le palper abdominal plus tard ont fait l'objet de nombreux mémoires; au moment de l'accouchement le toucher reprend toute sa valeur. M. Budin a placé l'une à côté de l'autre quatre leçons, qu'il avait eu l'occasion de faire sur ce sujet : il décrit les modifications du col et de l'orifice utérin pendant le travail, les caractères fournis par chacune des présentations, les déviations, les procidences, les tumeurs qui peuvent être des causes d'erreurs de diagnostic; il étudie aussi l'exploration de l'excavation pelvienne et montre comment on peut arriver à faire le diagnostic des différentes viciations du bassin.

Les soins à donner aux enfants nés en état de faiblesse congénitale sont exposés en détail; il en est de même de l'importance des pesées pour apprécier les modifications qui surviennent dans l'état de santé des enfants. A propos des difficultés de l'allaitement, la *Gazette hebdomadaire* du 17 février 1888 a publié un travail de M. Auvard sur une téterelle ingénieuse : M. Budin a employé cet appareil et l'a étudié avec soin; il montre les avantages qu'il offre, les quelques inconvénients qu'il présente et combien il est facile d'y porter remède en modifiant la forme de l'instrument, tout en conservant son principe essentiel : l'aspiration du lait fait par la mère elle-même.

Parmi les sujets personnels, originaux, étudiés par M. Budin, nous citerons : l'emploi du naphtol comme adjuvant aux cautérisations de nitrate d'argent, dans le traitement de l'ophthalmie purulente, le rétrécissement du diamètre bisciatique dans certains bassins cyphotiques, la galactophoro-mastite et la grossesse gémellaire. En 1882, M. Budin avait montré que dans la grossesse gémellaire, les deux fœtus se placent, l'un par rapport à l'autre, dans des situations qui le plus habituellement peuvent être déterminées : on peut distinguer trois variétés : dans la première les fœtus se placent l'un à côté de l'autre, l'un occupe la moitié droite, l'autre la moitié gauche de l'utérus; dans la deuxième, les fœtus sont placés l'un au-dessus de l'autre, ils sont superposés; l'un occupe le fond de l'utérus, l'autre le segment inférieur; dans la troisième, ils sont placés l'un au-devant de l'autre, l'un occupe la moitié antérieure, l'autre la moitié postérieure de la cavité utérine. Plusieurs faits observés à la clinique ont permis de donner aux élèves la preuve que ces diverses dispositions existent réellement et sont indiscutables. Aujourd'hui, du reste, les faits de ce genre qui appartiennent aux deux dernières variétés et qui ont été publiés en France ou à l'étranger, sont au nombre de vingt-deux.

Nous terminerons en appelant l'attention sur la façon dont le livre a été conçu et édité : rien n'éclaire un ouvrage d'obstétrique et rien n'en facilite la lecture comme les figures. Pour rendre ses démonstrations plus saisissantes, M. Budin avait l'habitude de faire au tableau des dessins schématiques avec des crayons de couleur : ces dessins ont été reproduits au milieu même du texte; ils permettent dès lors de comprendre plus aisément des descriptions qui nécessiteraient sans cela une plus grande attention de la part du lecteur.

Ces quelques détails suffisent à donner une idée précise d'un livre didactique qui se recommande par lui-même à l'attention de tous les médecins et qui fait le plus grand honneur à celui qui l'a écrit, résumant avec tant de talent, pour rendre service à tous les accoucheurs, les leçons qui ont été si utiles à ses élèves de la Faculté de Paris.

L. L.

VARIÉTÉS

Faculté de médecine de Paris. — Un concours, pour les emplois vacants de deux chefs de clinique médicale et d'un chef de clinique des maladies du système nerveux, s'ouvrira le mercredi 26 juin, à neuf heures du matin.

Concours du prosectorat. — Le jury de ce concours est définitivement constitué comme suit : MM. Verneuil, président; Trélat, Le Fort, Poirier et Reynier.

Les candidats sont : MM. Calot, Dagron, Regnauld, Rieffel, Legueu, Thiéry, Lyot, Jonnesco, Pfender.

AIDES D'ANATOMIE DE LA FACULTÉ. — Le concours de l'adjuvat est terminé par la nomination de MM. Faure, Mauclaire, Chipault, Noguez, Delagenière, Roques.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE DES QUINZE-VINGTS. — Un concours pour l'admissibilité à l'emploi de médecin-adjoint de la clinique ophthalmologique des Quinze-Vingts aura lieu dans la première quinzaine du mois d'août prochain.

Le jury de ce concours est composé de MM. Maurice Perrin, président; Panas, Gariel, Chauvel et Trousseau.

HÔPITAUX DE PARIS. — M. Tarnier, nommé professeur de clinique obstétricale, vient de donner, en raison de ses nouvelles fonctions, sa démission de chirurgien de la Maternité.

En raison de l'importance des fonctions confiées au chirurgien de la Maternité, M. le directeur de l'Assistance publique a décidé de déroger par exception au nouveau règlement qui interdit toute mutation pendant l'année, dans le personnel des médecins et chirurgiens des hôpitaux, et dès lors M. Tarnier sera remplacé le plus tôt possible à la Maternité.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Perret, agrégé, est maintenu, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1888-1889, dans les fonctions de chargé du cours de clinique annexe des maladies des enfants.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — M. Bellouard (Victor-Joseph-Marie) est institué chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Josso, dont le temps d'exercice est expiré.

HÔPITAUX DE BORDEAUX. — Le concours pour deux places de chirurgien-adjoint vient de se terminer par la nomination de MM. Denucé et Lagrange, agrégés.

CONCOURS POUR LES HÔPITAUX DE GRENOBLE. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux de Grenoble qui s'est ouvert le 20 mai vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Deschamp.

CONCOURS A L'ÉCOLE DE MÉDECINE NAVALE DE TOULON. — Un concours pour l'emploi de professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, à l'Ecole de médecine navale de Toulon, sera ouvert, dans ce port, le 12 août prochain.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'ANTHROPOLOGIE CRIMINELLE DE 1889. — Ce Congrès, qui doit se réunir à Paris du 10 au 17 août de cette année, fait suite à une première session qui s'est tenue à Rome en 1885 et où ont été posés, pour la première fois, les problèmes que soulèvent les études des conditions anatomiques, physiques, psychologiques ou sociales qui déterminent le crime, les questions de la responsabilité morale et toutes les applications judiciaires et médico-légales de la biologie et de la sociologie criminelles.

Le Comité d'organisation vient d'arrêter que les principales questions seront les suivantes:

Dernières découvertes de l'anthropologie criminelle, par le professeur Cesare Lombroso (de Turin).

Caractères anatomiques des criminels, par le docteur Manouvrier (de Paris).

L'atavisme chez les criminels, par le docteur Bordier (de Paris).

L'enfance des criminels et la prédisposition au crime, par les docteurs Taverni (de Rome) et Magnan (de Paris).

Les conditions qui déterminent le crime, par le professeur Ferri, député au parlement italien.

Classification des criminels par l'anthropologie juridique, par le baron Garofalo, procureur du roi, à Naples.

La libération conditionnelle, par le docteur Semal, de Mons (Belgique).

La criminalité dans ses rapports avec l'ethnographie, par le docteur Taladriz (de Madrid).

La responsabilité morale, par M. Tarde, juge d'instruction à Sarlat (Dordogne).

Le système cellulaire, par le professeur Van Hamel (d'Amsterdam).

Le crime politique, par l'avocat Laschi (de Rome).

L'anthropométrie juridique, par M. Alphonse Bertillon (de Paris), etc.

Les personnes qui désireraient prendre part à ce Congrès sont priées de s'adresser au secrétariat général chez M. le docteur Magitot, membre de l'Académie de médecine, rue des Saints-Pères, 8, à Paris, où elles trouveront tous les renseignements, programmes, statuts et conditions d'admission.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE. — Un Congrès international d'hydrologie et de climatologie se tiendra à Paris, du 3 au 10 octobre prochain.

INSPECTORAT MÉDICAL DES EAUX MINÉRALES. — Le ministre de l'intérieur vient de supprimer l'inspectorat dans les vingt-stations suivantes :

Vichy (Allier); Gréoux (Basses-Alpes); Cransac (Aveyron); Chaudes-Aigues (Cantal); Montbrun (Drôme); Euzet (Gard); Bagnères-de-Luchon et Encausse (Haute-Garonne); Barbotan et Castéra-Verduzeau (Gers); Avène (Hérault); Allevard (Isère); Dax, Gamarde et Préchacq (Landes); Sail-les-Bains, Sail-sous-Couzan, Saint-Alban et Saint-Galmier (Loire); Miers (Lot); Bourbonne (Haute-Marne); Pougues (Nièvre); La Bourboule et Le Mont-Dore (Puy-de-Dôme); Eaux-Bonnes, Les Eaux-Chaudes et Saint-Christau (Basses-Pyrénées); Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire); Forges-les-Eaux (Seine-Inférieure); La Roche-Posay (Vienne).

Dans ces vingt-neuf stations, ou bien il n'y avait pas d'inspecteur actuellement en fonctions, ou bien le service des indigents est assuré par l'engagement collectif de *tous* les médecins.

EXPOSITION UNIVERSELLE. — Sont nommés membre du jury des récompenses de l'Exposition universelle :

Pour la classe 14 (médecine et chirurgie) : MM. les docteurs Badin (de Toulouse), Berger, Magitot, Trélat, Verneuil et M. Collin.

Pour la classe 64 (hygiène et assistance) : MM. les docteurs Brouardel, Lemardeley, A.-J. Martin, Napias, Proust, Th. Roussel et MM. Bechmann, Jéramec, H. Monod et Nicolas.

LE DERNIER MÉDECIN DE BALZAC. — On nous demande, et nous serions très heureux que l'un de nos lecteurs pût nous fournir ce renseignement, si Nacquart, qui mourut en 1853, quelques semaines après avoir été élu président de l'Académie, a laissé quelques descendants et si ceux-ci ont gardé les souvenirs et les manuscrits que Balzac a dû laisser à son savant et dévoué médecin.

POSTE MÉDICAL. — On demande un médecin, docteur de la Faculté de médecine de Paris, pour occuper à Madagascar un poste médical auquel sont attachés des appointements fixes sérieux. S'adresser pour les renseignements à M. le docteur Bernheim, 23, boulevard Saint-Martin, et 3, rue Meslay, à Paris.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (séance du vendredi 14 juin 1889). — *Ordre du jour :* M. Renault: Note pour servir à l'histoire de la pneumonie infectieuse. — M. Kelsch: Présentation de pièce anatomique. — M. Juhel-Rénoy: Traitement des kystes hydatiques du foie. — M. d'Heilly : Présentation de malade : Syphilis héréditaire tardive.

MORTALITÉ A PARIS (21e semaine, du 19 au 25 mai 1889. — Population: 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 10. — Variole, 3. — Rougeole, 23. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 43. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 228. — Autres tuberculoses, 33. — Tumeurs: cancéreuses, 48; autres, 5. — Méningite, 40. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 44. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 11. — Maladies organiques du cœur, 46. — Bronchite aiguë, 33. — Bronchite chronique, 33. — Broncho-pneumonie, 16. — Pneumonie, 58. — Gastro-entérite: sein, 9; biberon, 49. — Autres diarrhées, 6. — Fièvre et péritonite puerpérales, 1. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 33. — Sénilité, 21. — Suicides, 24. — Autres morts violentes, 5. — Autres causes de mort, 165. — Causes inconnues, 9. — Total: 1015.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

19288. — MOTTEROZ. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

TRENTE-SIXIÈME ANNÉE — N° 24 — 14 JUIN 1889

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 12 juin 1889.

Académie de médecine : **La pathogénie du diabète. — Les rapports de la médecine clinique et de la physiologie.**

Une fois de plus il faut bien reconnaître qu'il convient, avant de parler d'une séance académique, d'en lire au *Bulletin* le compte rendu *in extenso.* Si l'on s'en tenait aux résumés publiés la semaine dernière, on pourrait considérer le débat qui s'est élevé entre M. J. Worms d'une part et MM. G. Sée, A. Robin et Laborde d'autre part comme une controverse passionnée entre les défenseurs de la tradition clinique et les partisans de la médecine dite physiologique. Mais quelques paroles un peu trop vives ont été modifiées dans le compte rendu officiel et M. J. Worms, qui s'en était justement ému, ne peut plus trouver dans le *Bulletin* que l'affirmation d'une théorie pathogénique certainement discutable, mais appuyée sur une série d'analyses et de chiffres qui, nous le répétons, ne peuvent être combattus que par des analyses ou des chiffres nouveaux, et, de plus, en opposition avec les arguments historiques et critiques qu'il opposait à ses adversaires, l'exposé d'une doctrine au sujet de laquelle il importe de s'expliquer nettement.

Nous ne pensons pas, en effet, qu'il se trouve à l'Académie — ou même en dehors d'elle parmi les cliniciens vraiment studieux et au courant des progrès scientifiques — un seul médecin qui prétende nier les services rendus à la pratique médicale par l'expérimentation physiologique et les recherches de laboratoire. Or en relevant aussi vivement qu'ils l'ont fait les dernières paroles de leur collègue, MM. G. Sée, A. Robin et Laborde avaient paru croire que M. J. Worms déniait à la clinique expérimentale, en particulier à l'analyse chimique des produits excrétés et à l'interprétation scientifique des résultats obtenus par cette analyse, le droit d'intervenir pour guider les essais thérapeutiques du praticien. La *Gazette hebdomadaire,* dont M. J. Worms a été l'un des plus fidèles collaborateurs, serait ingrate à son égard si elle n'accueillait à ce point de vue la protestation qu'il oppose à cette allégation ; si elle ne rappelait à son tour les communications qu'il lui a données sur divers sujets de médecine pratique, en particulier sur l'*ovariotomie.* Il y a donc eu, à cet égard, un malentendu qu'il importe de réduire à ses justes proportions. Nul ne conteste la nécessité de rechercher par l'étude minutieuse de tous les éléments morbides les conditions pathogéniques de la maladie. Ce que l'on pourrait considérer comme critiquable, ce serait la prétention de faire table rase des observations cliniques et de soutenir qu'une série d'expériences de laboratoires doit seule guider le clinicien dans l'application des remèdes. Nous nous sommes déjà à diverses reprises assez longuement expliqué à cet égard pour pouvoir être très bref aujourd'hui. Au point de vue thérapeutique, avons-nous dit, l'action physiologique du médicament, c'est-à-dire l'appréciation de ses effets sur l'homme sain ou sur les animaux n'explique que rarement son action spécifique dans les maladies où on le prescrit. Quand nous administrons à un homme sain de l'opium, du mercure ou du sulfate de quinine, nous déterminons chez lui de la somnolence avec rêvasseries et embarras gastrique, ou bien de la stomatite avec salivation, ou enfin des bourdonnements d'oreille et de la céphalée congestive. Ces effets dits physiologiques pourraient-ils donner au médecin l'idée d'administrer l'opium contre la douleur, le mercure contre la syphilis, le sulfate de quinine contre la fièvre intermittente? Voici d'autre part un malade atteint de névralgies très douloureuses. En vain nous l'aurons traité par tous les médicaments dits antinévralgiques. Mais, si l'observation clinique nous apprend qu'il est syphilitique, paludéen ou arthritique, c'est à l'aide du mercure ou de l'iodure de potassium, du sulfate de quinine, ou enfin du salicylate de soude que nous arriverons à le guérir. Dans tous ces cas, c'est-à-dire lorsqu'il s'agit de maladies spécifiques, c'est la notion clinique seule qui dicte la médication, c'est la spécificité empiriquement reconnue du remède qui permet un traitement efficace.

Alors, au contraire, qu'il s'agit de maladies diathésiques, alors qu'il convient de combattre un vice de la nutrition par une série de médicaments dont les effets sur l'assimilation ou la désassimilation des tissus ont été longuement et sérieusement analysés ; dans ces cas si complexes et d'une interprétation si difficile, le progrès n'est possible que si l'on possède une conception doctrinale de la maladie, si

l'on connaît bien l'évolution des accidents morbides et l'action physiologique des médicaments employés.

Le moment est-il venu, en ce qui concerne le diabète, de considérer les nouveaux chiffres fournis par M. A. Robin comme de nature à modifier les conceptions doctrinales que l'immense majorité des médecins considèrent comme justes et démontrées par les belles recherches de M. Bouchard? Nous avons dit pourquoi il n'appartenait qu'aux savants en mesure de diriger et de contrôler eux-mêmes les expériences nécessaires de répondre à cette question. Et c'est pourquoi il nous est impossible d'apprécier soit la consciencieuse étude que M. J. Worms a cru devoir faire des travaux dus aux chimistes contemporains, soit la réponse que lui a adressée M. G. Sée. Nous ne voulons retenir de cette discussion que cette seule conclusion : quelle que soit la conception doctrinale qu'on puisse se faire du diabète et de ses manifestations cliniques, la médication à opposer, dans chaque cas particulier, aux accidents observés, doit varier suivant la forme et la nature de ceux-ci et suivant la constitution du malade. Il n'existe pas de médication spécifique du diabète. Tel sujet guérira rapidement et restera guéri durant de longues années en suivant exclusivement les préceptes d'hygiène physique et alimentaire si bien indiqués par Bouchardat; tel autre se trouvera bien de la médication opiacée associée à la belladone et à la valériane; l'arsenic et les sels de lithine conviendront mieux à un troisième diabétique; les préparations de quinquina, les alcalins et le bromure de potassium réussiront dans d'autres cas. Le rôle du clinicien doit être de rechercher quelle est la médication vraiment utile dans un cas déterminé. Un jour viendra, il convient de l'espérer, où la physiologie expérimentale lui indiquera pourquoi cette médication est préférable à celles qui, en d'autres circonstances, réussissent contre les accidents diabétiques. Mais la multiplicité même des médicaments vraiment utiles — et toujours inoffensifs quand ils sont prescrits avec sagacité — montre que pour le diabète comme pour la plupart des maladies la clinique thérapeutique a précédé la thérapeutique rationnelle ou physiologique. Et longtemps encore il en sera de même!

— M. G. Sée a fait connaître à l'Académie un nouveau diurétique, la lactose, qui, s'il tient toutes les promesses faites en son nom, devra remplacer, dans les hydropisies dues à des maladies du cœur, tous les diurétiques connus jusqu'à ce jour. Comme la lactose est inoffensive et comme les cas où son emploi peut devenir utile sont des plus fréquents, il n'est point douteux que tous les médecins tiendront à l'expérimenter.

Si l'on peut, grâce à elle, éviter les inconvénients du régime lacté exclusif, si souvent mal toléré, si souvent difficile à continuer, les cliniciens auront certainement une ressource précieuse pour combattre les hydropisies d'origine cardiaque. Quant à la glycosurie et à l'azoturie que produirait *toujours* l'administration exclusive du lait, elles nous paraissent moins fréquentes que ne semble le faire croire l'une des conclusions du mémoire de M. G. Sée. Quoi qu'il en soit d'ailleurs, on ne peut qu'applaudir à l'introduction en thérapeutique d'un médicament qui serait un diurétique aussi précieux que fidèle.

— Un concours de gymnastes se tient en ce moment à Vincennes. Un campement a été établi pour les recevoir, et le *Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine* a été chargé d'étudier les conditions hygiéniques de ce campement. C'est M. le médecin inspecteur général L. Colin qui a bien voulu indiquer, dans un savant rapport, toutes les mesures à prendre pour rendre ce campement tout à la fois salubre et inoffensif. Tout n'était point, en effet, à louer dans l'installation projetée. « Au point de vue des surfaces et du nombre des occupants, dit M. L. Colin, ce campement est loin de répondre aux règles de la castramétration. Il offrirait même, en cas d'occupation plus prolongée, les inconvénients de l'encombrement; inconvénients auxquels la brièveté du séjour des gymnastes ne donnera pas sans doute le temps de se développer, et qui vraisemblablement seront conjurés par un nombre plus ou moins considérable d'absences individuelles pendant la nuit. »

Le service des eaux n'a pas paru irréprochable; mais une entente intervenue avec une compagnie pour le transport de toutes les matières excrémentitielles (urines, matières fécales) et des eaux résiduaires des cuisines, assure au moins la salubrité du sol. Toutefois, l'installation insuffisante des urinoirs et des latrines est signalée sans réticences. L'éminent rapporteur proteste contre l'insuffisance de places ou de tinettes représentées par l'ensemble des latrines; il affirme la nécessité de disposer de nouveaux cabinets en divers endroits du camp destiné aux gymnastes et l'opportunité de multiplier les entrées à chaque latrine.

Dans cet intéressant rapport, M. L. Colin rappelle que l'ensemble des mesures à prendre dans les cas de ce genre doit avoir pour base non seulement la protection des agglomérations destinées à occuper un camp, mais encore et surtout la prophylaxie des maladies qui pourraient atteindre les populations avoisinantes.

« Nous avons constaté parfois dans l'armée, dit le savant rapporteur, l'immunité de certains contingents qui viennent brusquement, pendant une période momentanée de déplacements, de manœuvres, doubler, tripler l'effectif de la population d'une caserne; mais il peut arriver en pareilles circonstances, et j'en ai cité des exemples, que l'inconvénient de ces agglomérations exceptionnelles, nul pour ceux qui les ont produites, se traduit ultérieurement par l'action sur la population habituelle de la caserne, alors même qu'elle est rentrée dans ses conditions numériquement normales, des germes pathogènes laissés par ces agglomérations. »

Le rapport se termine par l'énumération des mesures jugées nécessaires pour assainir dans la mesure du possible, et rendre moins nocive pour la population ambiante, et en particulier pour l'agglomération militaire du fort, l'installation des gymnastes qui sont venus camper au polygone de Vincennes. Espérons que l'on tiendra compte, non seulement pour le présent, mais pour l'avenir, de ces utiles conseils.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

De l'administration de la créosote aux phthisiques.

On peut prescrire ce médicament antiseptique et parasiticide, soit *à l'intérieur* par la voie buccale; soit *à l'extérieur*, en topiques appliqués sur la peau, en injections par la méthode hypodermique et en pulvérisations par la voie pulmonaire.

1° *A l'intérieur*. Par la voie buccale on l'administre seule, en pilules et en potion, ou associée à l'huile de foie de morue, aux arsenicaux et au quinquina.

Les *pilules créosotées* de M. Bouchard se prescrivent à la dose de huit à dix par jour, à raison d'une toutes les heures. Elles se formulent ainsi :

Créosote	10 grammes.
Savon amygdalin pulvérisé et séché à l'étuve	25 —

Pour 100 pilules.

La *potion alcoolique créosotée*, de Valentin Gilbert (de Genève), contient :

Créosote	3 grammes.
Rhum	75 —
Sirop de Tolu	45 —
Eau	100 —

Une cuillerée à bouche par jour dans une verrée d'eau.

L'*huile de foie de morue créosotée*, formulée par M. Bouchard, renferme :

Créosote	50 grammes.
Huile de foie de morue	q. s. pour 1 litre.

Prendre chaque jour une à deux cuillerées à bouche. Chaque cuillerée à bouche contient 75 centigrammes de créosote. On peut remplacer l'huile de foie de morue par l'huile de faînes.

Le *vin de quinquina créosoté et arsenié* est souvent employé par les médecins suisses. Voici une de ses formules :

Créosote	4 à 5 grammes.
Arséniate de soude	0gr,04 à 0gr,05
Vin de quinquina au malaga	1000 grammes.

A prendre à raison de deux à trois petits verres par jour au moment des repas.

2° *A l'extérieur*. M. Valentin Gilbert recommande les *frictions* sous les aisselles, en avant et en arrière du thorax, avec la pommade suivante :

Créosote	5 grammes.
Lanoline	ãã 25 —
Axonge	ãã 25 —
Huile d'olives	ãã 25 —

En frictions tous les soirs, avant de se mettre au lit. — Les vapeurs créosotées, en se dégageant à la chaleur du corps, « baigneraient le malade dans son lit. »

En *injections hypodermiques*. M. Gimbert (de Cannes) prescrit des solutions huileuses de créosote au quinzième, qu'il injecte sous la peau à raison de 10 à 30 centimètres cubes au moyen d'un appareil à pression d'air.

Bien pratiquées, ces injections ne provoqueraient pas de douleur et seraient indiquées dans les cas d'intolérance stomacale.

En *pulvérisations continues*. Pour réaliser le séjour dans une atmosphère créosotée, on impose l'usage, soit d'inhalations, soit de pulvérisations permanentes avec la solution suivante (Dupret) :

Créosote	15 à 20 grammes.
Eau alcoolisée	1000 —

Ch. Éloy.

REVUE DES COURS ET DES CLINIQUES

RÉUNIONS CLINIQUES HEBDOMADAIRES DES MÉDECINS DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS.

Xanthome glycosurique intermittent; xanthome des diabétiques. — On sait qu'à côté du xanthome ordinaire ont été décrits quelques cas de xanthome observés chez des sujets diabétiques : ces cas présentent des caractères suffisamment tranchés pour que l'on soit autorisé à en faire une variété de xanthome. Les observations sont encore en petit nombre; les plus intéressantes ont été rapportées par des auteurs anglais et surtout par Malcolm Morris. M. *Besnier* a déjà pu observer quatre cas de cette curieuse forme de xanthome; c'est le quatrième dont il s'agit ici. Quelques particularités distinguent le xanthome des diabétiques du xanthome ordinaire, à savoir : 1° la fréquence plus grande de localisations buccales; 2° l'absence ordinaire (mais non constante, comme on l'a dit) des plaques de xanthome aux paupières; 3° la présence de phénomènes subjectifs, prurit, douleurs spontanées ou provoquées, plus marqués que dans le xanthome commun; 4° enfin, l'évolution. A l'inverse du xanthome commun, qui reste habituellement indéfiniment stationnaire, le xanthome glycosurique évolue par poussées, disparaissant pour reparaître ensuite, mais sans laisser de traces de son passage. C'est pourquoi on l'a appelé *xanthome temporaire des diabétiques* (Chambard), dénomination à laquelle M. Besnier préfère celle de *xanthome glycosurique intermittent*. Il est vraisemblable d'admettre que, dans ce cas, le xanthome et la glycosurie ne dépendent pas l'un de l'autre, mais relèvent d'un même trouble dyscrasique; le trouble de la fonction hépatique est dans ce cas, comme dans les autres xanthomes, la cause occasionnelle probable de la production du xanthome. (Séance du jeudi 7 mars 1889.)

Alopécie par grattage. Trichomanie. — Bien des gens, des enfants surtout, ont la manie de manger leurs ongles ou bien d'arracher leurs cheveux d'une façon véritablement inconsciente. Il est rare cependant de voir cette manie se produire à un degré aussi grand que sur un malade présenté par M. *Hallopeau*, lequel offrait des plaques d'alopécie dans les cheveux et les sourcils, telles qu'à première vue, on eût pu croire que cet homme était atteint de pelade. — M. *Besnier* a vu un enfant qui, jour et nuit, s'arrachait les cheveux, pour les manger; il avait l'air d'avoir été épilé. (Séance du 7 mars 1889.)

Erythème vacciniforme syphiloïde ou syphiloïde vacciniforme infantile. — Il s'agit ici d'une de ces éruptions génitales et périgénitales des jeunes enfants, qui ont été jusqu'alors à peu près toujours confondues avec la syphilis. Plusieurs cas, observés dans ces deux dernières années à l'hôpital Saint-Louis (Besnier, Hallopeau, Feulard), ont attiré l'attention sur ce sujet et permis de les séparer de la syphilis. — L'éruption se présente, le plus souvent, chez les petites filles, et sous forme d'éléments qui rappellent exactement les plaques syphilitiques discoïdes; elle siège sur la région vulvaire, la face interne des cuisses, parfois les aines, les plis interfessiers. On en trouvera quelques exemples au musée de l'hôpital Saint-Louis (collect. de M. Fournier, n° 385, et collect. générale, n°s 1261, 1332). M. *Besnier* présente un nouvel exemple de cette affection. Ce qu'il y a surtout de caractéristique, c'est la marche qui tend à la guérison spontanée, et assez rapidement, sitôt que des soins rigoureux de propreté ont été pris, et que les liquides, urines et garde-robes, ne viennent plus souiller et irriter la peau de l'enfant. (Séance du 7 mars 1889.)

Pityriasis pilaire. — M. *Vidal* présente un jeune malade atteint de cette curieuse dermatose, dont l'honneur de la

description revient à Devergie, et que MM. Besnier et Richaud ont appelé *pityriasis rubra pilaire*. M. Vidal n'admet pas l'épithète *rubra*, craignant qu'elle ne serve à mettre dans l'esprit une confusion par rapport au pityriasis rubra de Hebra. Chez cet enfant, l'affection remonte à huit mois; elle a débuté dans la région du dos et des lombes et s'est peu à peu généralisée. Elle se caractérise par la kératinisation des follicules pileux, au niveau desquels se trouve souvent une petite squame blanchâtre; ces follicules forment ainsi une série d'aspérités qui donnent au doigt la sensation d'une râpe. Chez cet enfant, la face dorsale des mains et des doigts, si ordinairement prise, est encore indemne; le cuir chevelu présente déjà une production exagérée d'épiderme, mais il n'y a pas encore cette abondante desquamation qui se trouve à une période plus avancée. Cette affection a été considérée à tort, par les auteurs américains, comme devant être rapprochée de l'ichtyose, c'est une erreur : elle se rapprocherait plutôt du psoriasis. Le traitement qui a réussi le mieux à M. Vidal est justement un traitement analogue à celui qu'il emploie dans le psoriasis, les onctions avec le glycérolé d'amidon à l'huile de cade. (Séance du 14 mars 1889.)

Gomme scléreuse chronique du muscle jambier antérieur ou de son aponévrose. — Les gommes musculaires et aponévrotiques ne sont pas chose fréquente. Ce sont surtout les muscles de la jambe qui se trouvent atteints, et plus particulièrement ceux de la région postérieure. On sait que, sans compter la langue, un autre muscle, le sterno-mastoïdien, est assez souvent atteint de gomme. Sur une malade entrée à l'hôpital pour une syphilide tuberculo-ulcéreuse de la région sternale, M. *Fournier* a observé une petite tumeur ovoïde, située à la partie antérieure de la jambe gauche, paraissant faire corps avec le muscle jambier antérieur ou au moins avec son aponévrose. Elle est dure, reste immobile et date de trois années déjà. Cette longue évolution, sans ramollissement, n'est pas une chose rare pour les gommes musculaires, qui peuvent ainsi présenter une durée presque indéfinie; au bout d'un certain temps, elles s'organisent, se durcifient, et le traitement n'a aucune action sur elles. (Séance du 21 mars.)

Lupus érythémateux des mains. — Le lupus érythémateux, assez fréquent, comme on sait, au visage, se rencontre rarement sur les extrémités. M. *Vidal* présente une jeune fille de quatorze ans, qui est atteinte de lupus érythémateux sur la face et sur les mains. Le lupus érythémateux des mains présente de grandes analogies d'aspect avec les engelures; ce sont ces lésions qu'Hutchinson a décrites sous le nom de *chilblain lupus, lupus engelure*. Chez cette enfant, les lésions occupent le bord externe et le bord interne des mains, la face dorsale de toutes les phalanges de tous les doigts, la face palmaire des troisièmes phalanges; elles forment des plaques arrondies ou allongées, un peu déprimées au centre, blanc grisâtre, entourées d'une zone saillante rouge violacé. Les engelures dont cette enfant a été atteinte auparavant ont certainement joué le rôle d'une cause d'appel pour le lupus; elles sont aussi la cause de la symétrie des lésions. Si l'on avait quelque doute, le diagnostic se ferait avec l'état de la face, qui présente, sur les joues et sur l'extrémité du nez, des lésions indiscutables de lupus érythémateux.

M. Vidal se propose de traiter cette enfant par des applications de savon de potasse dissous dans l'alcool, et, si cela ne suffit pas, par des applications de compresses enduites de savon noir, en prolongeant suffisamment ces applications pour provoquer un certain degré d'inflammation. — M. *Besnier* rapporte cette affection à la tuberculose cutanée. Souvent il a fait l'enquête étiologique et retrouvé la tuberculose. C'est une forme qui se voit souvent chez des sujets de la campagne, exposés au grand air et aussi à la contagion tuberculeuse par le contact répété de leurs mains avec des objets divers souillés par des animaux et surtout des vaches tuberculeuses. La symétrie des lésions, dans ce cas, ne doit pas faire rejeter leur origine externe. Elle tient à la présence antérieure des engelures qui ont servi symétriquement de porte d'entrée à l'infection.

M. *Vidal* fait observer que, parmi les nombreux malades atteints de lupus qu'il a soignés en ville par les scarifications, deux seulement sont tuberculeux, et il rappelle que, dans les expériences d'inoculation de lupus aux animaux, faites par M. Leloir, une des premières avec résultat positif de tuberculose, avait été faite avec du lupus érythémateux. (21 mars 1889.)

Pseudo-paralysie syphilitique de Parrot. — On sait en quoi consiste cette manifestation assez rare de la syphilis infantile. Parrot, qui l'a décrite, en avait fait une affection très grave, comportant un pronostic fatal. Cela tient à ce que Parrot observait dans des conditions de mauvais terrain, à l'hôpital des Enfants-Assistés. Depuis, d'autres observations ont été fournies, terminées, au contraire, par la guérison; si bien que l'on peut dire que cette manifestation n'a pas de pronostic propre défavorable, mais que sa gravité dépend de l'état général du petit sujet.

M. *Fournier* montre une petite fille de trois mois, syphilitique héréditaire, atteinte de syphilide faciale confluente, et qui, sous ses yeux, dans son service, a présenté une pseudo-paralysie du bras droit, actuellement guérie. Le curieux est que cette manifestation est survenue alors que l'enfant était déjà en traitement depuis dix jours, et que les syphilides cutanées étaient en voie de disparition. (28 avril 1889.) H. F.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale

Recherches sur l'action thérapeutique de la coronille dans les affections cardiaques, par M. le docteur Spillmann, professeur de clinique médicale, et M. le docteur Haushalter, chef de clinique à la Faculté de Nancy.

(Fin. — Voyez le numéro 23.)

Voici maintenant deux observations dans lesquelles la coronille n'a eu qu'un effet utile insignifiant :

Obs. IX. *Emphysème, dilatation du cœur droit.* — Homme, quarante-huit ans, emphysémateux, et atteint de bronchite chronique, présente les signes d'une dilatation du cœur droit, cyanose, œdème léger des membres inférieurs, dyspnée, urines rares, 500 c. c.; pouls régulier, petit.

Le 2 mars. — Coronilline, 30 centigrammes.

Le 3. — Urines, 750 c. c. Le malade respire un peu plus facilement. Coronilline, 30 centigrammes.

Le 4. — Urines, 1000 c. c. Coronilline, 30 centigrammes.

Le 5. — Urines, 600 c. c.

La dyspnée, la cyanose, l'œdème persistent, mais à un état peut-être un peu moindre qu'avant l'administration de la coronilline.

Obs. X. *Myocardite, asystolie.* — Femme, soixante-quatre ans, entrée le 23 juillet 1888. Depuis une atteinte de rhumatisme articulaire, remontant à dix ans, est sujette à des palpitations. Depuis un mois, asystolie, cyanose, orthopnée, pouls petit, dépressible; bruits du cou sourds, irréguliers.

Le 25 juillet. — Potion avec extrait de coronille, 1 gramme.

Le 26. — La malade respire mieux, l'œdème a diminué, le pouls est plus ample, mais toujours irrégulier; plusieurs selles diarrhéiques; on n'a pu pour cette raison conserver les urines. Extrait de coronille, 1 gramme.

Le 27. — Même état. Extrait de coronille, 1 gramme.

Le 28. — Les urines sont rares, 700 c. c., sédimenteuses.

Le 29. — Le pouls est petit, irrégulier. Cyanose, dyspnée.
Le 6 août. — Extrait de coronille, 1gr,50.
Le 7. — Pas d'amélioration.
Les 9, 10, 11. — Digitale, 40 centigrammes.
Le 12. — Œdème moindre, pouls plus régulier, moins de dyspnée.
Le 17. — Réapparition des symptômes d'asystolie. Coronilline, 1 centigramme.
Le 18. — Pas d'effet. Coronilline, 2 centigrammes.
Le 19. — Pas d'effet.

Voici enfin, résumées, les observations des malades auxquels la coronille n'a apporté aucun soulagement:

Obs. XI. *Myocardite. Asystolie.* — Femme, soixante-dix ans, entrée le 9 mai 1888, éprouve de la dyspnée depuis deux ans. A son entrée, la malade présente l'aspect de la cachexie cardiaque; œdème des membres inférieurs, dilatation des veines du cou, cyanose, pouls petit, irrégulier, dépressible; pas d'hypertrophie du cœur; bruits sourds, précipités; urines rares, sédimenteuses.

Les 13, 15 et 16 mai, la malade prend une potion avec 1 gramme d'extrait de coronille. Pas d'amélioration, la malade succombe.

Obs. XII. *Insuffisance mitrale.* — Femme, vingt-sept ans, sujette à des palpitations depuis cinq à six ans. Étant enceinte de huit mois, il y a quatre mois, a commencé à avoir de l'œdème des membres inférieurs; en asystolie depuis deux mois.

Entre à l'hôpital le 11 août 1888. Orthopnée, pouls petit, filiforme, irrégulier, œdème généralisé; congestion du foie, souffle systolique mitral. Urines rares et foncées, 500 c. c.
Le 2 août. — Extrait de coronille, 1 gramme; il est vomi une demi-heure après l'ingestion.
Le 3. — Même état de l'asystolie. Extrait de coronille, 1 gramme.
Le 4. — Aucune amélioration. Extrait de coronille, 1 gramme.
Le 5. — Même état. Extrait de coronille, 1 gramme.
Le 7. — Même état. Extrait de coronille, 1 gramme.
Le 8. — L'asystolie s'aggravant toujours, on prescrit une infusion avec herbe de digitale de 40 centigrammes.
Le 12. — Après trois potions de digitale, l'asystolie ne s'est pas modifiée.
Le 15. — 2 centigrammes de coronilline.
Le 16. — 2 centigrammes de coronilline.
Le 17. — 2 centigrammes de coronilline. Aucune amélioration.
La malade tombe bientôt en état de cachexie cardiaque complète et succombe.

Obs. XIII. *Insuffisance mitrale. Asystolie.* — Homme, cinquante-deux ans, marcaire; insuffisance mitrale, œdème généralisé depuis un an, entre à l'hôpital en septembre 1888, avec œdème des membres inférieurs, urines rares, dilatation des veines du cou, cyanose; souffle systolique mitral à la pointe, hypertrophie du cœur gauche, athérome artériel, pouls irrégulier et inégal, est soumis au traitement par la digitale.
En novembre, accès nouveau d'asystolie.
Le 28 novembre. — On prescrit 20 centigrammes de teinture de coronille.
Le 29. — 20 centigrammes de teinture de coronille. Un peu de diarrhée.
Le 30. — 30 centigrammes de coronille. Le pouls reste irrégulier et inégal; mêmes signes d'asthénie cardiaque.
Le 1er décembre. — 24 centigrammes de coronille. L'état de la circulation ne se modifiant pas, la coronille est suspendue.

Obs. XIV. *Insuffisance mitrale, asystolie prononcée.* — Homme, cinquante-deux ans, maçon, présentant les symptômes d'une insuffisance mitrale non compensés; pouls petit, irrégulier, œdème pulmonaire, œdème des membres inférieurs, cyanose, etc.; urines rares, 800 c. c. Prend les 6, 7, 8, 9 février 1889, de 15 à 30 centigrammes de coronilline chaque fois; les symptômes restent les mêmes, la diurèse n'augmente pas. Ultérieurement les symptômes de l'asystolie sont notablement amendés par le strophantus et la digitale.

Obs. XV. *Pneumonie chronique, dilatation du cœur droit.* — Femme, cinquante ans, symptômes consécutifs à une dilatation passive du cœur, résultant d'une pneumonie chronique.

Le 8 février, un an après l'apparition des premiers symptômes de dilatation du cœur, œdème généralisé, urines rares, 150 c. c.; dilatation des veines du cou; pouls irrégulier, filiforme, état comateux.

Deux potions, avec 30 et 50 centigrammes de coronilline, n'ont aucune action sur la circulation, non plus que la digitale, le strophantus et la caféine; et la malade succombe en asystolie.

Obs. XVI. *Insuffisance mitrale, asystolie, cachexie cardiaque.* — Homme, cinquante et un ans, ayant subi, il y a cinq ans, une atteinte de rhumatisme articulaire aigu, entre le 22 mars 1889 avec les symptômes d'une insuffisance mitrale non compensés, cyanose, dilatation des veines du cou, œdème, urines rares, 250 c. c., congestion du foie, orthopnée, pouls petit, régulier, dépressible, insomnie.
Le 23 mars. — Urines, 250 c. c. Coronilline, 30 centigrammes.
Le 24. — Urines, 250 c. c. Même état de l'asystolie. Coronilline, 30 centigrammes.
Le 25. — Urines, 500 c. c. Coronilline, 60 centigrammes.
Le 26. — Les symptômes de l'asystolie s'aggravent. La digitale et le strophantus, prescrits tour à tour, n'ont aucune action.

Obs. XVI. *Obésité, surcharge graisseuse du cœur.* — Femme, cinquante ans, très obèse, entre en octobre 1888 avec les symptômes de dégénérence graisseuse du myocarde, cyanose légère des lèvres, œdème léger au niveau des malléoles, dyspnée, bruits du cœur sourds, pouls régulier, égal, mou.
Les 27, 28, 29, 30, 31 octobre, elle prend 4 centigrammes de coronilline; il ne se produit aucune amélioration.
Le 19 mars, en face des mêmes symptômes qu'à l'entrée de la malade, on administre 60 centigrammes de coronilline, qui provoquent des vomissements et de la diarrhée pendant toute la nuit, avec abaissement et accélération du pouls.

Une analyse rapide des cas dans lesquels fut administrée la coronille fera ressortir, mieux que le résumé des observations, quelle fut l'influence du médicament.

Analyse des cas dans lesquels la coronille eut une action utile. — Sur les huit cas où la coronille eut une action utile, cinq fois elle fut donnée sous forme d'extrait, trois fois sous forme de coronilline; le nombre des cas sur lesquels nous avons expérimenté, est loin d'être assez élevé pour que nous ayons le droit de conclure que la coronilline est moins efficace que l'extrait alcoolique.

Dans tous ces cas, les malades étaient à un degré assez avancé d'asystolie : cinq fois cette asystolie était le fait d'une dégénérescence du cœur combinée à une altération des vaisseaux, trois fois elle résultait d'une insuffisance mitrale dont la compensation était rompue.

Le médicament était administré en général trois ou quatre jours de suite; dans la plupart des cas, il fut répété chez le même malade une série de fois à des intervalles plus ou moins éloignés.

Le maximum de l'effet utile se produisit en général de vingt-quatre à trente-six heures après l'administration de la première dose; les doses ultérieures ne servaient qu'à maintenir cet effet, sans du reste l'augmenter beaucoup; en général vingt-quatre heures après la dernière dose le malade retombait dans l'état où il se trouvait avant l'administration du médicament; une seule fois (obs. I), dans un cas où il s'agissait d'une première atteinte légère d'asystolie chez un alcoolisé athéromateux, l'amélioration fut persistante et définitive après quatre doses de coronilline. De ces faits il ressort que le principe actif ne s'accumule pas dans l'organisme.

Quant à l'effet utile, pour l'apprécier à sa juste valeur, nous passerons rapidement en revue l'action de la coronille sur le pouls, la diurèse, les hydropisies, la dyspnée.

Pouls. — Les courbes du chiffre des pulsations et les tracés sphygmographiques du pouls, pris avant et après l'administration de la coronille, nous ont montré que la coronille n'a eu, dans les cas où nous l'avons donnée, qu'une influence peu accentuée sur le chiffre des pulsations

ou le rythme du pouls. Dans aucun des cas observés un pouls très irrégulier n'a été complètement régularisé par la coronille; plusieurs fois il fut simplement moins irrégulier après son administration; quant au chiffre des pulsations par minute, dans certains cas, il ne sembla nullement modifié pendant l'administration de la coronille, d'autres fois il fut supérieur et d'autres fois inférieur à ce qu'il était avant. — Quant à l'amplitude du pouls, elle fut accrue dans des proportions variables durant tout le temps de l'administration du médicament.

Diurèse. — L'effet le plus net produit par la coronille fut certainement l'augmentation de la quantité des urines; de vingt-quatre à trente-six heures après l'administration de la première dose, le chiffre des urines atteignait son maximum; en général, durant tout le temps de l'administration du médicament, ce chiffre se maintenait au taux de 2 litres à 2 litres et demi, pour diminuer aussitôt que le médicament était suspendu; dans deux cas, les urines arrivèrent au chiffre de 3 à 4 litres. (Voy. les tracés I et II.)

Hydropisies. — Les hydropisies, la cyanose, les dilatations veineuses, sauf dans l'observation I, n'ont jamais disparu complètement sous l'influence de la coronille : en général, ces symptômes étaient simplement amendés pendant l'action du médicament.

Dyspnée. — La dyspnée et l'insomnie dans quelques cas subissaient pendant l'administration du médicament un moment de répit.

En somme, l'effet utile de la coronille, dans les huit cas où il fut obtenu, se résume dans une diminution des œdèmes, une augmentation de la diurèse, une sensation subjective de bien-être relatif, résultant surtout d'une dyspnée moindre; tous effets provenant de l'accroissement passager de la tension sanguine, conséquence de l'action du principe actif de la coronille sur le muscle cardiaque.

Mais, pour juger de la valeur réelle de la coronille, en tant que médicament cardiaque, il serait utile de pouvoir comparer ses effets, dans les mêmes cas, à ceux d'un autre médicament cardiaque bien connu, tel que la digitale. Comme nous l'ont montré nos observations, dans les cas où la coronille avait une action utile, la digitale était capable de produire à la même période une amélioration sensible : il ne nous a pas semblé que dans ces cas l'effet de la digitale fût notablement supérieur à celui de la coronille. Dans la plupart des cas, il arriva un moment où la coronille perdait son effet utile sur les symptômes de l'asystolie : à la même période, la digitale restait tout aussi inefficace. Nous devons ajouter que nous n'attachons pas grande valeur à la comparaison entre le degré d'action de la digitale et celui de la coronille, telle que nos observations nous ont permis de la faire : car les malades sur lesquels nous avons expérimenté étaient tous plus ou moins en état de cachexie cardiaque, et leur myocarde dégénéré n'était plus guère en état de répondre bien énergiquement à aucun des excitants de sa contractilité.

Analyse des cas où l'action de la coronille fut minime. — Chez les malades, auxquels ont trait les observations IX et X, la coronilline dans un cas, l'extrait de coronille dans l'autre, n'ont amené qu'une amélioration insignifiante; dans l'observation X, en particulier, après l'administration de 1 gramme d'extrait de coronille, l'œdème diminua un peu, le pouls devint plus ample, la dyspnée s'amenda, mais cette amélioration fut toute passagère et ne se reproduisit pas avec la seconde dose du médicament; la digitale, donnée trois jours de suite, ne provoqua également qu'une amélioration insignifiante et de courte durée.

Analyse des cas dans lesquels la coronille n'eut aucun effet utile. — Dans sept cas la coronille ne produisit aucune amélioration de l'asystolie; dans quatre de ces cas, la digitale était tout aussi impuissante; dans un cas, la digitale et le strophantus amendèrent des accès d'asystolie sur lesquels la coronille n'avait eu aucun effet; dans les deux autres cas, les malades étant arrivés à la dernière période de la cachexie, la digitale ne fut pas essayée.

Nous terminerons l'analyse des effets de la coronille, en signalant les inconvénients, que, dans certains cas, elle nous a paru présenter : nous avons signalé déjà la saveur amère des potions de coronille; l'administration de la coronille par la voie stomacale détermine la plupart du temps un état nauséeux, et provoque quelquefois des vomissements, qui ont souvent pour effet le rejet du médicament après son ingestion; plus souvent encore la coronille détermine une diarrhée séreuse, qui dans quelques cas a été très abondante; ces accidents nous ont obligé chez certains malades à suspendre le médicament.

Nous avons vu plus haut que le principe actif semble être modifié dans le tube digestif, puisque des doses qui seraient mortelles quand on les introduit dans le sang, sont sans effet, quand on les administre par la voie stomacale; pour remédier à ces inconvénients, et surtout pour changer la voie d'absorption du médicament, nous avons, dans deux cas, injecté sous la peau 1 centimètre cube de solution contenant un demi-milligramme de coronille; il ne se produisit aucun effet thérapeutique, et dans la région où avait été pratiquée l'injection, il se développa un œdème douloureux assez étendu.

Cette étude, basée sur un nombre limité d'observations, mérite de nouvelles recherches que nous comptons bien poursuivre. Nous tirerons des quelques faits étudiés les conclusions suivantes :

1° La coronille peut être considérée comme un médicament cardiaque, capable de modifier dans un sens favorable un certain nombre de symptômes résultant d'un défaut d'énergie du myocarde.

2° Les effets utiles, quand ils se produisent, suivent rapidement l'administration du médicament, mais cessent en grande partie dès qu'on vient à le supprimer.

3° Les effets consistent dans un accroissement d'amplitude du pouls, une augmentation de la diurèse, une diminution des œdèmes, un amendement de la dyspnée.

4° La coronille perd son action dans les cas où la digitale est devenue inefficace, c'est-à-dire dans les cas où le muscle cardiaque est profondément dégénéré.

5° Dans tous les cas où la coronille est efficace, la digitale l'est également.

6° L'administration de la coronille est suivie, dans quelques cas, de vomissements et de diarrhée.

Clinique chirurgicale.

NOTE SUR QUELQUES CAS DE FISTULES A L'ANUS ET D'ABCÈS DE LA RÉGION ANO-RECTALE, par M. CESTAN, interne à l'hôpital Broussais.

Les fistules à l'anus et les abcès de la région ano-rectale offrent des points nombreux de rapprochement : étiologie d'une part, traitement de l'autre; et, comme le dit excellemment notre maître, M. Reclus, dans ses *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, « *pratiquement*, on peut assimiler ces deux affections »; on sait d'ailleurs que souvent la fistule à l'anus est le dernier terme de l'évolution des collections péri-rectales. Deux méthodes se disputaient autrefois la guérison de ces dernières : l'une, avec Foubert, se contentait de l'incision simple; l'autre, défendue par Faget, voulait une intervention plus active. Celle-ci, malgré quelques dissidences, a définitivement prévalu; et comme le montrait M. de Barrau dans une thèse récente, il est de règle aujourd'hui, dans l'abcès comme dans la fistule, de sectionner sur la sonde cannelée toutes les parties qui séparent le clapier de la cavité rectale. Tantôt la muqueuse seule est

ainsi sacrifiée; d'autres fois le sphincter doit être compris dans la section; aussi a-t-on pu avec raison établir une classification de ces lésions avec le sphincter comme point de repère.

Pour les fistules à l'anus, cette division est de vieille date; Allingham le premier, Gosselin, plus tard, ont étudié le trajet des fistules et en ont montré l'importance clinique : « Quelquefois le trajet glisse sous la peau et vient rencontrer la muqueuse rectale très près de l'anus, en laissant au-dessus et en dehors de lui la plus grande partie, peut-être même la totalité de la portion externe ou sus-cutanée du sphincter anal; on appelle fistulettes cette variété de fistule que j'aime mieux nommer fistule *sous-tégumentaire;* d'autres fois et *plus souvent,* le trajet, avant d'arriver au rectum, traverse plus ou moins loin de la ligne médiane le sphincter externe et plus haut le sphincter interne; il n'est donc pas possible de faire l'incision sans couper tout ou partie de ces muscles; c'est la fistule *intra-sphinctérienne;* dans d'autres cas, enfin, l'orifice externe étant situé très en dehors, le trajet passe d'abord en dehors, puis au-dessus du sphincter; la section de toute la largeur de ces derniers est inévitable, si on fait le traitement par l'incision; la fistule est alors sus-sphinctérienne. »

Les abcès de la région ano-rectale, au contraire, étaient répartis par la plupart des auteurs en deux groupes principaux: abcès tubéreux, superficiels, siégeant à la marge de l'anus, et abcès de la fosse ischio-rectale, ceux-ci plus étendus et d'un pronostic beaucoup plus réservé. A M. Reclus revient le mérite d'avoir le premier, en 1887, donné une classification rationnelle des collections purulentes péri-rectales. Il faut les distinguer, avec lui, en trois groupes : *abcès sous-sphinctériens* ou de la marge de l'anus, encore nommés abcès tubéreux et souvent d'origine tuberculeuse, dus au ramollissement de nodules spécifiques; *abcès extra-sphinctériens* ou de la fosse ischio-rectale proprement dite, compris entre des parois ostéo-fibreuses, dont la rigidité rend l'accolement si difficile après une simple ponction; enfin, *abcès intra-sphinctériens* ou *sous-cutanéo-muqueux.* Dans ce dernier cas, la collection purulente se trouve comprise entre le sphincter en dehors, et la muqueuse en dedans, qui seule sépare le clapier de la cavité rectale, et qui seule aussi doit être sectionnée dans le débridement.

Fistules et abcès péri-rectaux peuvent donc se ramener à deux groupes principaux : lésions extra-sphinctériennes, où le muscle constricteur de l'anus est intéressé; lésions intra-sphinctériennes, ou sous-cutanéo-muqueuses, indépendantes de l'appareil musculaire péri-anal. Mais quelle est la fréquence relative de ces deux classes? Pour Gosselin, « *plus souvent,* le trajet traverse les sphincters externe et et interne; et ces muscles doivent être sacrifiés ». Allingham émet des doutes à ce sujet : « La fistule commence le plus ordinairement par la formation d'un abcès; on dit généralement qu'il siège dans la fosse ischio-rectale, mais je suis certain que c'est le cas le plus rare; ulcération de la muqueuse, abcès dans le tissu sous-muqueux, tels sont les termes habituels dans l'évolution des fistules. » Cette opinion a été confirmée; M. Reclus a montré à diverses reprises, et en particulier dans la thèse de son élève Méloche (thèse de Paris, 1888), que dans l'immense majorité des cas, le sphincter était en dehors du clapier, et que la muqueuse seule séparait le stylet intra-phlegmoneux ou intra-fistuleux du doigt introduit dans le rectum. Sur quarante-quatre cas de fistules à l'anus ou d'abcès ano-rectaux, onze, c'est-à-dire 25 pour 100, se rapportaient à la variété *sous-sphinctérienne;* quatre cas seulement, soit 9,05 pour 100, au groupe *extra-sphinctérien;* 29 fois au contraire, ou 65,9 pour 100, on avait affaire à la variété *intra-sphinctérienne* ou sous-cutanéo-muqueuse.

Notre statistique plus faible ne porte que sur six cas, qu'il nous a été donné de recueillir à l'hôpital Broussais, depuis le commencement de février. L'histoire clinique de ces malades ne s'éloigne pas d'ailleurs des données habituelles; un seul présentait une intéressante particularité; la fistule reconnaissait pour cause une côte de lapin, que l'on a retrouvée dans le trajet, prise d'abord pour une esquille sacro-coccygienne, et retirée enfin avec des pinces. Ces six cas appartenaient tous à la variété sous-cutanéo-muqueuse; la cure en a été facile et la guérison rapide.

Le dernier de nos malades, pâle, cachectique, nettement tuberculeux, était porteur d'un abcès saillant à la marge de l'anus; ici encore on put par le toucher rectal et l'introduction d'un stylet dans le clapier, se convaincre que le sphincter était en dehors de la collection.

La disposition des tuniques du rectum pourrait d'ailleurs rendre compte de la fréquence des lésions intra-sphinctériennes. La muqueuse ano-rectale présente à 2 centimètres de l'anus une couronne de véritables nids de pigeon, les valvules de Morgagni, disposées pour recevoir les corps étrangers, graines, petits os, matières fécales durcies, causes ordinaires des fistules; cette muqueuse se trouve séparée par une couche graisseuse assez lâche du plan musculaire sous-jacent. Ce dernier est, à ce niveau, épais et résistant; le sphincter interne d'une part, le sphincter externe qui l'emboîte, de l'autre, peuvent être assimilés à une virole, à une véritable gaine musculaire isolant la muqueuse de la fosse ischio-rectale. Ainsi se trouve constitué entre la paroi musculaire engainante et la paroi muqueuse un trajet cellulo-graisseux que parcourent les corps étrangers arrêtés au niveau des valvules de Morgagni; la fistule, qui en est la conséquence, est par suite intra-sphinctérienne; d'autre part, dans les cas d'abcès tuberculeux, c'est toujours dans cette couche que se développeront les collections consécutives à l'érosion de la muqueuse.

En résumé, fistules et abcès sont le plus souvent situés sous la muqueuse rectale; cette disposition en améliore de beaucoup le pronostic, puisqu'elle écarte la possibilité de l'incontinence fécale, que l'on redoutait à la suite de la section du sphincter.

Neuropathologie.

La maladie de Parkinson hémiplégique, par M. le docteur Paul Berbez, chef de clinique adjoint de la Faculté.

M. le professeur Charcot, dans une de ses leçons cliniques du mardi, désignait à l'étude un aspect rare et resté sans description de la maladie de Parkinson, méritant à plus d'un titre une mention et une dénomination spéciales. C'est cette forme que nous nous proposons d'étudier sous le nom de maladie de Parkinson hémiplégique, passant en revue son mode de début, les symptômes qui lui sont propres, et surtout les éléments du diagnostic et les maladies avec lesquelles la confusion est possible et fréquente.

Nous rejetterons d'abord le nom de paralysie agitante, dénomination doublement fausse, puisque jamais la raideur ne conduit à une paralysie, au sens propre du mot, et puisque, en second lieu, on trouve dans la clinique des cas où le tremblement fait défaut.

Les auteurs (1) qui ont étudié la maladie de Parkinson ne nous ont fourni aucun document, car, s'il est connu de tous que le tremblement uni à la raideur, la sensation de chaleur exagérée, peuvent se rencontrer dans une moitié du corps, l'autre moitié étant à peine atteinte, ou tout à fait indemne, aucun n'a mis en lumière la possibilité d'une hémi-raideur sans tremblement, simulant l'hémiplégie par ramollissement ou hémorrhagie cérébrale.

(1) Nous devons ne pas oublier Mlle Edwards qui, dans sa thèse, a abordé le sujet que nous étudions aujourd'hui. M. Blocq, dans sa thèse, s'est aussi occupé des pseudo-contractures parkinsoniennes.

Cette forme de maladie de Parkinson, consistant dans une immobilisation d'une moitié du corps, sous l'influence d'une hémi-raideur musculaire, avec indemnité ou participation de la face, semble d'autant plus rare, qu'elle est presque toujours méconnue. Nos observations tendent à démontrer qu'elle est relativement fréquente. Sur un total de vingt-huit malades observés dans le courant de l'année 1886, dans le service de M. Charcot, trois malades (G..., obs. I) (Mme P..., obs. IV) (M..., obs. II), rentrent exactement dans notre cadre.

Sept autres malades présentaient déjà un certain degré de tremblement limité à une moitié du corps, mais ce tremblement remontait à quelques semaines, et peu s'en fallait que nous pussions les donner comme atteints d'hémi-raideur, constatée *de visu*, celle-ci ayant été, d'après leurs allégations, le symptôme initial et unique pendant une période de plusieurs mois. C'est donc un total de dix malades sur vingt-huit, atteints de la forme hémiplégique sans tremblement. Chez ces dix malades, l'âge moyen était de cinquante-cinq ans. Le sexe semble indifférent. Notre statistique compte cinq femmes et cinq hommes.

Les émotions morales vives précédant souvent l'apparition brusque du tremblement n'ont ici qu'une importance secondaire. Dans deux cas, un traumatisme est mis en avant par les malades, mais nous ne lui attribuons que la valeur d'une cause déterminante.

Les antécédents personnels ou héréditaires au point de vue des maladies appartenant à la série arthritique: rhumatisme aigu ou chronique, affections cutanées, migraines, asthme, gravelle, se retrouvent ici comme pour la maladie de Parkinson régulière. Nous n'avons noté chez nos malades aucun rapport avec la série des affections nerveuses *sine materia*, telles que névroses, épilepsie, hystérie, vésanies, etc.

Description. — Le début est difficile à préciser, car la raideur s'installe lentement et progresse peu à peu. L'attention du malade est attirée alors par une inhabileté dans les ouvrages et les travaux ordinaires. La main semble souvent la première atteinte, en raison de ce que sa maladresse est appréciable, mieux que celle de l'avant-bras et du bras, qui nous rendent des services moins répétés. Quoi qu'il en soit, les malades accusent habituellement une gaucherie de la main, suivie ensuite de réduction des mouvements du bras et de l'épaule. Le pied, au même titre que la main, si nous considérons le membre inférieur, sera le premier incriminé par les malades.

Souvent, au réveil, avant même que la lenteur des mouvements ait été nettement constatée, le membre atteint est presque immobile; sa rigidité est alors nettement constatable, et s'accompagne de crampes plutôt agaçantes que vraiment douloureuses. Mais bientôt, sous l'influence des mouvements volontaires, le membre « s'échauffe » et recouvre sa souplesse habituelle. Il arrive cependant un moment où, par les progrès de la maladie, cette lutte de la volonté n'est plus possible. La maladie est dès lors constituée, et pour en venir à ce point, on constate souvent un intervalle de six mois à un an à dater du début des accidents. Le malade debout offre l'attitude spéciale à la maladie de Parkinson. Les muscles de la face sont rigides d'une façon générale, mais la rigidité prédomine dans la moitié correspondant aux membres atteints. Les rides du front, plus accusées, augmentent d'un côté l'aspect sombre du visage. La commissure labiale est entraînée et élevée de ce même côté, au même titre que dans certaines hémiplégies faciales avec contracture. Aucune secousse dans les muscles ainsi raidis, ce qui élimine l'hypothèse du spasme glosso-labié des hystériques. La langue peut même être déviée du côté affecté (Mme L..., obs. V). Dans tous les cas, cette langue est pâteuse et inhabile, sans qu'on puisse dire exactement ce qui revient dans cette maladresse à l'une ou à l'autre moitié de l'organe. *Il nous a semblé même, dans un cas, que les mouvements latéraux de la mâchoire étaient réduits d'un côté, indice d'une raideur prédominante des muscles diducteurs.* Le voile du palais reste vertical. L'occlusion des lèvres se fait mal, et les muscles élévateurs de la commissure acquérant du côté malade une influence prépondérante, il en résulte l'écoulement par l'angle commissural sain d'un long filet de salive visqueuse. L'œil semble souvent plus petit du côté atteint. L'immobilité du cou tient à la raideur de la masse des muscles de la nuque. Nous n'avons pas observé d'inclinaison bien nette du cou d'un côté. L'attitude du membre supérieur est la suivante : épaule abaissée, bras rapproché de la poitrine, avant-bras demi-fléchi sur le bras, face palmaire de la main tournée vers l'axe du corps et appuyée contre l'abdomen. Quant aux doigts, ils sont en masse, suivant la règle, déviés vers le bord cubital de la main. Le pouce, fortement appliqué contre l'index, finit par présenter un aplatissement de son bord externe, point spécial sur lequel M. Damaschino a attiré l'attention dans ses leçons professées à l'Ecole de médecine.

Au membre inférieur, nous signalerons un peu de renversement du pied sur son bord externe, un relèvement du bord interne dont l'excavation est exagérée; enfin, un transport en dedans de la pointe. La jambe est légèrement fléchie sur la cuisse. Assis, le malade reste toujours penché en avant *dans l'attitude d'une personne prête à se lever.* Signalons enfin après un long repos dans la position assise, l'immobilité persistante du membre rigide, comparée aux mouvements du membre opposés, effectués dans le but de se délasser.

C'est dans la marche surtout que nous verrons s'accentuer l'analogie avec l'hémiplégie organique, compliquée de contracture. L'immobilité du bras dans sa position, tandis que celui du côté opposé est animé du balancement physiologique, la direction du pied, dont le grand axe est parallèle à la ligne de marche, c'est-à-dire incliné en dedans, les frottements sur le sol à chaque pas, rendent facile la confusion. Tout le membre, dont les mouvements sont réduits, est comme *remorqué* par le tronc. Souvent aussi, il est projeté en avant et en dehors, le malade fauche en un mot. L'exagération de cette raideur conduit quelques malades (Mme G..., obs. I) à soulever le pied avec une courroie, dont une anse sert d'étrier au pied et dont l'autre est passée dans l'avant-bras correspondant; c'est ainsi que le bras un peu moins atteint soulève le membre inférieur, artifice souvent employé par les malades atteints d'hémiplégie vulgaire.

Une autre malade, dont le pied était immobilisé dans la rectitude, ne pouvait changer de direction sans tourner la pointe de son pied avec le bout de son bâton.

Si nous examinons dès lors les modifications survenues dans les propriétés musculaires, nous noterons tout d'abord une intégrité des réflexes du coude, du poignet, du genou; ceux-ci toutefois sont un peu masqués par la rigidité; une atrophie légère des masses musculaires; une excitabilité électrique un peu plus lente, mais normale, suivant les résultats que M. Vigouroux a eu la bonté de nous communiquer.

La rigidité du reste se combine à une immobilisation prolongée pour amener ces modifications trophiques et fonctionnelles; et celles-ci deviennent d'autant plus facilement appréciables que le malade a pris le lit, condition des plus défavorables pour une personne atteinte de maladie de Parkinson. Cette rigidité dans certains cas très rares, il est vrai, peut parfois céder ou diminuer notablement.

Les caractères de la rigidité sont parfois ceux de l'hémiplégie avec contracture en ce sens qu'il est aussi difficile d'étendre un poignet fléchi que de le fléchir davantage. Les mouvements sont très diminués et leur lenteur indique une parésie plutôt qu'une paralysie vraie. Quant à la force

dynamométrique, elle a été étudiée par M. Charcot, qui a trouvé une force supérieure dans le membre le plus atteint. M. Bourneville, qui a repris ces expériences, est arrivé aux mêmes résultats.

Les malades que nous avons examinés s'éloignent de cette règle, car nous avons trouvé constamment une diminution dans la force de pression de la main la plus rigide, et dans plusieurs cas cette différence a pu s'exprimer par les chiffres de 30 et 40 degrés.

La plupart des malades accusent une rapide augmentation de la force après un travail soutenu quand ils en sont encore capables spontanément ou après un massage énergique.

Dans la forme hémiplégique, comme dans sa forme régulière, la maladie de Parkinson est presque exclusivement motrice. Les troubles de la sensibilité ne jouent donc qu'un rôle secondaire. Nous avons cependant à mettre en avant comme un symptôme assez fréquent des douleurs, des crampes, des engourdissements dans les membres atteints de rigidité. Ajoutons que jamais ces douleurs ne sont très aiguës; toutefois elles peuvent nécessiter l'usage du chloral, ainsi que nous le voyons chez une de nos malades (Mme G..., obs. I), qui souffre chaque nuit dans ses membres rigides, au point de crier et de pleurer pendant plusieurs heures, et chez une autre malade, dont l'observation figurera dans la thèse de notre collègue M. Dubief. Nous serions tenté de rapporter ces douleurs au rhumatisme, d'autant que les malades atteints de maladie de Parkinson ont des antécédents arthritiques personnels et héréditaires, et en second lieu, presque tous ceux que nous avons observés avaient habité dans des lieux humides. La sensibilité cutanée reste normale.

Une fois seulement chez Mme P... (obs. IV), la sensation de chaleur exagée atteignait un côté seulement; le thermomètre à températures locales n'accusait aucune différence appréciable.

Diagnostic. — La maladie de Parkinson hémiplégique est confondue le plus souvent avec l'hémiplégie vulgaire, compliquée de dégénération consécutive, ou avec l'affaiblissement dû au ramollissement cérébral. Si nous considérons, en outre, une erreur de diagnostic dont nous avons été témoin, nous établirons les caractères qui serviront à distinguer de la forme que nous décrirons, les contusions du plexus brachial, quand les malades invoquent au début de leur maladie de Parkinson une contusion violente du bras ou de l'épaule. Et d'abord, séparons nettement cette forme hémiplégique de ces hémiplégies passagères observées dans la sclérose en plaques et dans la paralysie générale, hémiplégies toujours précédées d'un ictus, accident qui ne rentre pas dans le cadre de la maladie de Parkinson.

L'hémiplégie vulgaire avec dégénération consécutive offre à coup sûr de grandes analogies avec la forme que nous étudions. Même déviation de la face, même attitude des membres; le malade fauche dans les deux maladies; cependant, nous trouverons et dans la façon dont s'est produite l'hémiplégie, et dans les caractères mêmes de cette hémiplégie, des éléments suffisants de diagnostic différentiel. L'existence d'une attaque apoplectique dans l'hémiplégie organique est déjà un caractère d'une grande valeur, car, s'il peut exister une hémiplégie vraie dans le cours de la maladie de Parkinson, fait à coup sûr assez rare, l'hémiraideur que nous avons en vue s'établit d'une manière progressive dans tous les cas. De plus, la contracture consécutive à l'hémiplégie organique, quoiqu'elle puisse être précoce, ne s'observe pas dans la majorité des cas, à une époque aussi rapprochée du début des accidents que dans l'hémiplégie de la maladie de Parkinson.

Quant aux signes objectifs de l'hémiplégie que nous étudions, supposons par exemple un cas où la confusion soit presque fatale; une hémi-raideur droite, avec déviation de la langue, et de l'embarras de la parole tenant à la raideur des muscles de l'organe. Mais dans la maladie de Parkinson hémiplégique, nous notons presque toujours une diminution apparente du volume de l'œil; celui-ci paraît plus petit, les larmes, faute de clignement, s'écoulent mal et leur rétention cause de la conjonctivite chronique. Les muscles moteurs de l'œil, pour ainsi dire figés, n'impriment au globe aucun de ces mouvements si fréquents chez les personnes en bonne santé et qui contribuent à la vivacité d'expression des traits; dans l'hémiplégie organique, au contraire, nous savons que le muscle orbiculaire n'est jamais touché. Une hémiplégie faciale *a frigore* survenue chez un hémiplégique vulgaire, avec participation de l'orbiculaire, se distinguerait encore par ce fait que l'occlusion complète de l'œil dans ce dernier cas est devenue impossible, tandis que dans la maladie de Parkinson, cette occlusion se fera lentement, mais sûrement, sous l'influence de la volonté. La commissure en outre serait relevée du côté sain. Au reste la combinaison que nous avons invoquée est, il faut bien le dire, une rareté pathologique.

Joignons à cet ensemble, comme élément distinctif, l'accentuation des plis frontaux du côté rigide, fait qui ne rentre pas dans les symptômes de l'hémiplégie vulgaire avec participation de la face, et contracture consécutive des muscles de la face, le seul cas qui nous offrirait une élévation de la commissure du côté malade simulant l'hémiraideur faciale de la maladie de Parkinson.

Pour les membres, nous trouverons des caractères distinctifs qui seront comme pour la face des caractères de détail, mais bien suffisants pour éviter l'erreur. S'il est vrai que deux membres, l'un contracturé, l'autre atteint de maladie de Parkinson hémiplégique, sont l'un et l'autre dans une demi-flexion, rapprochés du corps et immobiles dans la marche pour le membre supérieur, raclant le sol et fauchant pour le membre inférieur. Nous pouvons cependant remarquer cette attitude toute spéciale des doigts accolés comme pour écrire, attitude invariable même dans les cas frustes. De plus, et ce caractère est de premier ordre, si nous tentons d'étendre les doigts ou tel segment de membre donné, nous verrons le mouvement s'effectuer quoique lentement et la raideur disparaître; c'en est assez pour dire qu'il n'y a pas contracture, puisque le mouvement provoqué et presque toujours aussi le mouvement volontaire restent possibles.

Parfois la raideur musculaire simule une contracture vraie, l'extension pas plus que la flexion ne sont possibles. S'agirait-il là d'une de ces raideurs pseudo-spasmodiques dues à des productions fibreuses, conséquences elles-mêmes d'attitudes longtemps prolongées, et de nature arthritique? Nous ne pouvons que laisser à l'étude cette question spéciale de pathogénie qui nous semble bien difficile à trancher. Les réflexes sont normaux et même un peu diminués dans la maladie de Parkinson; il y a donc là une différence notoire avec l'exaltation réflexe et la trépidation spinale, qui ne disparaissent dans l'hémiplégie avec contracture que quand le membre est absolument contracturé et immobilisé. Dans la contracture des hémiplégiques, il n'est pas rare en outre de trouver souvent au réveil, une sorte de rémission, une souplesse inaccoutumée des muscles qui, quand elle est accentuée, fait croire pour quelques instants à une guérison. Dans la maladie de Parkinson, au contraire, nous avons vu que l'immobilisation prolongée exagère la rigidité et il en est ainsi pour celle qui accompagne le sommeil, si entrecoupé et si pénible qu'il soit chez ces malades; tous, en effet, se plaignent d'une raideur plus prononcée au réveil, et les mouvements seulement arrivent à rendre leur souplesse aux muscles.

En dernier lieu, n'aurions-nous pas ces caractères que l'attitude empalée des malades, l'inclinaison du corps en

avant, la fixité du regard, la sensation de chaleur que les malades mentionnent toujours eux-mêmes, ainsi que les troubles du sommeil et la propulsion en avant, serviraient à nous mettre sur la voie du diagnostic.

L'affaiblissement moteur consécutif au ramollissement cérébral pourrait être soupçonné en raison de cet aspect hébété du visage, de l'écoulement de salive permanent, de la difficulté de la parole habituel aux personnes atteintes de maladie de Parkinson hémiplégique; mais outre tous les caractères de cette dernière maladie que nous retrouverons, il suffira de poser quelques questions aux malades pour se convaincre qu'ils sont moins hébétés qu'ils n'en ont l'air, et que, pour la plupart, ils ont conservé leur intelligence pleine et entière.

Nous ne consacrerons que quelques lignes au diagnostic différentiel avec les contusions du plexus brachial. L'erreur grossière qui consiste à prendre une hémiplégie de Parkinson comme celle que nous avons observée pour une contusion nerveuse, résulte d'un examen superficiel. La participation du membre inférieur, l'absence des troubles sensitifs qui sont constants dans le cas de contusion, suffiront pour établir le diagnostic.

Au point de vue de la marche de cette affection, nous dirons que la maladie de Parkinson hémiplégique ne reste pas longtemps telle que nous l'avons décrite. Avec les progrès de la maladie, nous voyons bientôt survenir le tremblement, l'envahissement du côté opposé. En un mot, cette forme n'est qu'un stade de la maladie de Parkinson, et ce début anomal de la maladie par le symptôme raideur au lieu d'une raideur accompagnée de tremblement ou même parfois d'un tremblement, suivi de raideur, nous a semblé mériter quelques détails.

Le pronostic découle de cette considération que la forme que nous étudions est un stade évolutif de la maladie de Parkinson. La raideur s'accentue de plus en plus, et la mort survient dans tous les cas par cachexie nerveuse et troubles profonds de la nutrition.

Nous concluons de cette étude en disant :

1° Que la maladie de Parkinson peut, à une période de son évolution, simuler l'hémiplégie d'origine cérébrale;

2° Que cette forme hémiplégique peut être reconnue si on l'étudie en elle-même et si l'on s'aide des commémoratifs;

3° Que cette forme spéciale ne correspond nullement à une lésion déterminée connue, pas plus que la maladie de Parkinson elle-même.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

Un procédé de blépharoplastie applicable aux cas ou les procédés connus ne peuvent suffire, par M. *Dianoux*. — L'auteur décrit ce procédé dans les termes suivants :

L'opération comprend deux phases séparées par un intervalle de plusieurs mois, si l'on n'a pas fait de greffe ou si celle-ci a échoué.

Première phase. — Avec un bistouri on fait une incision curviligne dans toute l'épaisseur du tissu cicatriciel; cette incision commence à 5 millimètres environ de la commissure interne des paupières dans le plan vertical, passant par son sommet pour se terminer à semblable distance de la commissure externe; elle circonscrit entre elle et le bord ciliaire une hauteur de tissu suffisante pour la nouvelle paupière.

Une seconde incision, inscrite dans la précédente, divise la conjonctive dans la ligne qu'occupe ou doit occuper le fond du cul-de-sac.

Si l'on fait la blépharoraphie, on procède alors à l'avivement du bord ciliaire, puis le lambeau cutané ou plutôt cicatriciel est disséqué en lui donnant l'épaisseur nécessaire, et remonté ou abaissé jusqu'à occuper une situation convenable, c'est-à-dire une ligne horizontale passant par les commissures. On fait ensuite la suture des bords ciliaires l'un à l'autre pour joindre les deux paupières en une seule.

On procède en dernier lieu au point spécial de l'opération : celui-ci consiste à ourler très soigneusement et très exactement le bord libre de la paupière avec le bord conjonctival rendu libre par la seconde incision et disséqué dans l'étendue suffisante.

C'est de la bonne exécution de cette suture que dépend le succès; car ce n'est qu'au prix d'une réunion très exacte de la conjonctive et de la peau que l'indépendance du bord périphérique peut être conservée.

On panse en plaçant une lame de protective entre le bord périphérique palpébral et le tissu de la face d'où il a été détaché; puis on applique une autre lame plus grande de protective sur l'ensemble des paupières, etc.

Deuxième phase. — Quand la cicatrisation de la face est définitive et qu'il n'y a plus de rétraction à redouter, soit quatre ou cinq mois au moins après la première intervention, on fait l'avivement du bord périphérique palpébral et on l'insère dans une rainure ouverte au bistouri, dans la face au point convenable, pour restituer à la paupière une situation favorable et un fonctionnement normal. Quelques points de suture le fixent et sont enlevés aussitôt que possible.

Pour la paupière supérieure, il y a lieu de tenir compte du releveur; son tendon doit être recherché avec le crochet à strabisme, détaché, puis suturé près du bord orbitaire et, lors de la seconde phase, on le détache à nouveau et on l'insère dans la paupière dédoublée à cet effet.

Sur la toxicité des eaux météoriques, par M. *Domingos Freire*. — L'auteur, ayant observé à Rio-de-Janeiro une maladie épidémique avec hyperthermie et accidents digestifs, en a recherché la cause dans la toxicité de la vapeur d'eau suspendue dans l'atmosphère. Cette vapeur, condensée et injectée sous la peau de divers oiseaux, a rapidement déterminé la mort.

L'auteur en a conclu que l'air atmosphérique contenait un principe toxique résultant probablement d'une fermentation spéciale des immondices animales et végétales.

Académie de médecine.

Séance du 11 juin 1889. — Présidence de M. Maurice Perrin.

M. le docteur *Fonsart*, médecin major de 1re classe au 87e régiment de ligne, envoie une *Étude sur la fièvre scarlatine*.

M. le docteur *A. Fouquet* adresse le *compte rendu des épidémies et des travaux des conseils d'hygiène du Morbihan en* 1888.

M. le docteur *Zannellis* envoie une note sur le *traitement de la diphthérie par des applications locales de poudre d'iodoforme*.

M. le docteur *Seguin* (de New-York) se porte candidat au titre de correspondant étranger dans la division de médecine.

M. *le Secrétaire perpétuel* présente une brochure de M. le docteur *Drouineau* sur le *classement des établissements hospitaliers*.

M. *Laboulbène* dépose un mémoire manuscrit de M. le docteur *Moura* sur le *pharynx porte-voix*.

M. *Ollivier* présente plusieurs ouvrages et mémoires de M. le docteur *Seguin* (de New-York) sur *divers points de pathologie du système nerveux*.

Lactose dans les maladies cardiaques. — D'après M. *Germain Sée*, la lactose constitue le plus puissant diurétique et en même temps le plus inoffensif; c'est elle seule qui donne au lait des propriétés de ce genre. Mais, si le lait, pris à la dose de plus de deux litres, produit la diurèse, il détermine, lorsqu'on en ingère quatre litres, une glycosurie évidente, un diabète passager qui entraîne le sucre normal au dehors et provoque en même temps une perte considérable d'urée. Par contre, le sucre de lait élude ces inconvénients et ces dangers; à la dose de 100 grammes par jour, il détermine une diurèse considérable, qu'on ne serait pas sûr d'obtenir avec quatre ou cinq litres de lait. Avec la lactose, il n'y a ni glycosurie, car le sucre reste dans le sang, ni azoturie, car les albuminates ne quittent pas

l'organisme. Si deux litres de tisane lactée équivalent à quatre litres de lait, c'est que dans le lait la lactose n'est pas isolée; elle est combinée et entravée dans son action par la caséine et la graisse. Quant à la polyurie résultant de l'usage interne de 100 grammes de lactose dissoute, elle dépasse toutes les polyuries médicamenteuses et atteint rapidement le chiffre de 2 litres 1/2 d'urine par jour, s'élevant presque constamment à 3 litres 1/2 et même 4 litres 1/2 vers le troisième jour; à partir de ce moment, elle reste stationnaire ou s'abaisse à 2 litres 1/2 pendant quelques jours. Pendant ce temps les hydropisies disparaissent presque à coup sûr; le sang se trouve déshydraté; mais après quelques jours de répit, on peut par le même moyen obtenir à nouveau la déshydratation du sang et la résorption des liquides de l'hydropisie.

Examinant ensuite les indications et les contre-indications de ce nouveau diurétique d'après les observations qu'il a recueillies, M. *Germain Sée* déclare que la lactose constitue le vrai remède diurétique des affections du cœur arrivées à la période troublée ou asystolique, ainsi que le le moyen curatif des hydropisies cardiaques toujours graves, souvent irrémédiables, même de celles qui ont résisté aux autres moyens polyuriques. De plus, comme, l'asystolie est constamment accompagnée de dyspnée, la lactose qui est, comme la plupart des autres diurétiques, impuissante contre le trouble profond de la respiration, devra être secondée par l'iodure de potassium. Ce dernier est par excellence, ainsi que l'a montré, il y a dix ans, M. *Germain Sée*, le médicament du cœur et de la circulation; il ne lui manque que le pouvoir diurétique; aussi convient-il d'associer dans ces cas l'iodure et la lactose.

Métrite chronique. — M. le docteur *Dumontpallier* résume plus de cent vingt observations d'endométrites chroniques, mucò-purulentes, pyo-hémorrhagique, hémorrhagique, qu'il a traitées exclusivement par les crayons de chlorure de zinc laissés à demeure dans la cavité utérine, et cela avec plein succès. Il procède de la manière suivante : après un lavage de la cavité vaginale à l'aide d'une solution phéniquée au centième ou avec la liqueur de Van Swieten, il mesure la cavité utérine avec une bougie en gomme élastique enduite de glycérine et d'iodoforme; puis il introduit un crayon de chlorure de zinc approprié aux mesures de chaque cas particulier, et de manière que son extrémité supérieure venant toucher le fond de la cavité utérine, son extrémité inférieure ne dépasse pas l'orifice externe du col. Après avoir lavé de nouveau la cavité vaginale, pour enlever toute parcelle de caustique, on place un tampon d'ouate hydrophile dans le cul-de-sac postérieur et on soutient le crayon avec un tampon entouré de gaze iodoformée. Dès que le caustique commence à agir, la contraction utérine le fixe d'une manière définitive.

Dans l'endométrite hémorrhagique, quelles que fussent son ancienneté et sa gravité, l'hémorrhagie a été arrêtée aussitôt après l'introduction du caustique. Dans les formes muco-purulente et pyo-hémorrhagique l'écoulement a été immédiatement suspendu. La douleur est variable; tantôt elle se produit aussitôt après l'application du caustique, d'autres fois seulement deux heures après. Son intensité varie ainsi que sa durée; elle affecte en général la forme de coliques utérines avec irradiations lombaires. Toujours elle a disparu au bout de vingt-quatre heures. Dans quelques cas, et avec des eschares aussi profondes, la douleur manque complètement. La présence du bâton de chlorure de zinc dans l'utérus ne provoque aucun accident général; il y a cependant souvent de l'insomnie la première nuit. On observe, dans bon nombre de cas, de la rétention d'urine, soit d'origine réflexe, soit due à la compression exercée par le tampon vaginal; mais, dans tous ces cas, le cathétérisme ou l'enlèvement du tampon ont fait cesser ce léger incident. Aussitôt l'eschare fermée, c'est-à-dire vingt-quatre à trente-six heures après la cautérisation, la malade, sans aucun phénomène général, commence à perdre de la sérosité, puis du muco-pus. Très rarement ce liquide a une coloration rosée; jamais d'hémorrhagie. Les quelques coliques utérines qu'on observe sont toujours fort légères. L'eschare est rejetée au bout d'un temps qui varie de quatre à treize jours, mais jamais, passé ce dernier délai, on n'en voit la moindre portion rester dans l'utérus. Cette eschare est rejetée, tantôt d'une seule masse, tantôt par portions. L'eschare, quand elle est rejetée à une époque rapprochée de la cautérisation, reproduit très exactement la forme et les dimensions de la cavité utérine; elle est souvent plus épaisse au niveau de l'orifice interne du col, plus mince vers le fond de la cavité utérine. On trouve dans l'eschare toutes les parties constituant la paroi de la cavité utérine; on pourrait dire que toutes les parties malades ont été enlevées, que des éléments nouveaux vont reconstituer la paroi. La guérison est presque forcée en semblable circonstance.

Sur cent cas, M. Dumontpallier dit avoir observé quatre-vingt-seize guérisons sans accidents et quatre cas d'inflammation péri-utérine, du reste de nature bénigne, et terminés heureusement. Dans trois cas, ils étaient dus à ce que les malades avaient quitté leur lit le jour même de la cautérisation; dans le quatrième, à ce que l'introduction du crayon avait été mal faite. Il a employé cette méthode dans plusieurs cas où, en même temps que l'endométrite, existait une phlegmasie péri-utérine. Non seulement la cautérisation n'a pas été funeste, mais encore elle paraît avoir influencé avantageusement la marche de la complication péri-utérine. La guérison peut être considérée comme définitive du neuvième au quinzième jour, c'est-à-dire deux jours après la chute de l'eschare. Les règles sont revenues dans plusieurs cas avant que les malades quittassent l'hôpital; souvent M. Dumontpallier a vérifié, par le cathétérisme, l'intégrité de la cavité cervico-utérine. Il n'a pas vu se produire d'atrésie du col, mais dans la crainte qu'elle ne survienne, il a toujours soin de pratiquer le cathétérisme préventif vingt à vingt-cinq jours après la cautérisation. La menstruation post-opératoire n'a pas été douloureuse et a eu une durée normale. Jamais il n'y a eu de signes de salpingo-ovarite. Quatre des malades ont présenté, depuis leur cautérisation, les symptômes du début de la grossesse. En résumé, le traitement de l'endométrite chronique, au moyen du crayon de chlorure de zinc laissé à demeure dans la cavité utérine, offre donc de réels avantages et cela par sa simplicité, son innocuité et la rapidité de la guérison. (Renvoi à l'examen de MM. *Siredey* et *Polaillon*.)

Électrothérapie. — M. le docteur *Danion* lit un mémoire sur les électro-moteurs consécutifs à l'action voltaïque sur l'organisme. — (Ce mémoire est renvoyé à l'examen de MM. *Gariel* et *Constantin Paul*.)

Hérédité de la myopie. — Ayant recherché l'hérédité de la myopie dans les familles de trois cent trente jeunes gens myopes qu'il a pu observer, M. le docteur *Motais* (d'Angers) estime que cette influence ne saurait être niée. Il l'a rencontré dans deux cent seize familles, soit 65 pour 100; la myopie est, en général, transmise par le père à la fille (86 pour 100), et par la mère au fils (9 pour 100); elle est donc généralement croisée au point de vue sexuel. Elle se distingue de la myopie acquise par son apparition plus précoce, son développement plus rapide, la moyenne plus élevée de son degré, des complications plus fréquentes et plus étendues. Les principales conditions qui en favorisent la transmission héréditaire sont, avant tout : l'application de la vue dans un milieu hygiénique défavorable, soit à l'école, soit à la maison paternelle; l'astigmatisme, au-dessus de 0'75, la microsémie. De là la nécessité d'imposer à tous ceux qui dirigent l'éducation

des enfants une hygiène scolaire plus rigoureuse tant à l'école qu'à la maison paternelle.— (Renvoi à l'examen de MM. *Panas* et *Javal*.)

— L'ordre du jour de la séance du 11 juin est fixé ainsi qu'il suit: 1° discussion de la communication de M. *G. Sée* sur un nouveau diurétique dans les maladies cardiaques; 2° lectures par des personnes étrangères à l'Académie: sur le traitement de l'eczéma, par M. le docteur *Gombaud;* sur la recherche du sucre dans l'urine, par MM. *Yvon* et le docteur *Berlioz;* sur la mortalité des nourrissons, par M. le docteur *Ledé*.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 5 JUIN 1889. — PRÉSIDENCE DE M. LE DENTU.

Mégalodactylie : M. Tachard; rapporteur : M. Chauvel. — Plaies pénétrantes de l'abdomen : M. Guert; rapporteur : M. Chauvel. — Anévrysme du bras : M. Sellier (de Laval). — Traitement des myomes utérins par l'électricité : M. Championnière. — Névralgie du testicule : M. Périer.

M. *Chauvel* rend compte d'une observation de *mégalodactylie congénitale* communiquée par M. Tachard. L'hypertrophie ne portait que sur les parties molles.

— M. *Chauvel* résume deux faits de *plaie pénétrante de l'abdomen* relatés par M. *Guert*. Le premier concerne une plaie du foie par balle de revolver; l'expectation a été suivie de guérison; l'auteur pense que l'abstention doit être la règle, si un abcès n'est pas causé, plus tard, par le corps étranger. L'autre observation est une suture de l'intestin hernié par la plaie de la paroi; l'opéré mourut.

— M. *Trélat* fait connaître une observation heureuse d'*extirpation d'un anévrysme de l'artère humérale* par M. *Sellier* (de Laval). La tumeur était grosse comme une tête de fœtus.

— M. *Championnière* fait une communication sur le *traitement des myomes utérins par l'électricité*. Il a entrepris sur ce point des recherches avec le concours de M. le docteur Danion, spécialement exercé au maniement des appareils électriques. Leur technique diffère un peu de celle que suivent d'autres auteurs. Souvent en effet on préconise les hautes intensités, 135, 150 milli-ampères. Mais alors les femmes souffrent presque toujours. L'indolence au contraire est absolue si au début on s'en tient à 60 milli-ampères, et si on arrive à 80, 90, sans jamais dépasser 110 ou 115. L'électrode intra-utérine est une tige de platine; l'électrode externe peut être une large armature en cuir et métal qu'on applique sur l'abdomen, mais, pour éviter à coup sûr les eschares, rien ne vaut encore le large gâteau de terre glaise. L'électrode utérine doit, pour bien faire, être introduite dans la cavité du corps. Mais cette manœuvre n'est pas toujours aisée, et force est parfois de s'en tenir à l'introduction dans le col. Enfin, et surtout dans ce dernier cas, lorsque le traitement semble inefficace, on obtient parfois des résultats réels par le renversement des pôles. On commence toujours par appliquer dans l'utérus le pôle positif, puis au bout de quelques minutes on intervertit les pôles, mais en ayant soin cette fois que le courant n'ait que le tiers, la moitié au plus de l'intensité du courant employé pendant la première partie de la séance. Ce traitement est bien supporté et ne nécessite pas l'hospitalisation des malades. Il est vrai qu'il exige des séances multiples, qu'il est long, fastidieux; mais il donne des résultats réels, et la question est de savoir quand il faut s'y adresser. On aurait tort de prétendre que c'est la panacée des myomes, que toute intervention sanglante doit être rejetée en principe. En réalité, lorsque les accidents sont sérieux il faut agir vite et l'instrument tranchant seul permet de le faire, mais il ne faut pas penser que tous les myomes, inversement, ressortissent à la chirurgie : bon nombre sont rendus très supportables par l'usage de la sabine à l'intérieur, par l'emploi des eaux chlorurées, etc. De plus, après la ménopause il est indiscutable que les accidents se calment. C'est surtout pour les cas médiocrement graves, non pressants, sur une femme qui a passé la première jeunesse, c'est surtout alors qu'on se trouve bien de l'électricité, pour permettre à la femme d'atteindre plus facilement l'époque heureuse de la ménopause. Il faudra en outre essayer d'associer ce traitement au traitement médical, aux saisons balnéaires, et il est probable que les résultats seront meilleurs encore.

— M. *Périer* présente un malade qui a subi, dans un autre service, une castration pour *névralgie du testicule.* Le moignon est devenu douloureux, et de plus le second testicule est aujourd'hui souffrant.

A. Broca.

Société de biologie.

SÉANCE DU 8 JUIN 1889. — PRÉSIDENCE DE M. DUCLAUX, VICE-PRÉSIDENT.

Sur la structure de la membrane hyaloïde : M. Hache. — Innervation des glandes molaires : M. Moussu. — Origine des nerfs sécrétoires de la parotide : M. Moussu. — Un nouveau dynamomètre : M. Féré.

M. *Hache*, en étudiant, au moyen de procédés particuliers de dissociation, la disposition de la membrane hyaloïde par rapport aux procès ciliaires, a reconnu que les descriptions classiques ne sont pas exactes. En effet, l'hyaloïde ne se dédouble pas pour former le canal de J.-L. Petit; mais, à ce niveau, on trouve un feutrage de petits tendons lamelleux qui se continuent directement avec les lames ou kystes qui constituent le corps vitré, et ce qu'on appelle le canal de J.-L. Petit est simplement formé par cet espace rempli d'une sorte de tissu conjonctif condensé; ces tendons lamelleux s'insèrent directement dans la cristalloïde.

— M. *Moussu* a étudié, chez le bœuf et chez plusieurs autres grands carnassiers, les nerfs excito-sécrétoires des glandes molaires; ces nerfs proviennent, comme ceux de la parotide, du buccal, branche du trijumeau. Il a pu, par l'excitation de ces filets, obtenir jusqu'à 400 grammes de salive chez le bœuf, salive visqueuse et non pas fluide, comme on le dit à tort.

— M. *Moussu*, poursuivant ses recherches sur l'innervation de la glande parotide, a cherché à déterminer la provenance réelle des filets excito-sécrétoires. Ses expériences, faites sur des chevaux anesthésiés et ayant en outre reçu de la pilocarpine, et consistant en des sections successives du trijumeau ou du facial dans le crâne, l'amènent à admettre que ces nerfs émanent de la cinquième paire.

— M. *Féré* a fait construire un nouveau dynamomètre, qui permet d'étudier les différents mouvements de la main: extension, flexion, abduction, adduction. L'instrument peut aussi servir pour les mouvements du pied. M. Féré a constaté déjà un certain nombre de faits intéressants, comme la grande différence de force, suivant que les doigts agissent dans un mouvement d'ensemble ou isolément, la différence du temps de réaction qui varie avec la force musculaire des différents doigts, le défaut d'aptitude des individus peu développés à produire des mouvements isolés des doigts, etc.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

Du traitement de la phthisie par le calomel, par M. J. MARTELL et par M. A. DOCHMANN. — Depuis trois ans, le premier de ces observateurs prescrit le calomel aux tuberculeux et le considère comme le meilleur des antiseptiques dans la phthisie. A l'extérieur, contre les tuberculoses externes, il l'emploie en topique ; à l'intérieur, contre la phthisie confirmée, il l'administre par la voie buccale au moyen d'inhalations. (*Prag. med. Woch.*, 1888, p. 21-25.)

M. Dochmann n'est pas moins satisfait de ce médicament. Contre l'anémie en général, il remplacerait le fer, écrit-il ; et contre celle des phthisiques en particulier, il possède sur ce dernier l'avantage d'augmenter l'appétit, de diminuer la constipation et régulariser les menstrues. Au reste, le fer est contre-indiqué dans les troubles de nutrition qui annoncent le début des phthisies à marche lente. Or, le calomel continué pendant deux ou trois mois, améliore la nutrition, diminue l'état fébrile, les sueurs nocturnes et la fréquence de la toux. Néanmoins, M. Dochmann admet que le calomel ne modifie pas les lésions tuberculeuses et ne les fait pas disparaître ; par contre, il agit dans l'intestin comme un antiputride sans altérer la puissance des ferments digestifs. Probablement aussi, il agit, d'après cet observateur, sur les matières toxiques produites par le bacille de la tuberculose.

Le traitement consiste à ingérer le calomel par doses croissantes, au moyen de pilules contenant douze milligrammes de substance active. Le premier jour, le malade ingère six doses de deux pilules, le second jour, cinq doses, le troisième, quatre doses et, à dater du quatrième jour, six doses qu'il continue pendant toute la durée de la médication ; tous les cinq ou six jour, on suspend l'usage du calomel pendant deux ou trois jours. S'il survient de l'état fébrile, on élève le nombre des pilules jusqu'à douze ou quatorze dans les vingt-quatre heures.

Comme moyens auxiliaires, M. Dochmann insiste sur les conditions d'hygiène, sur l'alimentation, et au besoin sur l'administration du lait pur ou fermenté. (*Therap. Monat.*, septembre 1888, p. 415.)

Remarques sur l'emploi de la pyrodine, par M. DRESCHFELD. — La pyrodine est une poudre blanche, cristalline, soluble dans l'eau froide et facilement administrable sous la forme pulvérulente. Elle est dérivée de l'acétyl-phénylhydrazin ($C^6H^5N^2H^2C^2H^3O$), et se prescrit à la dose de 8 à 12 grammes par jour, comme antipyrétique.

M. Dreschfeld l'a fait ingérer dans la pneumonie, la fièvre scarlatine et la fièvre typhoïde, abaissant ainsi la température sans provoquer ni nausées, ni vomissements, ni collapsus, mais seulement des transpirations. Sous son influence, on obtiendrait, écrit-il, une diminution telle de l'état fébrile, que le malade entrerait rapidement en convalescence et que cette dernière serait abrégée. Toutefois la pyrodine serait moins nettement indiquée dans les cas de fièvre typhoïde avec symptômes d'intoxication profonde.

Elle posséderait des propriétés nervines qui la recommandent contre la migraine, les névralgies, sans toutefois que les observations soient jusqu'à présent décisives.

Le mode d'action de la pyrodine serait celui d'un agent producteur de l'hœmoglobinémie. Du reste, d'après les expériences de R. Wild, elle ne modifie pas la motilité volontaire, mais agit à la manière d'un agent vaso-dilatateur. Cependant elle semble modifier les activités de la moelle épinière directement, mais non pas par un changement dans les conditions de sa circulation.

M. Dreschfeld la considère comme un antipyrétique plus fidèle que l'antipyrine, la phénacétine et l'antifébrine, mais plus toxique que ces dernières. Ce désavantage serait compensé, à son avis, par la possibilité de l'administrer à une dose faible et par l'abaissement thermique plus durable qu'elle procurerait. Enfin, la pyrodine diminue la fréquence du pouls tout autant que l'hyperthermie, et avantage notable, augmente la diurèse. (*The med. Chronicle*, p. 96, novembre 1888.)

Des dangers de l'hydrate d'amylène, par M. DIETZ. — Ce nouveau médicament peut donner lieu à des accidents. En voici la preuve : une potion à l'hydrate d'amylène avait été préparée à la clinique de Leipsig, dans le but d'en administrer au besoin la dose nécessaire aux malades. En raison de sa faible densité, ce corps est peu miscible à un véhicule liquide et on doit agiter de telles potions avant de les administrer. On omit de le faire et après l'administration de la potion, quatre malades éprouvèrent les symptômes d'une intoxication alcoolique aiguë : sommeil prolongé, paralysie des extrémités, abolition de la sensibilité tactile et des réflexes, irrégularité des mouvements respiratoires, enfin faiblesse du pouls. Le seul traitement adopté consiste dans les injections hypodermiques de camphre. Au reste ces accidents disparurent après quelques heures. (*Deut. med. Zeitung*, 1888, n° 18.)

Du traitement de la phthisie par les injections de phénate de camphre, par M. SHINGLETON-SMITH. — L'auteur mentionne deux cas, dans lesquels il fit usage d'injections hypodermiques et d'injections intra-pulmonaires de cette substance.

Le phénate de camphre était préparé en faisant dissoudre jusqu'à saturation du camphre dans l'acide phénique et en l'administrant par doses d'un demi à deux centimètres cubes. Chez l'un des malades, on pratiqua en dix semaines quinze injections intra-pulmonaires, dans les régions infiltrées et sans provoquer aucune irritation locale. Au début, on avait fait usage d'injections hypodermiques. Chez le second, on employa en vingt-cinq jours la quantité de seize centimètres cubes, dont quatre furent introduits dans les tissus pulmonaires. L'absence de tout accident et les améliorations obtenues sont, d'après l'auteur, un encouragement à répéter ces essais d'antisepsie locale. (*Bristol med. chir. Journal*, septembre 1888.)

Un cas d'empoisonnement par le soufre, par M. A. E. VAUGHAN. — Ces accidents toxiques ont été notés par l'ingestion quotidienne, durant trois jours, de la dose d'une once de soufre sublimé. Le troisième jour, le malade était dans la torpeur ; par moment, il accusait une céphalalgie frontale intense et des douleurs abdominales. Son haleine était fétide, exhalait l'odeur de l'hydrogène sulfuré, les pupilles étaient contractées ; il existait une transpiration abondante et de la fièvre.

Il éprouva des vomissements et dans les matières alvines, on constata la présence du soufre ; enfin il rejeta des urines sanglantes. Le traitement de ces accidents consista dans l'administration de l'huile de ricin et des calmants. La guérison demanda un septénaire. En un mot, cet ensemble symptomatique est celui d'un empoisonnement par une substance irritante. (*Brit. med. journal*, 3 novembre 1888, p. 991.)

Des propriétés physiologiques de la méthylacétanilide, par M. le docteur BINET. — Au moment où ce produit et son dérivé fait, sous le nom d'exalgine, l'objet de présentations aux Sociétés savantes, l'auteur, qui depuis longtemps l'étudie, constate la violence de son action physiologique.

Elle diminue la motilité de tous les animaux, paralyse les muscles dans l'épaisseur desquels on l'injecte, arrête le cœur, diminue l'oxyhémoglobine et trouble l'hématose. Son action antithermique est manifeste comme celle de l'acétanilide.

A doses toxiques, la méthylacétanilide produit des crises épileptoïdes et diffère à ce point de vue d'un autre corps de la même série, la méthylformanilide. Au reste sa toxicité est considérable et l'emporte sur celle de la méthylformanilide et de la formanilide. En terminant, M. Binet remarque l'affinité physiologique de cette substance avec l'acétanilide. Comme elle, elle diminue la température ; comme elle sans doute, ajoute-t-il, elle

peut amener l'analgésie; toutefois, c'est une substance qu'on ne doit manier qu'avec la plus grande circonspection. Ces remarques ne sont pas inutiles, au moment où on recommande l'exalgine, qui sous ce nom cache sa parenté intime avec la méthylacétanilide. (*Revue méd. de la Suisse Romande*, 20 avril 1889, p. 187.)

Recherches chimiques et cliniques sur le salicylate de mercure, par M. le docteur CALDWELL. — A la suite de nombreux essais sur les malades et dans son laboratoire l'auteur conclut : 1° que le salicylate de mercure qui est faiblement absorbé par la muqueuse stomacale, produit moins de perturbations gastriques que le bichlorure de ce métal, que son élimination ne provoque pas autant le ptyalisme, mais que son action sur l'albumine et sur les microbes est inférieure à celle des sels de mercure très solubles.

2° Il admet que ce salicylate traverse l'estomac sans y subir de modifications, et s'arrête dans le duodénum, de sorte qu'on doit le considérer comme un antiseptique intestinal et non comme un antiseptique stomacal. Vulpian, pour ce motif, le prescrivait contre la fièvre typhoïde.

3° On doit éviter de l'administrer en mélange avec les sels minéraux, les iodures, les acides, et même les sels comme le chlorhydrate de cocaïne pour éviter son dédoublement ou la formation d'un autre sel mercuriel plus soluble. (*The therapeut. Gazette*, 15 avril 1889, p. 232.)

De l'action purgative du manzanillo, par MM. A. BETANCOURT et d'ARCY-ADAMS. — Ce médicament est le suc d'une euphorbe américaine employée par les indigènes comme poison. Appliqué sur la peau, il produit la rubéfaction et la vésication et administré à l'intérieur, une sensation de brûlure dans la bouche et l'œsophage, de la diarrhée, des vomissements cholériformes, des crampes et un collapsus mortel.

M. Betancourt l'a essayé comme purgatif à la dose de deux à à trois gouttes véhiculées dans du lait. Il obtint des selles abondantes et non douloureuses. A la dose plus élevée, de sept à huit gouttes, le malade accusait de violentes coliques. Ce serait à son avis un purgatif à employer dans les cardiopathies et les affections rénales. (*Société clinique de la Havane*, 9 novembre 1888.)

M. d'Arcy-Adams partage cet avis, il conseille de mettre le manzanillo à l'essai et considère ce médicament comme devant prendre place dans la catégorie des cathartiques et des hydragogues. (*The London med. Recorder*, février 1889.)

BIBLIOGRAPHIE

Cliniques médicales de l'hôpital Saint-Eloi : Leçons sur un cas d'hystérie mâle avec astasie-abasie, par M. le professeur GRASSET. — Montpellier.

M. Grasset consacre plusieurs leçons à l'étude d'un malade hystérique ayant présenté ce syndrome curieux sur lequel M. Charcot a un des premiers attiré l'attention et auquel son élève Blocq a récemment donné le nom d'*astasie-abasie*.

Le professeur de Montpellier commence ses leçons par quelques généralités sur l'hystérie mâle, et il affirme que cette dernière affection a aujourd'hui des caractères tranchés, des symptômes propres, des stigmates en un mot capables de la faire reconnaître. M. Grasset cependant en conteste la fréquence. Cette assertion nous étonne de la part d'un observateur aussi expérimenté. L'hystérie mâle maintenant qu'on la reconnaît se présente à chaque instant : qui oserait dire aujourd'hui que l'ataxie locomotrice est chose rare, et cependant il y eut un moment où cette maladie passait pour une rareté pathologique. Dans l'état actuel de la science, nous pouvons déjà affirmer la fréquence de l'hystérie mâle, dire même que pour être faite autrement elle se présente aussi souvent que l'hystérie féminine. M. Grasset dit encore : l'hystérie mâle ne rentre pas toujours dans cet hystéro-traumatisme que nous avons étudié ensemble l'année dernière. Je ne crois pas qu'on ait besoin d'affirmer ce fait : personne que je sache n'a avancé que tous les hystériques hommes étaient forcément des hystéro-traumatiques. Souvent, il est vrai, un traumatisme fait éclater la mine si j'ose m'exprimer ainsi et met l'hystérie en pleine valeur; mais il y a aussi des hystéries spontanées chez les hommes.

Le malade de M. Grasset se comporte absolument comme les malades dont les observations sont consignées dans le mémoire de Blocq. Nous relevons dans la description les faits suivants : une *trépidation à caractères absolument rythmiques prédominant* dans le membre inférieur droit; une *propagation de cette trépidation* à la tête et aux membres supérieurs; une *fixation* remarquable au sol de la pointe du pied droit. Pas de signe de Romberg. Aucun trouble des mouvements autre que ceux nécessités par la marche normale.

En présence de ces symptômes bizarres, M. Grasset discute le diagnostic, il élimine naturellement le tabes, une paralysie quelconque, la sclérose en plaques, la paralysie agitante, la *chorée rythmée* (manifestation si fréquente de l'hystérie des jeunes sujets).

M. Grasset arrive à dire : en somme notre malade présente « *une chorée rythmée*, mais ces mouvements rythmés n'apparaissent que quand il est debout et lorsqu'il marche comme tout le monde ».

Dans l'intervalle de deux leçons l'astasie-abasie a disparu et le professeur continue sa leçon qui prend alors en partie le caractère théorique, nous disons à dessein *en partie*, car le malade présente des stigmates hystériques qui ne varient pas avec autant de facilité que le syndrome faisant l'objet de ces leçons.

M. Grasset passe encore en revue la *maladie des tics convulsifs* si bien mise en lumière par notre ami Guinon, d'après les leçons du professeur Charcot; — le *paramyoclonus multiplex*, la *maladie de Thomsen* dont P. Marie a donné une description si détaillée dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* au mot THOMSEN; — enfin la *claudication intermittente*. Il est évident que l'auteur n'énumère ces maladies à troubles moteurs que pour prouver qu'elles n'ont rien à voir avec l'affection dont son malade était atteint. Suit ensuite une analyse du mémoire de Blocq et une discussion fort intéressante des observations que ce mémoire renferme. Nous ne suivrons pas M. Grasset dans l'exposé des symptômes et de la pathogénie du syndrome astasie-abasie, ayant déjà dans une *Revue* sur ce sujet, publiée dans la *Gazette*, exposé d'après M. Charcot la symptomatologie et la physiologie pathologique de ce trouble bizarre. Le professeur de Montpellier termine ses leçons en prouvant que son malade est un hystérique; en effet, cet homme présente des stigmates sensitifs très nets, l'abolition du réflexe pharyngé des zones hystérogènes, etc.; il établit encore que son *astasie-abasie* est chez lui comme chez le plus grand nombre des malades de Blocq un symptôme de l'hystérie.

Depuis que ces leçons ont été faites et publiées, M. le professeur Charcot a présenté à son cours d'autres malades atteints d'astasie-abasie. Ces malades ne font en aucune façon exception à la règle et c'est à peine s'ils s'écartent du type qui tend à devenir classique. Un de ces malades ancien militaire est atteint d'abasie trépidante sans astasie; veut-il marcher, on voit sa jambe gauche comme la jambe droite du malade de Grasset trépider, le pied touchant le sol par sa pointe et le talon frappant le parquet à intervalles de moins en moins espacés.

Pour marcher, le malade a recours au pas accéléré mili-

taire, les jambes alors se fléchissent et s'étendent mécaniquement et la marche est assurée. Ce brave homme excite la gaîté des gamins de son quartier par sa démarche bizarre.

M. Charcot se demande si chez des malades de cet âge on n'a pas affaire à des abasies-astasies symptomatiques de lésions localisées. Chacun a vu de ces vieillards auxquels on donne facilement l'épithète de *ramollis* ne pouvoir pas marcher comme tout le monde, mais progresser sans trop de peine en trottinant d'une façon régulière ou en choisissant une manière de marcher tout à fait différente de celle qu'on emploie habituellement.

M. Charcot reconnaît trois sortes d'astasie-abasie : 1° l'*abasie trépidante;* 2° l'*abasie choréique* qui se rapproche étrangement de la chorée rythmée hystérique; 3° l'*abasie paralytique* enfin, dont il montre un bel exemple.

Il est bon de savoir aussi qu'il y a des astasies-abasies limitées à une ou deux jointures seulement : un de nos malades de la Salpêtrière était abasique des articulations du genou et du pied, mais non de l'articulation coxo-fémorale. Cette localisation étrange nous permet de rapprocher ce trouble du mouvement des monoplégies ou des contractures limitées de l'hystéro-traumatisme. N'est-ce pas du reste chez des hystériques que ces derniers troubles se montrent le plus souvent?

P. Berbez.

Maladies de la langue, par le docteur Henry T. Butlin, chirurgien assistant et professeur de chirurgie pratique et de laryngologie à Saint-Bartholomew's Hospital. Traduit de l'anglais par le docteur Douglas Aigre, ancien interne des hôpitaux, médecin adjoint et chef de la clinique laryngologique de l'hôpital Saint-Louis (Boulogne-sur-Mer). — *Progrès médical* et Lecrosnier et Babé, 1889.

La littérature française n'est pas riche en traités spéciaux consacrés à l'étude des maladies de la langue. Nous ne considérons pas, en général, qu'il faille individualiser à ce point la chirurgie de cet organe et nous nous contentons des descriptions, plus courtes il est vrai, qu'on lui consacre dans les divers traités généraux de pathologie externe. Cette opinion n'est pas partagée de l'autre côté de la Manche et le traité que nous signalons aujourd'hui n'est même pas le premier en son genre. Tout médecin sait qu'il y a une quinzaine d'années a déjà paru un ouvrage important de Fairlie Clarke sur la matière. En 1885, malgré ce précédent, Henry Butlin a pensé qu'il y avait place pour une seconde tentative semblable. Nous devons déclarer, dès l'abord, qu'il avait bien jugé.

Lorsque parut, en 1873, le livre de Clarke, partout on étudia les maladies de la langue dans cette monographie où l'on trouvait des renseignements sur des sujets jusqu'alors peu connus. Mais il faut bien convenir que le succès semble avoir dépassé un peu la valeur de l'œuvre. Bien des descriptions importantes sont un peu écourtées; les faits relatifs à une seule et même maladie, la syphilis par exemple, sont disséminés en plusieurs chapitres; les renseignements bibliographiques manquent trop souvent de précision. Or la plupart de ces défauts sont corrigés dans l'ouvrage de Butlin.

Nous disons la plupart, car aux yeux de la majorité des lecteurs français certains agencements de plan, analogues à ceux de Clarke, sembleront défectueux. Nous n'aimons pas, en général, à chercher l'histoire des diverses maladies au milieu de chapitres consacrés à des descriptions de lésions élémentaires. Or Butlin étudie l'une après l'autre les fissures, les ulcérations, les nodosités, les taches et plaques, et là se trouvent mélangées la syphilis et la tuberculose, les lésions dentaires et les fissures cancéreuses, la leucoplasie et la diphthérie. C'est peut-être commode si l'on se place au point de vue du seul diagnostic différentiel des lésions; c'est défectueux si l'on veut se faire, ce qui toujours doit être notre but, une idée générale des maladies. Mais, cette légère critique une fois faite, nous reconnaîtrons que ces descriptions sont en général nettes et soignées.

Il est un chapitre que nous désirons signaler d'une façon toute particulière. C'est celui — ou plutôt ceux — où il est question du cancer de la langue. C'est, et de beaucoup, la partie que l'auteur a le plus développée. En cela un chirurgien ne peut que l'approuver, et l'approuver d'autant plus que c'est, à notre connaissance, l'endroit où l'étude de cette maladie si fréquente est le mieux faite, surtout si l'on se place au point de vue thérapeutique. Les divers procédés opératoires et leurs indications sont décrits avec grand soin: les accidents et le traitement post-opératoires sont traités en détail; la thérapeutique palliative est l'objet d'un paragraphe important.

En somme, le meilleur éloge que nous puissions faire de ce livre est le suivant : nous avons eu, il y a quelques mois, à étudier d'une manière spéciale les maladies de la langue et nous avons eu largement à puiser dans le traité de Butlin. Nous pensons donc que M. Douglas Aigre aura rendu service en mettant ce livre important à la portée de ceux qui ignorent l'anglais. Sa traduction est claire et le style en est net. Mais nous sera-t-il permis d'adresser à l'édition française une légère critique? Pourquoi avoir supprimé les quelques pages qui terminent l'édition anglaise et dans lesquelles Butlin donne les principales indications bibliographiques? Ces indications sont sobres; elles ne portent que sur les travaux principaux; elles sont pour la plupart précises et (nous le disons pour en avoir vérifié la majeure partie) d'une exactitude rigoureuse. Or, n'est-il pas précieux d'avoir un guide de ce genre lorsque l'on veut approfondir une étude?

A. Broca.

Contribution a l'étude des syphilis graves précoces, par M. le docteur G. Baudouin, ancien interne des hôpitaux. In-8° de 212 pages. — Sheinheil, 1889.

On considère généralement la syphilis comme une maladie dont l'évolution se divise en trois périodes: celle des accidents primitifs, celles des accidents secondaires et des accidents tertiaires. C'est ce que Ricord appelait une maladie hiérarchique.

Ces périodes sont ordinairement séparées par des intervalles inégaux.

L'intervalle qui existe entre la période primitive et la période secondaire étant approximativement de quarante-cinq jours, la deuxième période peut se prolonger de deux à cinq ans, tandis que la période tertiaire, débutant de la troisième à la cinquième année, persiste en quelque sorte indéfiniment, mettant toujours en péril la vie du malade.

Dans l'intervalle de ces étapes, le syphilitique peut présenter les apparences de la santé, la maladie procédant chez lui par poussées ou décharges successives.

Les accidents secondaires, pour la plupart cutanés, n'intéressent les tissus que superficiellement, à l'encontre des tertiaires qui les attaquent plus profondément et peuvent intéresser tous les organes profonds. C'est là ce qu'on peut appeler la marche ordinaire de la syphilis, qui peut être bénigne ou en quelque sorte avortée, ou *intense* quand les déterminations en sont plus accusées.

Dans les formes graves, la vie est menacée, soit par l'influence dépressive que l'intensité des accidents exerce sur l'état général (typhose syphilitique), soit par la localisation des lésions (gommes artérielles, par exemple).

On doit réserver le nom de *syphilis graves précoces* à celles qui se manifestent à une période de la maladie où on ne les observe pas habituellement et qui sont de nature à compromettre la vie du malade.

Dans la syphilis maligne précoce, en particulier, les périodes de la maladie se confondent. Les accidents secondaires ne sont pas terminés que déjà les accidents tertiaires apparaissent et donnent à la maladie une gravité toute spéciale.

Bazin et son élève Dubuc (1864) ont principalement signalé les formes cutanées de la syphilis maligne et, après eux, de nombreuses observations en ont été publiées.

M. Baudouin décrit sous trois types principaux ces formes graves et précoces de la syphilis :

1° La syphilis secondaire grave que caractérise l'exagération des symptômes généraux de la période secondaire, principalement la cachexie et l'anémie ;

2° Les *syphilis malignes* précoces, caractérisées par une infection intense, aiguë, avec manifestations graves du côté des téguments et des viscères ;

3° Les *syphilis viscérales* précoces dans lesquelles la diathèse produit d'emblée, et souvent sans phénomènes graves antérieurs, des déterminations viscérales qui, dans les formes normales de la maladie, ne surviennent qu'à une époque tardive.

Les syphilis graves précoces atteignent surtout les individus affaiblis, les alcooliques, les scrofulo-tuberculeux, les organismes déprimés par quelque cause que ce soit.

Les observations sur lesquelles M. Baudouin appuie les conclusions de son travail sont au nombre de 105.

On conçoit qu'avec une pareille masse de faits dans lesquels figurent toutes les manifestations de la syphilis, où toutes les observations sont analysées avec le plus grand soin, l'auteur ait pu donner à son œuvre une importance exceptionnelle qui justifie la faveur avec laquelle elle a été accueillie par la Faculté.

Nous trouvons à la fin de ce travail un intéressant tableau indiquant la statistique de l'époque d'apparition du tertiarisme à partir du début de la syphilis chez l'homme.

On voit dans ce tableau que c'est dans la troisième année de la maladie que les accidents tertiaires apparaissent le plus fréquemment. La deuxième année vient ensuite, puis la quatrième et la cinquième. Les cas vont ensuite en décroissant, mais en présentant une fréquence exceptionnelle pour la dixième année. On voit enfin des cas très rares où le tertiarisme attend pour apparaître la cinquante-deuxième et même la cinquante-quatrième année.

Quant au pronostic, il est toujours sérieux dans la syphilis. Les formes les plus bénignes, au début, réservent quelquefois au malade les surprises les plus désagréables.

Quand la syphilis a amené une dénutrition considérable, surtout chez les vieillards, elle doit être considérée comme particulièrement grave en raison des imminences morbides qu'elle crée, des lésions viscérales qu'elle peut déterminer. Aussi la thérapeutique doit-elle être active, spécifique et reconstituante, « dans le triple but de guérir les manifestations diverses de la diathèse, d'en prévenir le retour dans la mesure du possible, et de donner à l'organisme les moyens de résister à de nouvelles poussées infectieuses ».

B.

Essai sur les polyuries albuminuriques d'origine nerveuse, par M. Pessez.

Travail inaugural où l'auteur étudie la pathogénie des néphrites dites primitives. L'albuminurie des animaux vernissés, les néphrites consécutives aux vastes brûlures ou à un refroidissement pendant la desquamation des fièvres éruptives sont dues à des troubles vaso-moteurs des reins, amenés d'une manière réflexe par l'excitation cutanée. Les recherches de ces derniers temps ont établi que les vaso-moteurs du rein proviennent du bulbe et suivent deux voies distinctes : les uns, vaso-dilatateurs, suivent le trajet des nerfs splanchniques, dont l'excitation périphérique amène la congestion des reins ; les autres, vaso-constricteurs, passent dans le tronc du pneumogastrique dont l'excitation périphérique amène un arrêt de la sécrétion urinaire. Des expériences récentes ont montré que la névrite des nerfs vagues peut entraîner les lésions de la néphrite interstitielle, et que les animaux en expérience ont présenté comme symptômes principaux de la polyurie, de l'albuminurie et des palpitations.

L'auteur publie un certain nombre d'observations de malades présentant des états morbides identiques à ceux observés chez les animaux porteurs de ces lésions nerveuses. On peut donc admettre que des troubles vaso-moteurs permanents du rein, sous la dépendance du pneumogastrique, peuvent entraîner des désordres dans la sécrétion rénale et aboutir à la néphrite chronique du mal de Bright.

VARIÉTÉS

Concours d'agrégation (*Anatomie, Physiologie*). — Sont nommés :

Faculté de Paris. — (Anatomie) M. Retterer ; (Physiologie) M. Gley.

Faculté de Montpellier. — (Physiologie) M. Hédon.

Faculté de Lyon. — (Physiologie) M. Vialleton.

Faculté de Lille. — (Physiologie) M. Meyer.

Inspectorat des eaux minérales. — Un décret spécial supprime l'inspectorat médical d'Aix-les-Bains (Savoie).

Prophylaxie des maladies contagieuses à Lyon. — Le maire de Lyon a pris les mesures suivantes pour prévenir l'extension des maladies contagieuses dans cette ville, notamment de la variole, de la diphthérie, de la scarlatine, de la fièvre typhoïde, etc.

En s'appuyant sur l'article 99 de la loi municipale du 5 avril 1884 il a prescrit la déclaration de ces affections, soit par les parents ou autres personnes ayant la garde des malades, soit, à leur défaut, par les habitants de la maison ou les voisins.

Les familles, en cas de maladie, doivent prendre les mesures de désinfection prescrites ; d'ailleurs, l'administration municipale met à leur disposition les moyens de désinfection (étuves, liquides désinfectants, etc.), et se charge de les appliquer gratuitement toutes les fois que les intéressés n'en peuvent faire les frais.

Les familles ont le droit de procéder à la désinfection par un personnel choisi par elles ; mais dans ce cas elles doivent en prévenir l'administration et présenter un certificat du médecin traitant, constatant qu'il se charge de surveiller et de diriger l'exécution de ces opérations hygiéniques. Il est, d'autre part, expressément interdit de vendre des objets de literie, de livrer aux blanchisseurs le linge et les vêtements des malades sans que ces objets aient été préalablement désinfectés.

L'arrêté du maire de Lyon prévient les personnes qui n'auront pas fait les déclarations prescrites qu'elles sont civilement responsables de leur négligence, sans préjudice des procès-verbaux de contravention qui pourraient être dressés contre elles.

Distinctions honorifiques. — Notre collaborateur et ami M. le docteur Lubelski (de Varsovie) vient d'être nommé commandeur de l'ordre du Lion et du Soleil de Perse.

Mortalité a Paris (22e semaine, du 26 mai au 1er juin 1889. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 17. — Variole, 3. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 9. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 33. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 166. — Autres tuberculoses, 18. — Tumeurs : cancéreuses, 39 ; autres, 6. — Méningite, 31. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 40. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 8. — Maladies organiques du cœur, 45. — Bronchite aiguë, 22. — Bronchite chronique, 34. — Broncho-pneumonie, 23. — Pneumonie, 35. — Gastro-entérite : sein, 15 ; biberon, 35. — Autres diarrhées, 4. — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 25. — Sénilité, 30. — Suicides, 25. — Autres morts violentes, 13. — Autres causes de mort, 163. — Causes inconnues, 13. — Total : 884.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Dictionnaire abrégé des sciences physiques et naturelles, par M. Ed. Thévenin, revu par M. H. de Varigny, docteur ès sciences. 1 fort vol. in-12 de 630 pages, imprimé sur deux colonnes, cartonné à l'anglaise. Paris, F. Alcan. 5 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

19355. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

TRENTE-SIXIÈME ANNÉE N° 25 21 JUIN 1889

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

BULLETIN

Paris, 19 juin 1889.

Hygiène de l'armée.

Le rapport que M. le ministre de la guerre vient d'adresser à M. le Président de la République, et dont nous reproduisons ci-dessous les principales parties, présente un double intérêt. Il affirme les progrès accomplis par nos confrères de l'armée et en particulier par les maîtres éminents qui, depuis plusieurs années déjà, se sont consacrés à l'enseignement et au perfectionnement de l'hygiène ; il montre la sollicitude du commandement pour le bien-être du soldat.

Appelés à étudier sous toutes leurs faces les questions diverses qui doivent préoccuper le médecin d'armée, « tous les membres du corps de santé, dit le ministre, ont rivalisé de zèle et plusieurs ont produit des rapports qui sont de véritables monuments scientifiques ». Les analyses bactériologiques exécutées au Val-de-Grâce ont démontré que les problèmes les plus complexes et les plus scientifiques peuvent être résolus par les professeurs et les agrégés de notre première école militaire. Les études faites sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, et en particulier sur l'influence exercée par les *centres urbains* sur le *milieu militaire*, sont l'éclatante confirmation des doctrines épidémiologiques que M. le professeur L. Colin, aujourd'hui médecin inspecteur général de l'armée, avait exposées en 1876 devant l'Académie de médecine (*Gaz. hebd.*, 1876, p. 629 et 641). Et c'est aux travaux d'hygiène générale et spéciale, développés avec tant de compétence et de talent dans la *Revue d'hygiène* de M. Vallin que l'on a emprunté la plupart des conclusions de ce remarquable rapport.

Il n'était que juste de faire ressortir ce qu'ont réalisé pour l'amélioration de l'état sanitaire de l'armée les maîtres du Val-de-Grâce; mais il convient ensuite et surtout de louer sans réserves les membres du Comité technique de santé et les médecins laborieux qui, sous la direction de M. le médecin-inspecteur Dujardin-Beaumetz, ont provoqué les rapports de leurs collègues et indiqué au ministre les mesures à prendre pour arriver à faire prévaloir, dans tous les établissements militaires, les règles d'hygiène et de salubrité qui abaisseront de plus en plus la mortalité de nos armées et assureront le bien-être des soldats.

Dès les premières lignes du rapport annuel sur l'hygiène de l'armée, M. le ministre de la guerre constate que la mortalité militaire en temps de paix, qui était, en 1870, de 12 pour 1000, s'est abaissée au-dessous de 8 pour 1000.

D'après les travaux statistiques établis par les soins du service de santé, la maladie qui fait les plus grands ravages parmi la troupe est toujours la fièvre typhoïde. En treize ans, de 1875 à 1887, elle a atteint 141 648 hommes et entraîné 21 116 décès. Pendant cette même période, elle n'enlevait à la population civile qu'une proportion environ sept fois moindre, malgré les conditions défavorables dans lesquelles vit une partie de cette population. L'excès de la mortalité chez la troupe tient évidemment au rassemblement, qui rend la contagion plus facile, et aussi, il faut bien le dire, à des conditions défectueuses d'installation.

Les circonstances qui amènent l'éclosion et favorisent le développement de la fièvre typhoïde sont principalement : la mauvaise qualité des eaux d'alimentation, la contamination du sol par les égouts, les fosses d'aisances et autres dépôts de matières putrescibles, et enfin la mauvaise installation des cabinets d'aisances.

A la suite d'une enquête prescrite dans tous les corps d'armée par le ministre de la guerre, et dirigée par le médecin-inspecteur Dujardin-Beaumetz, des échantillons d'eaux empruntés à nos divers établissements militaires, depuis les vastes casernes de Paris jusqu'aux forts perdus dans les montagnes, ont été centralisés au Val-de-Grâce et dans quelques grandes villes, et analysés d'après les méthodes les plus récentes. Ces analyses ont permis de classer nos établissements en trois catégories :

1° Ceux qui reçoivent des eaux reconnues bonnes, quelle que soit leur provenance, pour les usages domestiques;

2° Ceux qui emploient des eaux naturellement défectueuses, mais dont la qualité paraît avoir été suffisamment améliorée par le filtrage;

3° Ceux qui consomment des eaux mauvaises à des degrés divers.

C'est pour ces derniers particulièrement que les analyses du Val-de-Grâce ont fourni des résultats intéressants, et en bien des cas, affligeants. Les méthodes bactériologiques ont permis

de constater que ces eaux renferment toujours des quantités considérables de microbes nuisibles, et fréquemment le bacille de la fièvre typhoïde en proportion menaçante. On a pu presque suivre l'histoire de la fièvre typhoïde dans nos établissements, d'après la classification des eaux alimentaires.

Pour porter remède au mal, on s'est efforcé, grâce aux fonds spéciaux alloués au budget extraordinaire de 1889, d'entreprendre dans trente-neuf villes des travaux d'adduction d'eaux de source, et de satisfaire ainsi aux vœux si souvent exprimés par MM. L. Colin et Vallin. A Paris, depuis le mois de mars, tous les établissements militaires reçoivent l'eau de la Dhuys et de la Vanne. On espère voir ainsi prochainement se généraliser ce qui a été observé à la caserne des sapeurs-pompiers, qui, mise antérieurement en possession d'eau de source, a vu tout d'un coup les ravages de la fièvre typhoïde diminuer dans la proportion des cinq huitièmes.

Dans d'autres localités ne jouissant pas d'une distribution d'eau pure, on a recouru provisoirement au filtrage. A Paris, à Lille, à Lyon, à Montpellier et à Bordeaux, des commissions médicales ont été instituées pour l'examen des différents systèmes qu'il conviendrait d'adopter. Vingt-quatre établissements militaires sont déjà dotés d'appareils dont les résultats ont paru très satisfaisants.

Partout d'ailleurs où l'analyse bactériologique a fait reconnaître que l'eau était préjudiciable à la santé des hommes, en attendant que des filtres aient pu être installés, son emploi a été interdit, et les puits et les pompes ont été mis hors d'état de servir. Là où il n'a pas été possible d'aller au dehors chercher l'eau à une bonne source reconnue pure, on a eu recours à l'ébullition pour détruire les germes morbides. Ce moyen n'est, bien entendu, que passager, et les plus grands efforts seront faits pour aboutir à des solutions définitives.

En même temps qu'elle procédait à cette enquête générale sur les eaux, la direction du service de santé réunissait des renseignements non moins utiles sur l'état des fosses d'aisances et sur les procédés de vidange en usage dans nos garnisons. Presque partout il a été constaté que l'emploi des fosses fixes laisse beaucoup à désirer. Elles restent rarement étanches et les liquides gagnent peu à peu le sol environnant. Quant aux latrines établies sur ces fosses, elles sont généralement un foyer de dégagements infects. On a donc prescrit de substituer aux fosses fixes le système des tinettes mobiles partout où l'on ne peut établir le « tout à l'égout ».

Déjà le système des tinettes mobiles fonctionne d'une manière avantageuse dans plusieurs corps d'armée.

Mais ces améliorations, il faut le reconnaître, ne résoudront pas complètement la question de la fièvre typhoïde. L'hygiène des établissements militaires est intimement liée à celle des villes elles-mêmes. Tant que celles-ci ne seront pas mises, par un système de travaux raisonnés, à l'abri du terrible fléau, nos troupes resteront exposées à la contagion. Aussi M. l'inspecteur général Colin conclut-il rationnellement, avec M. le professeur Brouardel, que l'assainissement des centres urbains, au point de vue notamment de l'extinction de la fièvre typhoïde, est devenu « une œuvre nationale ».

L'exemple du bien que peut réaliser dans l'armée la généralisation d'une mesure prophylactique s'affirme de plus en plus chaque année en ce qui concerne la variole. On voit maintenant, non seulement en France, mais en Algérie, en Tunisie et au Tonkin, l'armée protégée par la stricte application de la revaccination obligatoire et rester indemne au milieu des populations ravagées par cette affreuse maladie. En 1877, le chiffre des varioleux militaires était encore de 1042; il est tombé à une moyenne de 242 pendant ces quatre dernières années; le nombre des décès s'est abaissé de 92 à 16; et encore est-il prouvé que ce sont les réservistes qui ont importé la maladie.

Le ministre fait ensuite connaître les prescriptions récentes que nous avons déjà signalées (1887, p. 369 et 1889, p. 249), relativement à la vaccination et à la revaccination.

Le danger dont les épidémies civiles menacent constamment l'armée, ajoute-t-il, est bien plus grave qu'on ne croit généralement et ne se réduit pas à la fièvre typhoïde et à la variole. Plus nous allons, plus certaines manifestations épidémiques sont fréquentes dans les casernements, et ce n'est pas dans l'armée qu'elles prennent naissance. L'appel, toujours renouvelé, des réservistes, des territoriaux, des dispensés, des hommes « à la disposition », apporte incessamment dans les casernes les germes morbides qui existent en permanence dans la population civile de tous les âges. Les épidémies de rougeole, de scarlatine, d'oreillons, de diphthérie, rares autrefois dans la troupe, sont d'une fréquence dont le commandement se préoccupe et s'alarme à juste titre. On ne saurait d'ailleurs méconnaître que les soldats, quittant les foyers épidémiques militaires pour se rendre dans leurs familles, ne fassent courir à celles-ci les chances de la contagion. Aussi cherche-t-on à rendre la protection réciproque des deux populations civile et militaire aussi efficace que possible. Dès maintenant, les renseignements les plus précis s'échangeront sur place entre les autorités, de manière que les mesures commandées par les circonstances puissent être prises en temps utile.

Les procédés de désinfection sont mis en œuvre par l'administration de la guerre sur la plus large échelle. Partout où se produit un cas isolé de maladie transmissible, la literie du malade, ses vêtements, sa chambre sont immédiatement soumis à l'action des vapeurs sulfureuses; si les cas de maladie se multiplient, la désinfection est étendue à tout le casernement et aux vêtements de toute nature qui constituent les magasins de compagnie. Le comité de santé étudie en ce moment un procédé au moyen du bichlorure de mercure, qui est, on le sait, le désinfectant le plus sûr et le plus actif. L'an dernier, l'hôpital du Val-de-Grâce et les 1er, 6e, 11e et 15e corps ont été dotés de six étuves à vapeur sous pression, qui développent une chaleur de 120 degrés. Plusieurs autres corps d'armée recevront cette année soit ces étuves, soit les appareils qui, figurant à l'Exposition universelle, seront jugés être à la fois les plus simples et les plus économiques comme les plus efficaces.

Enfin les comités du génie et de santé étudient les plans d'ensemble à adopter pour les casernements des différentes armes, pour l'installation des divers services, afin que tous les bâtiments que l'on élèvera désormais répondent aux données les plus certaines de l'hygiène. Déjà, presque partout, fonctionne un service de douches froides ou tièdes, selon la saison, si nécessaires à l'entretien de la propreté corporelle; presque partout aussi les hommes ont cessé de manger dans les chambrées, et prennent leurs repas dans des réfectoires, au grand avantage de l'hygiène et de la bonne tenue des locaux. Des tentes et des baraques démontables permettent au service de santé de pourvoir à l'isole-

ment des malades, dans des conditions réellement hospitalières, si une épidémie oblige la troupe à camper loin d'un hôpital mixte ou militaire. Les procédés antiseptiques auxquels la chirurgie actuelle doit une partie de ses succès sont partout en usage maintenant, soit dans les infirmeries régimentaires, soit dans nos hôpitaux; le nouveau matériel qu'ils exigent est assuré, en garnison comme pour le service de guerre, par les crédits récemment votés par les Chambres. La nouvelle nomenclature du matériel du service de santé procure aux malades les moyens de traitement les plus perfectionnés, les médicaments nouveaux les plus efficaces. Une instruction médicale à l'usage des petits postes dépourvus de médecin, comme il arrive nécessairement dans les forts en France et dans les détachements en Algérie, instruction analogue à celle qui a été et est encore si utile au corps d'occupation du Tonkin, est actuellement en préparation et sera bientôt distribuée.

— Dans la dernière séance de l'Académie des sciences, M. le professeur A. Gautier, dont tous nos lecteurs connaissent les beaux travaux de chimie biologique, a été élu membre titulaire en remplacement de M. Chevreul.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les raideurs articulaires.

Les raideurs articulaires sont parmi les lésions que le chirurgien observe le plus souvent et contre lesquelles il est le mieux armé. Mais, si le traitement n'est pas dirigé avec précision et sagacité, l'infirmité, d'abord légère et curable, s'aggravera peu à peu et deviendra définitive. Il est donc du plus haut intérêt d'étudier avec soin tout ce qui est afférent à cette question.

Ces études sont déjà anciennes, populaires même; n'est-ce point sur les raideurs que les empiriques et les rebouteurs ont eu leurs plus beaux succès? Mais les données à la fois scientifiques et pratiques sur ce point ne remontent qu'à Malgaigne. Depuis les leçons d'orthopédie que MM. Guyon et Panas ont publiées d'après l'enseignement de ce maître éminent, le sujet a fixé l'attention de tous les chirurgiens. On n'a d'ailleurs pas ajouté grand'chose à la description initiale, mais on s'est peu à peu familiarisé avec les principes thérapeutiques formulés par Malgaigne.

La vulgarisation n'est peut-être pas encore suffisante, et, dans le chapitre consacré à l'ankylose, nos livres classiques principaux se bornent à une courte mention sur les raideurs. D'autre part, les leçons de Malgaigne ne présentent pas un tableau d'ensemble; c'est à propos de chaque articulation en particulier que les faits relatifs aux raideurs de cette articulation sont passés en revue. Il ne sera donc peut-être pas inutile de tracer une description générale. C'est ce que nous allons tâcher de faire, d'après une leçon récente du professeur Guyon.

I

Avant d'entrer dans le vif du sujet, il faut en préciser les termes, c'est-à-dire définir l'ankylose, et établir en quel rang on doit y placer les raideurs.

L'ankylose est une terminaison à laquelle peuvent aboutir à peu près toutes les maladies articulaires. Elle en est même, souvent, un mode de guérison et l'on peut la comparer à une cicatrice; mais il y a des ankyloses vicieuses, tout comme il y a des cicatrices vicieuses; et c'est une des conditions dans lesquelles le chirurgien est appelé à intervenir. Il est encore un point sur lequel il convient d'insister: l'ankylose est une terminaison, elle n'est établie que du jour où l'arthrite est guérie.

On définira donc l'ankylose: un état pathologique permanent des articulations mobiles, qui est consécutif à une maladie articulaire guérie et qui diminue mécaniquement l'étendue des mouvements naturels, ou les empêche complètement.

On le voit, les degrés sont nombreux, de la simple restriction à l'abolition complète des mouvements. Il est indispensable d'en tenir compte dans une classification pratique.

Depuis longtemps déjà on a voulu diviser les ankyloses en fausses et vraies, suivant que les mouvements sont, ou non, en partie conservés. Ces termes sont défectueux, car il n'y a pas de fausses ankyloses: il y a des limitations plus ou moins importantes des mouvements, et une limitation légère, mal traitée, peut aboutir à ce que l'on appelait ankylose vraie. Mais, si les termes doivent être abandonnés, il faut reconnaître qu'ils cherchaient à exprimer une idée parfaitement juste: les ankyloses ne peuvent être classifiées que par la clinique. Sans doute, on a cherché à se fonder sur l'état anatomique des parties, suivant que l'ankylose est osseuse ou fibreuse : on n'a pas tardé à se convaincre qu'au triple point de vue symptomatologique, pronostique et thérapeutique, on s'expose à des déboires si l'on se fie à cette distinction.

En réalité, et le professeur Richet y a insisté dans une thèse ancienne déjà, la seule division valable est la division clinique grossière des ankyloses en complètes et incomplètes. Aux complètes peuvent correspondre des états anatomiques variables. La soudure pourra être fibreuse aussi bien qu'osseuse. Aux incomplètes, cela va sans dire, n'appartiennent que des néoformations fibreuses. Parmi elles cependant, la clinique exige qu'on distingue deux cas, suivant que l'ankylose est lâche ou serrée.

Ces divisions seraient cependant insuffisantes si elles ne tenaient compte que de la clinique, au mépris des constatations anatomo-pathologiques. Non point qu'il faille insister sur le diagnostic des soudures fibreuses ou osseuses, mais il est indispensable de se demander en quel état se trouve la cavité séreuse de la jointure atteinte. Il y a en effet deux grandes variétés d'ankyloses: les unes sont causées par des lésions péri-articulaires; les autres, au contraire, ont leur origine dans des soudures intra-articulaires. Aux yeux du praticien, cette notion doit tout primer, car on conçoit que le pronostic et le traitement seront tout à fait différents, suivant que la cavité articulaire sera à peu près libre ou au contraire oblitérée.

Or la classification clinique en ankyloses complètes et incomplètes, ces dernières étant serrées ou lâches, répond en même temps aux notions anatomo-pathologiques qui précèdent. Faisons abstraction de quelques exceptions, des soudures osseuses périphériques de l'arthrite sèche, des ankyloses incomplètes très anciennes et abandonnées à elles-mêmes : les ankyloses complètes sont dues à des lésions intra-articulaires. Les incomplètes lâches sont au contraire d'origine péri-articulaire. Les incomplètes serrées peuvent appartenir à l'une ou l'autre classe, mais nous

verrons qu'au point de vue thérapeutique également elles sont intermédiaires aux deux.

Nous arrivons ainsi à distinguer les ankyloses en péri-articulaires et intra-articulaires. Les premières, lorsqu'elles sont incomplètes, ce qui est à peu près constant, constituent les raideurs articulaires.

II

Les raideurs articulaires, nous l'avons déjà dit, ont été étudiées avec grand soin par Malgaigne, dont le seul tort a été de les qualifier de fausses ankyloses.

Leurs causes sont au nombre de deux. L'une est l'arthrite, lorsque son intensité n'est pas trop grande. L'autre est l'immobilisation prolongée. L'une et l'autre, d'ailleurs, s'associent souvent. Mais l'immobilisation à elle seule suffit, à condition toutefois d'être faite en mauvaise position.

Cette distinction n'a pas toujours été nette. En 1841, Teissier père (de Lyon) a publié une étude remarquable sur les lésions engendrées dans les jointures par l'excès de repos. Épanchements de sang et de sérosité, injection de la synoviale et formation de fausses membranes, lésions des cartilages, ankylose même, voilà tout ce que peut produire l'immobilisation prolongée. De là est venue l'ankylophobie de certains chirurgiens, pour emprunter une expression à M. Verneuil.

Mais en 1841 on en était à peine aux premières recherches de Bonnet sur l'influence de la position dans les maladies articulaires, sur l'attitude physiologique de repos. Nos connaissances se sont peu à peu perfectionnées et nous savons aujourd'hui que les articles supportent bien le repos prolongé, pourvu qu'on les immobilise en bonne position.

A tout instant le praticien trouve l'application de ces préceptes théoriques. N'a-t-il pas tous les jours à immobiliser une jointure saine? Un appareil ne fixe-t-il pas souvent la main entière alors que le mal, un panaris par exemple, n'atteint qu'un seul doigt? Le repos du membre entier n'est-il pas de règle pour la plupart des fractures? Et les fractures péri-articulaires sont encore plus dangereuses au point de vue qui nous occupe: elles se compliquent en effet volontiers d'un léger degré d'arthrite. Il en est de même pour les luxations réduites.

La nature de l'articulation immobilisée est également à prendre en considération; on n'oubliera pas que les jointures les plus serrées sont celles qui sont le plus sujettes aux raideurs, que les ginglymes surtout y sont prédisposés.

Cette simple mention des deux causes ordinaires des raideurs suffit pour faire comprendre que les lésions péri-articulaires vont être les plus importantes. On constate, en effet, que les altérations portent avant tout sur les ligaments, les tendons, les bourses séreuses, la peau même. La synoviale, sans doute, est souvent atteinte, toujours même, mais elle l'est peu, surtout dans les formes qui relèvent de la seule immobilisation en position vicieuse, et qui sont, en somme, des petites raideurs.

Tous ces tissus subissent une évolution morbide analogue: dans tous il y a raccourcissement, rigidité plus ou moins grande, dus à une transformation fibreuse, cicatricielle, à une sorte de sclérose.

Les ligaments surtout sont épaissis, feutrés, principalement près de leurs insertions; les plus tendus sont ceux qui sont le plus altérés, et parmi les plus tendus, il faut citer les ligaments latéraux des ginglymes. Aussi ne s'étonnera-t-on pas que les ginglymes soient le type des articulations à raideurs. Ces ligaments sont raccourcis, et les études histologiques d'Hénocque y ont révélé une infiltration plastique, qui peu à peu évolue, de façon que, abandonnée à elle-même, elle tend à remplacer le tissu fibreux du ligament normal par du tissu fibreux inodulaire: aussi bien la clinique enseigne-t-elle qu'il y a des raideurs que rien ne guérit, et dans ces conditions on n'arrive plus, le scapel à la main, à délimiter les ligaments, fusionnés qu'ils sont dans une gangue scléreuse, qui englobe en même temps les tendons, les muscles.

Il y a, en effet, état cicatriciel de tout le tissu conjonctif péri-articulaire, et de là des indurations, des brides, que parfois il faudra sectionner pour obtenir le redressement. Tout comme il est quelquefois indiqué de sectionner les tendons, dont les corps musculaires ont subi, du côté où l'articulation est fléchie, un raccourcissement qui s'est souvent transformé en rétraction fibreuse. De même, il y a rétraction des plans aponévrotiques, et même de la peau. On se rend compte, en clinique, de ce raccourcissement de la peau dans les raideurs articulaires des doigts: on voit alors un segment lisse, tendu, où les plis anormaux ont disparu.

Au milieu de toutes ces altérations, l'appareil de glissement est le plus souvent modifié. C'est à cet appareil qu'appartiennent, d'abord, les bourses séreuses péri-articulaires; or ces bourses sont fréquemment oblitérées. Ces lésions s'observent surtout à l'épaule, où l'on sait qu'entre le deltoïde et la capsule articulaire il y a un système de bourses séreuses fort important, dont l'utilité physiologique a été bien mise en relief par les études de M. Duplay sur la péri-arthrite scapulo-humérale. Par transformation fibreuse de ce système séreux, on peut arriver à une ankylose très serrée, mais bien plus justiciable de la chirurgie que l'ankylose intra-articulaire.

Dans ces cas, il est vrai, il y a des lésions intra-articulaires, mais M. Duplay a bien fait voir qu'elles doivent être mises en second rang. Elles sont la règle, d'ailleurs, dans toutes les raideurs, où la synoviale est épaissie, scléreuse comme les tissus voisins; où les surfaces articulaires n'échappent pas tout à fait au processus morbide et cela en raison non seulement de l'immobilisation, mais aussi en raison des modifications de la synoviale qui, on le sait, tient sous sa dépendance les phénomènes de la vie intra-articulaire.

Les lignes précédentes démontrent donc qu'il ne faut pas prendre au pied de la lettre l'expression d'ankylose péri-articulaire, et en conclure que l'intérieur de la jointure est normal. Cette intégrité heureuse de la synoviale n'est jamais absolue. Mais elle est suffisante, dans bien des cas, pour qu'on soit en droit d'espérer le retour à l'état normal, physiologiquement au moins. Ailleurs, au contraire, l'articulation est plus compromise, et l'on est sur le chemin de l'ankylose complète. La première catégorie de faits constitue les *petites raideurs* de Malgaigne; les *grandes raideurs* répondent à la deuxième.

C'est donc du degré des lésions propres de la jointure que dépend le degré de la raideur. Or le traitement ne sera efficace que si l'on fait un diagnostic précis entre les grandes et les petites raideurs. Comment donc arriver à ce diagnostic?

III

Si l'on se bornait à l'examen actuel du malade, on arriverait difficilement à poser ce diagnostic; les symptômes

sont en effet identiques dans les deux variétés. Il ne faut même pas croire que la limitation des mouvements soit toujours plus étroite dans les grandes raideurs que dans les petites. Dans les deux, les mouvements spontanés sont à peu près impossibles et l'articulation malade est suppléée par ses voisines; pour l'épaule, par exemple, les mouvements du bras provoquent le basculement immédiat de l'omoplate. Les mouvements communiqués sont possibles dans une certaine étendue, et la mobilisation, indolente jusque-là, s'accompagne, à partir de ce point, d'une douleur extrêmement vive, arrachant des cris au malade, pouvant provoquer la syncope. Mais cette douleur si intense s'évanouit rapidement; au bout de quelques instants, il n'en est plus question. Cette douleur, elle aussi, est identique pour les grandes et les petites raideurs.

Le diagnostic entre les deux variétés est cependant utile pour mener à bien le traitement. Comment donc l'établir, puisque le degré des mouvements et l'intensité de la souffrance y sont impuissants? C'est affaire à une enquête exacte sur les commémoratifs, sur la cause surtout. Et d'ailleurs les raideurs articulaires sont en cela semblables aux ankyloses intra-articulaires pour lesquelles, tous les auteurs y insistent, la notion étiologique est d'une importance capitale. On se rappellera que le degré de la raideur est en raison directe de l'intensité de l'arthrite initiale; qu'à la simple immobilisation en mauvaise position répond la petite raideur. Mais il faut tenir compte, aussi, de la durée du mal; avec le temps, une lésion légère, une petite raideur, peut aboutir à un état incurable. Ces conséquences graves sont d'autant plus rapides que l'articulation est plus serrée normalement; aux doigts, par exemple, on doit s'en méfier, et dès lors s'occuper avec attention de leur mobilisation précoce lorsque pour une cause quelconque on est conduit à les fixer dans un appareil. Si l'on oublie ces préceptes, on verra aisément les cinq doigts rester raides, infirmes, à la suite d'un panaris, qui n'a porté que sur un d'eux; d'une fracture de l'avant-bras, qui n'en avait lésé aucun.

Le diagnostic ne sera complet que si le chirurgien détermine avec précision où en est l'arthrite. Est-elle ou non éteinte? Sans une réponse à cette question, il est impossible d'entreprendre un traitement rationnel et efficace. Pour obtenir cette réponse, il suffit de soumettre la synoviale à un interrogatoire direct par des pressions localisées, et le résultat de l'enquête sera probant si les pressions sont faites aux lieux d'élection sur lesquels Malgaigne a insisté, dans les points où la séreuse est séparée du doigt par l'épaisseur minima des parties molles. Ainsi à l'épaule on appuiera dans l'interstice pectoro-deltoïdien; au coude, soit en arrière sur les côtés de l'olécrâne, soit, encore mieux, sur l'interligne huméro-radial; à la hanche, c'est contre la face antérieure du col fémoral, juste en dehors de l'artère, qu'on arrive le mieux à comprimer la synoviale. Si la pression ainsi faite avec précision est indolente, on peut affirmer que l'arthrite est éteinte, et l'on peut agir en conséquence.

C'est dans ces conditions qu'un traitement bien dirigé donnera souvent des succès remarquables. Si en effet une raideur abandonnée à elle-même est d'un pronostic sérieux, une raideur traitée avec attention et à temps est d'un pronostic bénin: on est en droit d'affirmer que le pronostic dépend absolument du chirurgien. Mais il faut reconnaître que le praticien a trop souvent tendance à négliger cette gêne fonctionnelle, d'abord médiocre dans bien des cas. Au sortir d'un appareil pour une fracture du radius, par exemple, il est vulgaire que la main entière soit quelque peu rouillée; mais, quand le malade s'en plaint à son médecin, la réponse est trop souvent: Cela ne sera rien. Et avec le temps, qui devait, disait-on, arranger les choses, l'ankylose s'aggrave trop souvent, au lieu de rétrocéder; la gêne se transforme en infirmité sérieuse.

IV

En tête du chapitre sur le traitement des raideurs articulaires, on doit écrire un aphorisme: le mouvement ne se rétablit que par le mouvement. A condition, toutefois, qu'on sache comment administrer le mouvement, et à quelle dose. On peut en effet agir avec les mains ou avec des machines; et quant à la dose, on peut pousser d'un coup les mouvements à l'extrême ou, au contraire, les restituer graduellement; procéder, par conséquent, à dose entière ou à dose fractionnée.

C'est toujours, ou à peu près, à la dose entière, brutale, qu'ont recours les rebouteurs. Ils obtiennent parfois ainsi des guérisons miraculeuses, et leur triomphe est d'autant plus grand que souvent il avait été précédé d'un échec du médecin. N'avait-on pas épuisé, sans succès, les liniments, les frictions, les bains? Mais cette mobilisation immédiate et totale devient aisément dangereuse et le tort des rebouteurs est de ne pas savoir quand elle est nuisible, de ne pas être capables de l'apprendre.

Le mouvement à dose entière est bon pour les petites raideurs, lorsque le mal n'est pas trop ancien, lorsqu'il n'y a pas eu d'arthrite initiale. Ainsi, il donnera des succès remarquables sur les jointures qu'une simple immobilisation, relativement récente, a rendues impotentes. Mais en dehors de ces conditions, une trop grande précipitation est susceptible de réveiller l'arthrite. Là est, en effet, l'écueil dans le traitement des raideurs. Dans les cas un peu accentués, c'est donc au mouvement à dose fractionnée que l'on s'adressera.

A chaque essai de mobilisation, la douleur sera vive. On serait donc tenté d'opérer sous le sommeil chloroformique. Cette pratique doit être absolument repoussée, car la douleur est notre seul criterium. Elle sera violente, sans doute, mais elle ne doit pas persister. Si pendant une séance on provoque une souffrance qui se prolonge, on peut être sûr que l'arthrite va venir entraver le traitement. Or le malade éveillé est seul juge et de l'intensité et de la durée.

La séance durera environ dix minutes, un quart d'heure. Presque tout entière elle sera consacrée à des assouplissements par les mouvements restés indolents. Puis, à la fin, on dépassera ce degré et, en provoquant la douleur, on gagnera un peu de terrain. On aura soin, si la souffrance s'évanouit en quelques minutes, de fixer pendant quelque temps l'articulation dans cette nouvelle position: pour avoir gagné la victoire, il faut coucher sur le terrain conquis. Et l'on conçoit, vu la fugacité de la douleur, que l'on puisse faire des séances fréquentes, au moins une par jour, et quelquefois deux.

Dans l'intervalle des manipulations chirurgicales, on permettra au malade des mouvements spontanés, mais seulement dans les limites de la zone indolente. On y ajoutera même quelques exercices spéciaux. Prenons l'épaule, pour type. Le patient posera sur le vertex la main du côté

malade, puis de la main saine il en saisira les doigts et la tirera vers l'oreille. Il agira de même après avoir placé la main derrière l'occiput et, pour aller plus loin, il fera un mouvement d'extension de la tête. Puis la main sera placée derrière le dos, dans l'attitude dite « napoléonienne », et là encore sera tirée avec l'autre main, tandis que, contre un meuble, le patient communiquera au coude une pression modérée de dehors en dedans.

Pour tous ces mouvements, communiqués par le malade ou par le chirurgien, l'action des mains suffit s'il s'agit d'une petite raideur. Au début, et dans les cas intenses, on s'aidera de la balnéation. Il est reconnu, en effet, que dans le bain les tissus s'assouplissent, et la mobilité devient plus grande. C'est sans doute ce qui a fait croire à la grande efficacité des cures hydrothérapiques et balnéaires, efficacité dont Malgaigne a eu raison de contester la réalité absolue. Les bains ont une influence favorable, mais essentiellement passagère, et on ne peut les employer qu'à titre de moyens adjuvants.

Dans les grandes raideurs il faut, en principe, appliquer le même traitement, mais les manœuvres manuelles seront la plupart du temps impuissantes et l'on aura besoin d'utiliser les machines. Les premières scientifiquement construites sont celles de Bonnet. Celle qui sert pour le coude est le type le plus simple. Deux manchons, articulés à charnière au niveau du coude, entourent l'un le bras et l'autre l'avant-bras. Ce dernier se prolonge en une poignée à l'aide de laquelle on fait varier l'angle de la charnière. Une vis à pression située au niveau de cette charnière permet de fixer l'appareil dans la position voulue, à la fin de chaque séance.

Malgaigne a reproché à ces appareils, de nos jours trop délaissés, d'agir avec une force mal déterminée, et il a proposé de les remplacer par des machines à crémaillère. Il est incontestable que l'on a de la sorte une graduation plus précise du mouvement, mais aux dépens d'une complication dont on peut fort bien se passer dans la pratique courante.

Voilà donc déjà une différence au désavantage des grandes raideurs : le secours des machines y est fréquemment indispensable. Ce n'est malheureusement pas la seule, et le résultat, si brillant pour les petites raideurs, devient ici un peu plus aléatoire. Sans doute, on réussira dans la majorité des cas à restituer sinon la totalité, au moins la majeure partie des mouvements. Mais les échecs ne sont pas rares lorsque l'arthrite initiale a été intense, et surtout si elle était l'indice d'une tare diathésique. Alors il faudra se rabattre sur le traitement de l'ankylose incomplète serrée et intra-articulaire. On se contentera du redressement brusque, sous le chloroforme, de façon à mettre la jointure ankylosée dans une position favorable au fonctionnement ultérieur du membre. Après le redressement, auquel on fera dépasser quelque peu le degré définitivement désiré, on immobilisera avec soin l'articulation dans laquelle l'arthrite sévira à peu près à coup sûr.

Ainsi, dans le degré le plus grave, les grandes raideurs deviennent identiques aux ankyloses intra-articulaires incomplètes et, comme elles, entraînent la suppression physiologique définitive de l'article malade. Mais sauf ces cas, d'une rareté relative, de l'étude qui précède il résulte que dans les raideurs articulaires les lésions sont péri-articulaires et ne s'opposent pas au rétablissement d'une articulation mobile. Pour les ankyloses intra-articulaires, au contraire, la chirurgie a fait fausse route tant qu'elle a cherché à rétablir l'articulation primitive autrement que par la résection.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Du traitement des douleurs prurigineuses par le menthol.

Les propriétés analgésiques de cette substance ont été utilisées pour diminuer le prurit des dermatoses, et en particulier le prurit sénile, le prurit de l'eczéma, celui de la gale et même la douleur cutanée de l'urticaire.

A cet effet, on peut le prescrire sous forme de teinture, de liniment ou de pommade.

1° *Teinture ou esprit de menthol.* — Il contient :

Menthol................	1 à 3 grammes.
Alcool à 40 degrés........	50 à 60 —

En applications externes sur la région malade.

2° *Liniment au menthol.* — Son action paraît plus durable :

Menthol......................	3 grammes.
Huile d'olives...............	30 —
Lanoline.....................	30 —

3° *Pommade au menthol.* — Cette pommade, formulée par Saalfield, a pour composition :

Menthol......................	2gr,50
Baume du Pérou......	5 grammes.
Lanoline....................	100 —

En onctions.

Il convient d'ailleurs d'augmenter la dose de menthol de ces diverses préparations et de l'élever jusqu'à 10 ou 15 pour 100 de l'excipient quand on veut combattre le prurit rebelle ou les démangeaisons des eczémas chroniques.

Ch. Éloy.

REVUE DES COURS ET DES CLINIQUES

Faculté de médecine de Lyon. — Clinique de l'Antiquaille : M. le professeur Gailleton.

(Leçon recueillie par M. Désir de Fortunet, chef de clinique.)

Trichophytie des cils. — M. Gailleton présente un malade entré dans son service le 8 mai dernier.

Obs. — Cet homme, âgé de trente-sept ans, cultivateur, habitant le département de l'Isère, est porteur d'une éruption qui a débuté il y a quatre mois par l'angle de la mâchoire inférieure gauche. Ce ne fut tout d'abord qu'une petite plaque rouge, arrondie, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes; puis elle se couvrit rapidement d'une légère desquamation épidermique en donnant lieu à une démangeaison assez vive. En quelques semaines la lésion s'étendit sur toute la joue gauche, empiétant également sur la région sous-maxillaire. Au bout d'un mois et demi le menton, la joue droite, la racine du nez, les paupières, les sourcils, étaient le siège d'une éruption semblable. Actuellement toutes les parties pileuses de la face et du cou sont envahies, sauf toutefois la lèvre supérieure qui est restée indemne. Une vaste nappe inflammatoire, avec abcès folliculaires, tubercules sous-cutanés, masses indurées plus ou moins étendues, ulcérations recouvertes de croûtes englobant les poils, existe sur toute l'étendue de la barbe. Les poils s'arrachent facilement; beaucoup sont cassés et ont pris une

teinte blanc grisâtre. La paupière supérieure droite est presque complètement envahie par l'éruption; elle est rouge et recouverte de lamelles épidermiques qui desquament au plus léger grattage. Des petites croûtes entourent le point d'implantation des cils. Le bord libre des paupières dans sa portion externe à gauche est presque entièrement dépourvu de cils; beaucoup d'entre eux sont cassés et manifestement malades. Mêmes lésions au niveau des sourcils. En arrière, sur la partie supérieure de la nuque, se trouve une plaque semblable, de la dimension d'une pièce de 2 francs, siégeant exactement sur les limites du cuir chevelu.

Interrogé sur les causes de sa maladie, cet homme répond qu'au mois de décembre dernier il s'est aperçu que ses vaches présentaient sur la tête et sur d'autres régions du corps une éruption constituée par des croûtelles blanches et de petits boutons rouges. Depuis deux mois seulement un de ses enfants porte une lésion circulaire sur le front; il n'a été vu par aucun médecin. Depuis très longtemps cet homme ne s'est pas fait raser chez un coiffeur.

En présence de pareils symptômes et en se basant sur la marche même de l'affection, M. le professeur Gailleton ne croit pas que le diagnostic puisse rester douteux. Il s'agit certainement d'une trichophytie de la barbe avec extension aux cils, aux sourcils et à la région de la nuque. Du reste des préparations microscopiques ont été faites et les poils de ces différentes régions ont été trouvés complètement infiltrés par le trichophyton. De longues traînées de spores sphériques dissocient les fibres longitudinales du poil et ses gaines sont également gorgées de spores et de tubes de mycélium.

M. Gailleton insiste particulièrement sur les trois points suivants :

Tout d'abord la trichophytie des cils est excessivement rare. D'une manière générale toutes les régions pileuses peuvent être atteintes par le trichophyton; mais en fait les cils sont à peu près toujours épargnés, même chez les malades dont les lésions sont extrêmement étendues. Une seule fois M. Gailleton a pu constater une semblable localisation; il n'en connaît pas d'autres observations. Par de patientes recherches on arriverait peut-être à en réunir quelques cas; mais certainement ils ne sont pas nombreux dans la littérature médicale.

Le trichophyton aime les régions sèches, il se développe plus facilement au niveau des poils dépourvus d'humidité; aussi est-il possible que la présence des larmes, baignant constamment le bord des paupières, soit pour les cils une cause d'immunité.

Quant au cuir chevelu, il est resté complètement indemne. La plaque qui siège à la région postérieure s'est arrêtée exactement sur la limite des cheveux. Les poils incomplètement développés de la nuque ont été atteints, mais les cheveux véritables n'ont pas été envahis par le parasite. L'herpès tonsurant est en effet exceptionnel après l'âge de la puberté et même, à cette époque de la vie, les enfants teigneux voient leur affection se guérir d'elle-même. En cela ce malade n'a pas échappé à la règle générale.

Enfin les poils de barbe implantés sur la lèvre supérieure sont encore parfaitement sains. Cette absence de lésion peut servir souvent à poser un diagnostic avant tout examen microscopique. Autant le début de la folliculite de la barbe, du sycosis non parasitaire, par la partie médiane de la lèvre supérieure est fréquent, autant la trichophytie y est exceptionnelle dans les premières périodes de l'affection. Presque toujours elle n'envahit la moustache que par extension.

Traitement de l'acné de la face par l'iodochlorure de mercure. — M. Gailleton présente un autre malade qui était atteint d'acné de la face. C'est un jeune homme de dix-huit ans, blond, rhumatisant, qui avait une acné pustuleuse remontant à plusieurs années. Tous les traitements ordinaires ont été successivement employés sans amener aucune amélioration. Les nouveaux médicaments tels que la résorcine et le naphtol n'ont pas eu de meilleurs résultats. On lui prescrivit alors des frictions vigoureuses et prolongées avec une pommade à l'iodochlorure de mercure (30 centigrammes sur 30 grammes). Le malade eut une dermite très intense, le visage était rouge, tuméfié; on pouvait penser à première vue à un érysipèle de la face. Tous ces symptômes inflammatoires disparurent au bout de trois à quatre jours; actuellement son acné peut être considérée comme guérie, au moins momentanément. On ne trouve plus aucune glande sébacée gorgée de pus et toute trace d'éruption a disparu.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Sur la pathogénie du tétanos dans les régions tropicales, par M. le docteur J. Fontan, professeur à l'École de médecine navale de Toulon.

[La discussion sur la nature et les origines du tétanos en général et sur la provenance du tétanos humain en particulier vient d'être close à l'Académie, mais elle reste ouverte dans le public médical.

On sent que les questions sont nettement posées, mais non définitivement résolues, et qu'il faut encore beaucoup de faits soigneusement observés et d'expériences bien conduites pour arriver à la connaissance complète de ce mal redoutable.

Sur ce point M. Verneuil et ses contradicteurs sont entièrement d'accord.

La *Gazette hebdomadaire* a jusqu'ici ouvert ses colonnes à des travaux sérieux et instructifs; ainsi fera-t-elle encore dans la suite. Elle publie aujourd'hui un fort intéressant mémoire, plusieurs fois cité dans la dernière discussion académique, et qui est riche de faits et de renseignements sur le tétanos des pays chauds. Le point spécial du tétanos à bord des vaisseaux y est examiné avec soin.]

Ce mémoire contient les résultats d'une sorte d'enquête à laquelle je me suis livré sur l'étiologie et la pathogénie du tétanos dans les pays chauds, où l'on sait qu'il est si fréquent.

Dans l'étude qui se poursuit depuis quelques années sur cette question, il manquait peut-être la variété des faits, des races, des milieux. Élargir le terrain d'étude, changer de latitude, recueillir et publier des faits analogues, mais développés dans des régions lointaines et bien différentes, n'est-ce pas apporter d'excellents éléments d'appréciation, surtout dans des recherches de causalité? C'est ce qui m'a déterminé à mettre en ordre tant de documents négligés jusqu'ici.

L'idée, je dois le dire, m'a été fournie par M. le professeur Verneuil, et les matériaux qui forment le fond de ce travail, me viennent d'un grand nombre d'amis et de camarades de la médecine navale. Aussi, s'il offre quelque intérêt, j'y ai peu de mérite. Entre celui qui a inspiré ces recherches et ceux qui en ont fourni les éléments, ma part est à peine appréciable.

J'aurais pu en attendant davantage réunir un plus grand nombre d'observations; mais j'aurais ainsi laissé passer le moment où la question a besoin d'être éclairée par de nombreuses recherches. D'ailleurs tout fait nouveau et important sera publié ultérieurement, dès qu'il me parviendra.

Je ne puis citer à chaque instant, chacune des sources auxquelles j'aurai puisé. Ce serait fastidieux. Mais je déclare d'avance que je n'ai rien emprunté à des livres ou à des

articles plus ou moins nouveaux, quoiqu'il en existe d'excellents (1).

Tous mes documents proviennent soit de correspondances, soit de communications verbales de mes camarades de la marine, de leurs rapports de fin de campagne, des statistiques coloniales et de mes propres notes.

Je relaterai d'abord les conditions étiologiques générales du tétanos exotique : localités, climat, saison, traumatisme et spontanéité, etc.

Dans un deuxième paragraphe je mettrai en relief ce qui peut éclairer la question de la contagion, de l'infectiosité et des épidémies.

Un troisième paragraphe contiendra tout ce qui intéresse la question de l'origine équine.

§ I. — ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE.

Je serai très bref sur les causes et les conditions générales du tétanos dans les pays chauds Beaucoup de ces conditions sont en effet banales, ont été indiquées depuis longtemps, et n'occupent plus aujourd'hui que le rang de circonstances adjuvantes. Je ne puis les passer cependant sous silence, ne fût-ce que pour traduire tout entière l'opinion de confrères qui ont longtemps exercé dans des régions dont ils connaissent à fond la météorologie et la morbidité.

A. *Fréquence du tétanos. — Géographie médicale.* — On sait de longue date que cette maladie est fréquente dans les pays chauds. Mais cette fréquence n'est pas du tout égale pour des contrées voisines, ou placées sous le même parallèle. Ainsi en Asie on l'observe surtout dans l'Inde anglaise, tandis qu'en Annam et en Cochinchine il est beaucoup plus rare.

Dans les établissements français de l'Inde il donne un chiffre de mortalité considérable. A Pondichéry seulement, ce chiffre s'est élevé en 1886 à 139 pour les nouveau-nés, et à 14 pour les adultes, tous à la suite de blessures (Léonard). Ces décès se sont répartis ainsi : 4 en mai, 2 en juillet, 4 en août, 2 en septembre, 1 en octobre, 1 en novembre ; c'est-à-dire qu'ils paraissent s'accumuler dans les mois les plus secs et les plus chauds, les mois frais (de décembre à mars) en étant exempts.

En Cochinchine, d'après une statistique très bien faite de M. Lalluyau d'Ormay, on n'en a vu en sept ans (de 1863 à 1870) que 3 cas sur des Européens. Depuis il s'en est produit tous les deux ans à Saïgon 1 cas environ (Jan). Un très haut fonctionnaire de la Cochinchine a récemment succombé du tétanos à la suite d'une piqûre de morphine. Mais il s'en montre plus souvent chez les indigènes, et dans notre armée au Tonkin la période de guerre en a multiplié les exemples.

C'est surtout dans les hôpitaux indigènes qu'on le rencontre fréquemment, mais il n'en reste aucune trace écrite. Toujours est-il que l'Indo-Chine est beaucoup plus épargnée que l'Indoustan.

Dans l'Amérique du Sud et surtout au Brésil, le tétanos est commun. Dans le golfe du Mexique, à la Guyane, aux Antilles, il n'est pas rare non plus, quoiqu'il paraisse y avoir diminué de fréquence depuis quelques années.

Il y est plus souvent traumatique que spontané, mais peut cependant survenir chez des gens sains, sans autre cause apparente qu'un refroidissement.

On constate que les localités et les saisons humides semblent favoriser l'apparition de cette redoutable affection.

Aux Antilles comme dans plusieurs régions, on a soin de distinguer du tétanos des adultes, celui des nouveau-nés, qui porte le nom de *mal-mâchoire* et de mémoire d'homme n'a jamais guéri. Cette variété se montre souvent épidémique, et dans la saison humide (Dr Lhoyseau, de la Guadeloupe).

A la Guyane, ce tétanos des enfants se voit aussi très souvent, mais M. le docteur Rangé remarque qu'il apparaît toujours vers le quatrième jour, au moment de la chute du cordon. Cette observation, faite déjà par d'autres médecins, rapproche les cas infantiles dits spontanés des cas traumatiques.

Du reste ce médecin a traité en deux ans 4 cas infantiles mortels, et 6 cas traumatiques chez des adultes.

En Afrique, sur la côte occidentale, l'affection qui m'occupe est très commune, et vient compliquer les plus petits traumatismes, tels qu'injections hypodermiques de quinine.

Elle survient aussi spontanément chez les nègres par refroidissement.

Tel médecin qui n'a passé que quelques mois sur cette côte a pu y voir 15 à 20 cas de tétanos.

A Madagascar aussi, grande fréquence, avec prédilection marquée pour les nouveau-nés, à quelque race qu'ils appartiennent.

Enfin en Océanie, aux Marquises, aux Nouvelles-Hébrides, il est encore commun.

On sait aujourd'hui que les accidents mortels imputés à des flèches empoisonnées, et qui ont enlevé les deux tiers des blessés dans les incidents du *Rosario*, de la *Pearl*, de l'*Effie Mecklé*, et au moment du massacre de l'évêque Patteson, n'étaient que du tétanos (1).

A Taïti (Prat) et en Nouvelle-Calédonie, on le rencontre moins communément que dans les pays précédemment cités, mais plus cependant qu'en Europe. J'ai pu en constater moi-même trois cas traumatiques mortels sur des adultes, et un cas sur un nouveau-né pendant une période de deux ans dans notre grande colonie pénitentiaire.

B. *Races.* — Dans cette énumération rapide des localités, je n'ai pas parlé des races. C'est une affirmation déjà ancienne, renouvelée par tous les auteurs, que les races indigènes des pays tropicaux ou subtropicaux sont plus exposées au tétanos que les Européens habitant les mêmes régions. J'avoue que je ne suis pas absolument convaincu que la race joue dans cette étiologie le rôle d'un facteur indépendant. Peut-être n'y a-t-il là qu'une question de proportionnalité. Il est bien évident en effet que dans la plupart des pays de nègres, il y a plus de nègres que de blancs, sauf quelques points cependant tels que Nouméa. Aux Antilles, à Madagascar, dans l'Inde, sur la côte d'Afrique, la population indigène, relativement abondante, doit fournir plus de blessés et partant plus de tétaniques, que le groupe souvent rare des colons et des fonctionnaires.

De plus les indigènes de ces contrées négligent tous les préceptes d'hygiène, se blessent aux pieds à chaque instant par suite du défaut de chaussures et ne prennent pas soin de leurs blessures. Ils couchent souvent sur le sol, et s'exposent à des refroidissements ou à des contaminations que les blancs savent éviter. Il faut tenir compte de tout cela, et réduire de beaucoup l'importance spéciale attribuée à la race.

C. L'*influence du climat et des saisons* est aussi invoquée par la plupart des observateurs. Il est malheureux que tantôt ils accusent le froid et tantôt la chaleur, ou que les uns voient dans les vents secs une influence nocive, que les autres n'hésitent pas à attribuer à la saison des pluies.

Ces observations contradictoires étant faites dans des régions très diverses, il y a là un certain nombre de cir-

(1) Voy. surtout : Corre, *Traité clinique des maladies des pays chauds*. Paris, 1887. — Millot, *De la nature du tétanos*, Thèse de Montpellier, 1887.

(1) Voy. le récit de ces événements intéressants dans le *Statistical report o the health of the navy for the year* 1875, analysé in *Arch. méd.*, novembre 1877.

constances locales qu'il faudrait analyser; mais il y a aussi beaucoup d'idées toutes faites, qu'il est impossible de concilier.

Sans doute dans les pays chauds, les brusques variations de température, la descente imprévue du thermomètre, la réfrigération par évaporation rapide de la sueur, et toute autre cause de refroidissement, jouent en pathologie un rôle plus actif encore que dans les zones tempérées. Mais quant au tétanos, je suis convaincu que ces influences sont purement adjuvantes ou indirectes, et nullement pathogènes.

(*A suivre.*)

REVUE DES CONGRÈS

Réunion des Sociétés savantes à Paris.

La section des sciences médicales s'est réunie les 12 et 13 juin dernier, sous la présidence de M. le docteur Le Roy de Méricourt. Nous relevons, parmi les communications faites à cette assemblée, celles qui nous ont paru présenter le plus grand intérêt.

M. le docteur *L. Florain* (d'Orléans) expose ses *Recherches sur l'action de la salive sur les plantes et sur les propriétés physiologiques du sulfocyanate de potassium.*

D'après ses expériences, le pouvoir toxique de la salive humaine sur les végétaux, signalé par M. H. Chouppe, serait dû au sulfocyanate de potassium qu'elle renferme normalement. Certaines graines germent dans la salive pure, d'autres s'y développent avec beaucoup plus de lenteur; mais, quel que soit l'accroissement de la plante, elle s'étiole et meurt rapidement lorsque la quantité de salive est suffisante pour fournir à l'absorption du végétal quelques centigrammes de sulfocyanate. Les mêmes résultats ont été obtenus sur des plantes en germination et sur des végétaux complètement développés: pieds de violettes, primevères, etc. Les tiges, feuilles et fleurs des végétaux intoxiqués ont toujours fourni la réaction caractéristique des sulfocyanates.

Ce sel, éminemment toxique pour les plantes, peut être donné à doses assez élevées chez les animaux sans déterminer d'accidents. M. Florain a pu en faire absorber, par injections hypodermiques, jusqu'à 50 centigrammes à un lapin, sans que l'animal en soit incommodé; à 60 centigrammes il se produit de la diarrhée, et il en faut 1 gramme pour entraîner la mort. Lui-même en a pris 10 centigrammes une première fois, et 20 centigrammes le lendemain, sans éprouver d'autre malaise qu'un peu de pesanteur dans la région rénale. Toxique pour les végétaux, toléré à doses assez élevées par les animaux, il n'est pas complètement inoffensif, comme l'a indiqué Wœhler. Normalement contenu dans la salive de l'homme, il semble destiné à enrayer l'introduction des microbes dans l'organisme, et il serait intéressant d'étudier, au profit de la thérapeutique, ses propriétés physiologiques.

— M. le docteur *Moreau* (de Tours) fait une communication intitulée : *De la contagion du crime et de sa prophylaxie*, et conclut à la nécessité de faire le silence le plus complet autour de tous les crimes qui se commettent, ou, s'il faut absolument en parler, le faire en termes brefs, concis, avec une extrême réserve. Excellent conseil, s'il en fut! malheureusement l'auteur n'indique pas les moyens pratiques à mettre en usage pour arriver à un résultat.

— M. le docteur *Motais* (d'Angers) lit un travail intitulé : *De l'hérédité de la myopie.*

Les opinions les plus contradictoires ont été émises jusqu'ici sur l'influence héréditaire dans la myopie. Tandis que Querenghi, Widmarck, Deeren, Knies, la nient absolument, Straumann l'admet dans la proportion de 56 pour 100, et Galezowski dans 83 pour 100.

Une telle différence d'appréciation tient à ce qu'on s'est borné à prendre des renseignements près des jeunes gens directement examinés. Cette méthode imparfaite ne peut donner de résultats précis.

En examinant à l'ophthalmoscope les jeunes gens malades et les membres de leur famille, l'auteur est arrivé aux conclusions suivantes :

1° L'influence héréditaire sur la myopie est manifeste ;

2° Dans sa statistique, elle existe pour 216 familles sur 330, 65 pour 100;

3° La myopie héréditaire se distingue de la myopie acquise : *a*. par son apparition plus précoce; *b*. par son développement plus rapide; *c*. par la moyenne plus élevée de son degré; *d*. par les complications plus fréquentes et plus étendues ;

4° La myopie est en général transmise par le père à sa fille (79 pour 100) et plus sûrement encore par la mère à son fils (86 pour 100). La myopie héréditaire est donc croisée, au point de vue sexuel. Nous attirons l'attention sur ce fait remarquable, qui n'avait pas été mis en lumière jusqu'ici.

5° Les principales conditions qui favorisent la transmission héréditaire sont : *a*. avant tout, l'application de la vue dans un milieu hygiénique défavorable, soit à l'école, soit à la maison paternelle; *b*. l'astigmatisme d'un certain degré (au-dessus de 0,75), 28 pour 100; *c*. la *microsémie* (abaissement de la voûte orbitaire), 16 pour 100;

6° La conclusion de la démonstration très nette de la myopie héréditaire dans une proportion élevée (65 pour 100) doit être d'imposer à tous ceux qui dirigent l'éducation des enfants une hygiène oculaire plus rigoureuse tant à l'école qu'à la maison paternelle.

Si l'on n'y prend garde, en effet, la myopie acquise ne restant pas individuelle, mais en se transmettant aux descendants, le danger myopique ne tardera pas à se multiplier et à s'étendre dans des proportions inquiétantes.

— M. *Moulé*, délégué de la Société centrale de médecine vétérinaire, lit, au nom de M. Nocard et en son nom, une note sur un nouveau bacille trouvé sur des viandes qui exhalent une odeur analogue à celle du beurre rance.

Ce bacille, très mobile, qui exige un grossissement de 800 à 1000 diamètres, affecte des formes diverses ; mais il est caractérisé par une particularité beaucoup plus nette après coloration avec le bleu de méthylène. Il semble alors sporulé ou tout au moins formé d'une série linéaire de points, colorés d'une façon intense, séparés par des espaces clairs légèrement teintés de bleu.

Ce bacille, qui se trouve dans le sang, dans la sérosité du tissu conjonctif et surtout dans le suc du tissu musculaire, n'a jamais été observé que sur les viandes à odeur de beurre rance, et cette altération paraît peu fréquente, puisque MM. Nocard et Moulé ne l'ont observée que 24 fois (15 fois sur le bœuf, vache ou taureau, 9 fois sur le veau) sur 1790 examens de viandes saisies.

Il n'est pas pathogène, mais il est associé avec d'autres microbes extrêmement dangereux. Les inoculations du sang et du suc des viandes à odeur de beurre rance déterminent, en effet, en moins de quarante-huit heures, la mort des sujets d'expérience. A l'autopsie, on trouve tantôt les lésions du charbon symptomatique, tantôt celles de la septicémie; mais toujours on constate sur le cadavre cette odeur manifeste de beurre rance.

Il semble que ce bacille ne se développe volontiers qu'au voisinage de ses associés et à la faveur des modifications qu'ils provoquent dans les tissus.

— M. le docteur *de Montessus* appelle l'attention sur la métrite très fréquente chez les jeunes filles. Cette affection, qui a souvent des formes particulières, est en général produite par la chlorose. Elle réclame de bonne heure un traitement énergique.

Il signale deux variétés de métrites auxquelles il donne les noms de métrites *atrophique* et métrite *spongiforme.*

Enfin, après quelques mots sur les métrites hypertrophique et indurée, il termine par des considérations sur le traitement, qui ne réclamerait jamais de moyens violents.

— M. *Fabre* (de Commentry) fait une communication sur la pathologie des mineurs. En laissant de côté les traumatismes et les affections résultant d'accidents (coup d'eau, grisou, etc.), les maladies auxquelles sont le plus sujets les ouvriers mineurs se rattachent à quatre groupes :

1° Maladies des voies respiratoires, sous forme d'emphysème vésiculaire, bronchites chroniques, dilatation des bronches ;

2° Maladies des voies circulatoires : anémie, hypertrophie cardiaque, anoxhémie;

3° Maladies des voies digestives : dyspepsie, vertige stomacal, dysentérie, helminthiase ;

4° Troubles morbides du côté des organes des sens : surdité par bouchons cérumineux ; éruptions cutanées (sudorales, miliaires, furoncles, érythèmes, conjonctivites, nystagmus, qui se rencontre surtout chez les ouvriers travaillant dans des houillères à couche mince, où l'abatage exige une attitude défectueuse).

— M. le docteur *Beaunis*, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Nancy, directeur du laboratoire de psychologie physiologique à la Sorbonne, lit un travail sur la mémoire des sensations.

Ces recherches sont la continuation de recherches déjà communiquées à la Société de psychologie et publiées dans la *Revue philosophique*. Elles n'ont fait que confirmer les conclusions déjà formulées par l'auteur et peuvent se résumer ainsi :

1° La sensation ne disparaît pas graduellement de la conscience ; le souvenir d'une sensation musculaire, tactile, visuelle, auditive, ne s'affaiblit pas graduellement, peu à peu, par dégradations successives ; il s'évanouit brusquement, tout à coup. Ce phénomène peut être rapproché de celui de la *réapparition du souvenir*. Le mot, le nom cherchés vainement, nous sautent à l'esprit subitement, tout d'un coup.

2° Quand le souvenir de la sensation a ainsi disparu de la conscience, ce souvenir paraît encore à l'état inconscient.

On peut donc établir trois phases dans la disparition du souvenir d'une sensation :

a. phase de souvenir conscient ; *b*. phase de souvenir inconscient ; *c*. phase d'oubli total.

Ces expériences autorisent à distinguer une mémoire inconsciente ou organique et une mémoire consciente ou psychique, qui se superpose à la première.

3° L'examen des chiffres et des courbes dressées d'après ces chiffres semble indiquer qu'il y a dans la disparition d'un souvenir sensitif des alternatives de haut et de bas. La courbe de disparition du souvenir sensitif (courbe des écarts) présente des oscillations, des alternatives de réapparition et d'extinction relatives jusqu'à l'extinction finale du souvenir.

Dans le cours de ces recherches, on a pu vérifier un fait qui avait déjà été observé par Vierort dans ses expériences sur le *sens de la durée*. C'est que nous avons une tendance à augmenter les petites quantités (longueurs, durées) et à diminuer les grandes. On a retrouvé cette même tendance pour les sensations auditives. Dans ses expériences sur la hauteur des sons, M. Beaunis avait une tendance à hausser les sons graves et à baisser les sons aigus.

Les détails sur les procédés expérimentaux employés dans ces recherches ont été donnés dans la communication orale.

— M. *Rietsch*, de l'École de médecine et de pharmacie de Marseille, fait en son nom et au nom de M. Du Bourguet, aide-major au 1er régiment de hussards, une communication sur les ulcères de l'Yémen.

Dans les tubes ensemencés avec un ulcère récent, M. du Bourguet a trouvé un bacille de longueur assez variable et dont la largeur n'est pas non plus tout à fait constante ; il mesure en moyenne 1 μ 5 et est alors à peu près deux fois plus long que large. Parfois, il est tellement court qu'on le prendrait presque pour un coccus, ses extrémités étant arrondies.

En gélatine, il forme des colonnes sous forme de taches jaunâtres granuleuses, qui prennent bientôt un aspect mamelonné et liquéfient rapidement le milieu.

Ce bacille se développe encore très bien dans le bouillon, qu'il trouble uniformément avec un léger dépôt blanc et sans pellicule ; dans la gélose, sur laquelle il forme une couche blanche, cireuse, irisée ; mieux encore sur l'agar glycériné et sur le sérum qui est liquéfié. Sur la pomme de terre, on voit apparaître des stries larges, proéminentes, jaunâtres, d'aspect humide, et au bout de quelques jours, la pomme de terre prend une teinte brune.

Il est décoloré par la méthode de Gram ; jusqu'à présent, on ne l'a vu ni se mouvoir, ni former des spores.

En inoculation hypodermique, son action est à peu près nulle sur les pigeons, poules et souris blanches ; chez deux cobayes, il a donné une tumeur qui s'est résorbée au bout de quelques jours. Le lapin est plus sensible : il se forme une poche purulente dont le pus augmente et qui arrive à s'abcéder.

Les auteurs s'engagent à poursuivre ces recherches, qu'ils considèrent encore comme incomplètes.

M. *Le Roy de Méricourt* fait remarquer que la désignation des affections en utilisant les noms géographiques est nuisible. Il est fort probable que l'ulcère de l'Yémen, comme l'ulcère de Mozambique, ne constitue qu'une forme de phagédénisme. Il pense que M. Rietsch continuera ses recherches si intéressantes en recherchant les bacilles de l'ulcère de Mozambique et des autres ulcères phadégéniques des pays chauds.

— A la séance de clôture de la réunion des Sociétés savantes, M. le docteur ds Montessus a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

SÉANCE DU 18 JUIN 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MAURICE PERRIN.

M. le docteur *Ch. Fichot* envoie un mémoire manuscrit sur la *fièvre typhoïde endémique à Moulins-en-Gilbert (Nièvre)*.

MM. les docteurs *Tartière*, médecin-major de 2e classe au 8e régiment de hussards, et *Sudour*, médecin-major de 2e classe au 15e régiment de ligne, adressent des rapports sur *les vaccinations et les revaccinations qu'ils ont pratiqués en* 1888-1889.

M. le docteur *Durand (Ernest)* envoie plusieurs mémoires sur *les épidémies à Marseillan (Hérault) et leur prophylaxie*.

M. *Féréol* présente, de la part de M. le docteur *Cazalis* (d'Aix-les-Bains), la traduction de l'ouvrage de M. le docteur *Garrod* (de Londres) sur l'*acide urique, sa physiologie et ses rapports avec les calculs rénaux et la gravelle*.

M. *Hervieux* dépose, au nom de M. le docteur *A. Layet* (de Bordeaux), un *Traité pratique de la vaccination animale*.

M. *Riche* présente une Note de MM. *Lajoux* et *Grandval* (de Reims) sur *les salycilates de mercure*.

M. *Larrey* dépose une *Histoire des fontaines de Cauterets et des variations de leur emploi au traitement des maladies chroniques*, par M. le docteur *Lahillonne*.

M. *Léon Colin* présente : l'article *Pourriture d'hôpital*, par M. le docteur *Chauvel* ; l'article *Iris*, par MM. les docteurs *Chauvel* et *Nimier*, et l'article *Jambe*, par M. le docteur *Nimier*. Ces trois articles sont extraits du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

M. *Lannelongue* dépose une Note de M. le docteur *Queirel* (de Marseille) sur un *cas d'absence d'anus et de malformation des organes génitaux*.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait hommage d'un ouvrage qu'il vient de publier, avec M. *Égasse*, sur *les plantes médicinales indigènes et exotiques*.

Déclaration de vacance. — L'Académie déclare la vacance d'une place de membre titulaire dans la section de médecine opératoire, en remplacement de M. Légouest, décédé.

Lavage du péritoine. — Il résulte d'expériences faites par M. le docteur *Delbet*, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, qu'on peut laver le péritoine avec une substance toxique sans danger d'intoxication, pourvu que le lavage toxique soit précédé d'un lavage avec une solution de chlorure de sodium à 7 pour 1000 et qu'on débarrasse ensuite la cavité péritonéale de l'excès de substance toxique. Ce procédé pourra permettre aux chirurgiens de laver sans danger le péritoine avec des solutions antiseptiques. — (Renvoi à l'examen de M. *Trélat*.)

Diurétiques. — M. *Dujardin-Beaumetz* a obtenu, par l'emploi du glycose pur, à la dose de 100 grammes par jour, des effets diurétiques aussi marqués que ceux qu'a signalés M. Germain Sée, à la dernière séance, à la suite de l'administration de la lactose. Il reste à savoir si, chez les diabétiques, ce médicament, tout en remédiant à la polyurie, ne pourrait pas déterminer à lui seul une glycosurie passagère.

Liqueur de Fehling. — Cette liqueur est encore aujourd'hui, d'après les recherches de MM. *Yvon* et *Berlioz*, le réactif le plus rapide et le plus exact pour constater la présence du sucre dans l'urine, mais son emploi doit être entouré de quelques précautions. Pour affirmer la présence du sucre, il ne suffit pas d'obtenir une décoloration jaune ou rouge de la liqueur cuprique ; il faut obtenir une réduction caractérisée par la perte de transparence du mélange et l'apparition d'un précipité d'oxyde qui peut être jaune, noir ou rouge. Un bon moyen pour vérifier qu'il y a

réellement réduction, consiste à écraser avec le tube la flamme d'un bec de gaz éclairant; on voit que le liquide est devenu opaque s'il ne se laisse pas traverser par la lumière et contient bien un précipité en suspension. — (Renvoi à l'examen d'une Commission composée de MM. *A. Robin* et *Constantin Paul.*)

Hygiène de l'enfance. — M. le docteur *Ledé* communique les premiers résultats de l'enquête à laquelle il s'est livré sur la mortalité des enfants originaires de Paris, placés en nourrice en province. Cette enquête a porté sur l'année 1885 au cours de laquelle 20000 petits Parisiens environ ont été placés en province; elle fournit des renseignements sur 5819 enfants nourris dans l'Aisne, l'Eure-et-Loir, le Loiret, la Seine-et-Oise et l'Yonne. Sur les enfants légitimes d'un à quinze jours, élevés au sein, la mortalité a été de 25,19 pour 100; elle est montée à 44,52 pour 100 pour les enfants légitimes élevés au biberon; à 35,14 pour 100 pour les illégitimes placés au sein et à 39,81 pour 100 pour ceux qui ont été élevés au biberon. D'autre part, parmi les enfants nourris au sein, 70,56 pour 100 atteignent leur première année, tandis que cette proportion n'est que de 52,15 pour 100 pour les enfants élevés au biberon. On voit ainsi combien l'application de la loi Roussel a réussi à diminuer la mortalité de tous ces enfants exportés. D'où la nécessité d'empêcher le plus possible l'allaitement au biberon et de n'employer tout au moins que des biberons sans tube. — (*Commission de l'hygiène de l'enfance.*)

Histoire médicale. — M. le docteur *Costomiris* lit un mémoire sur les écrits encore inédits des anciens médecins grecs et sur ceux dont le texte original est perdu, mais existe en latin ou en arabe. — (Renvoi à l'examen d'une Commission composée de MM. *Panas* et *Laboulbène.*)

— L'ordre du jour de la séance du 25 juin est fixé ainsi qu'il suit: 1° communication de M. *Polaillon* sur les anesthésiques; 2° lecture de M. le docteur *Goubaud* sur le traitement de l'eczéma.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 14 JUIN 1889. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

Présentations d'ouvrages : M. Sevestre; M. A. Robin. — Lésions multiples de syphilis tertiaire chez un enfant : M. D'Heilly. — A propos de l'empyème pulsatile : M. Féréol. — Suite de la discussion sur l'isolement des maladies contagieuses dans les hôpitaux d'enfants : MM. Comby, Legroux, Féréol, Richard, Gaucher, E. Labbé, Sevestre, Cadet de Gassicourt.

M. *Sevestre* dépose sur le bureau ses *Études de clinique infantile*, dans lesquelles il a traité de la syphilis héréditaire précoce, de la laryngite syphilitique, de la broncho-pneumonie par infection intestinale, et de la prophylaxie de la rougeole et de la diphthérie à l'hospice des Enfants assistés.

M. *A. Robin* fait hommage à la Société de son rapport à l'Académie de médecine sur les Eaux minérales pour l'année 1888. Il signale les travaux scientifiques entrepris à son instigation par plusieurs médecins des stations thermales, et en particulier les recherches du docteur Bardet sur l'action des eaux d'Evian sur la nutrition : ces eaux, faciles à digérer, sont très diurétiques quand le rein est sain; elles sont assez peu minéralisées pour ne pas modifier la réaction de l'urine; enfin elles augmentent la quantité d'urée excrétée, en activant les mutations organiques chez un sujet mis au régime d'entretien.

— M. *D'Heilly* présente une petite fille de quatorze ans, qui offre des lésions multiples de syphilis tertiaire : nez en encoche, destruction de la luette, dents permanentes mal plantées, mais sans aspect caractéristique, gros foie, exostoses diverses, et en particulier déformation classique des tibias dite en foureau de sabre. Elle n'a eu ni surdité profonde, ni kératite interstitielle. Toutes ces lésions, accompagnées de douleurs atroces, ont évolué entre neuf et treize ans. Elle présente un aspect manifeste d'infantilisme. Les renseignements fournis par la mère ne présentent aucune valeur, si bien que M. D'Heilly ne peut affirmer s'il s'agit de syphilis acquise ou de syphilis héréditaire.

— M. *Féréol* présente un malade ayant subi, il y a cinq ans, l'opération d'Estlander pour un empyème pulsatile, et qui, après avoir obtenu une guérison complète durant cinq années a vu, au mois d'octobre dernier, réapparaître une fistule intercostale. Cette fistule, assez étroite, semble se diriger perpendiculairement à la surface thoracique; l'injection ne réussit à faire pénétrer que 20 à 30 grammes de liquide. Le malade n'est pas tuberculeux, mais il est actuellement assez fortement albuminurique, ce qui fait hésiter à tenter une nouvelle opération. A ce propos, M. Féréol revient sur les diverses théories invoquées pour expliquer le phénomène de l'empyème pulsatile et pense, ainsi qu'il l'a dit déjà antérieurement que, dans bien des cas, c'est à un pneumothorax fermé, latent, qu'est dû le renforcement des pulsations transmises au liquide par le cœur. Dans les autres cas, où il n'existe pas de pneumothorax, l'explication est plus difficile; sans doute, le poumon refoulé, mais non atélectasié, et isolé par des adhérences, renferme assez d'air pour jouer dans la cage thoracique le même rôle que l'épanchement gazeux du pneumothorax.

— M. *Comby* donne lecture d'une note qui lui est personelle, puis d'une autre note adressée par M. *Legroux* et qui, toutes deux, étayées sur des arguments d'ordre scientifique, aboutissent à cette conclusion que la scarlatine est plus grave, plus dangereuse que la coqueluche et mérite plus encore des mesures d'isolement que cette dernière.

Une discussion, à laquelle prennent part MM. *Féréol*, *Sevestre*, *Richard*, *Gaucher*, *E. Labbé*, s'engage à ce propos, pour établir si la scarlatine est plus ou moins redoutable et meurtrière que la coqueluche. M. *Cadet de Gassicourt* fait observer que cette question théorique peut être fort intéressante, mais sort du débat soumis à la Société; il s'agit, en effet, de déterminer les mesures pratiques d'isolement dans les hôpitaux d'enfants.

Après un court échange d'opinions, il est décidé que la Commission demandera un pavillon d'isolement pour la coqueluche dans chaque hôpital d'enfants, et émettra le vœu de la création ultérieure d'un hôpital spécial affecté à l'isolement des coquelucheux.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 12 JUIN 1889. — PRÉSIDENCE DE M. LE DENTU.

Extirpation des anévrysmes : M. Sellier (de Laval); M. Trélat, rapporteur (Discussion : MM. Championnière, Desprès, Terrier). — Traitement des myomes utérins par l'électricité : MM. Bouilly, Schwartz, Kirmisson, Segond, Le Dentu.

M. *Trélat* fait un rapport sur une observation d'*extirpation d'anévrysme de l'humérale* par M. *Sellier* (de Laval). L'opération a été faite sur une femme qui en 1884 eut une plaie de l'humérale traitée par la compression et vit se développer ensuite un anévrysme qui dans les derniers temps augmenta avec rapidité, causa des névralgies intenses et menaça de s'ouvrir. M. Sellier fit alors l'extirpation, après ligature de l'humérale entre le sac et l'aisselle. Une partie du sac adhérait au nerf médian et fut laissée en

place. Les ligatures ont été faites au fil de chanvre et sont tombées le huitième et le trentième jour. Il y a eu une suppuration modérée, et la malade a guéri, avec de l'atrophie du bras et de l'avant-bras il est vrai, car la cicatrisation est un peu vicieuse. M. Trélat connaît quatre observations analogues. La première date de 1699, elle est due à Purmann, pour un anévrysme du pli du coude. Les autres sont de Roux (1817), Chapel de Saint-Malo (1854) et Scriba (1885). M. Trélat se déclare, en principe, partisan de ces interventions. Il ne croit pas utile de faire une ligature préalable au-dessus, et surtout il pense que dans les opérations de ce genre il faut être d'une antisepsie rigoureuse pour assurer la réunion immédiate. Les cicatrices ainsi obtenues sont en effet, et de beaucoup, les mieux tolérées. Mais l'observation de M. Sellier, malgré ces légères critiques, démontre qu'on peut rendre ainsi aux malades un service signalé.

M. *Lucas-Championnière* ne se refuse pas à admettre l'extirpation des anévrysmes, mais tient à affirmer que ce n'est pas de la chirurgie de tout le monde. Une antisepsie absolue y est indispensable, et M. Sellier, n'étant sans doute pas à même de la réaliser, eût probablement mieux fait de s'en tenir à une opération plus simple.

M. *Desprès* rappelle qu'il y a quinze ans déjà la Société a discuté cette question et conclu à l'extirpation des petits anévrysmes de la tête, de la main; et à cette époque on ne parlait pas d'antisepsie.

M. *Terrier* est partisan, en principe, de l'extirpation. Il pense que, pour juger la méthode, il faut avant tout faire table rase des observations anciennes et attendre d'avoir en nombre suffisant des opérations antiseptiques.

M. *Trélat* insiste sur ce dernier point. On ne peut avoir pour le moment que des tendances : la méthode n'a pas encore fait ses premières dents. M. Trélat remercie M. Championnière d'avoir une fois de plus combattu devant ses collègues le combat de l'antisepsie. Ses critiques semblent cependant exagérées. La vie était menacée chez la femme opérée par M. Sellier, et l'extirpation, faite pour ainsi dire d'urgence, a sauvegardé la vie. Donc M. Sellier a bien agi. De là à prétendre que sa conduite a été idéale, qu'il a bien fait de ne point se servir de catgut, que la suppuration de la plaie est désirable, il y a loin. M. Trélat, d'ailleurs, avant M. Championnière, avait fait ces quelques réserves.

— M. *Bouilly*, reprenant la discussion sur le *traitement des myomes utérins par l'électricité*, s'associe aux réserves prudentes de M. Championnière. Les résultats en somme sont purement symptomatiques et non pas réellement curatifs. Aussi, avant de se prononcer, faut-il tenir compte de l'évolution naturelle des fibromes. Une femme qui en est atteinte a, spontanément, des périodes d'exacerbation et d'autres au contraire d'accalmie sans qu'on sache pourquoi. Ces variations peuvent fort bien induire en erreur sur la valeur d'un traitement quelconque. Comme l'a dit M. Championnière, ces phénomènes s'observent surtout vers la ménopause, et lorsque alors le traitement chirurgical n'est pas indiqué, il faut savoir qu'on a des améliorations évidentes par les injections chaudes et prolongées, le repos, les narcotiques, les médications internes diverses. Et d'ailleurs il ne faudrait pas exagérer les bénéfices du traitement électrique. M. Bouilly a soigné quatre femmes qui avaient été soumises auparavant à ce traitement : elles avaient été améliorées, mais la récidive ne s'était pas fait attendre. Il est vrai que ces cas de rebut ne peuvent pas autoriser une condamnation : aucune méthode n'est infaillible. Ils ordonnent seulement de ne pas se prononcer à la hâte. Au reste, M. Bouilly, avec le concours de M. Danion, a soumis à l'électrisation une femme atteinte de douleurs et de compression rectale à la suite d'un fibrome compliqué de paramétrite. L'électrode positive a été mise sur une tumeur saillante dans le cul-de-sac postérieur, et il faut convenir que le résultat a été fort satisfaisant.

M. *Schwartz* communique une observation. Un fibrome gros comme une tête d'enfant, saillant sur la paroi antérieure du vagin, causait avec intensité des douleurs, des métrorrhagies, de la compression vésicale. On avait épuisé toutes les méthodes bénignes et l'on proposait l'hystérectomie lorsque M. Schwartz fit appeler M. Apostoli. Dix-huit séances furent faites, tous les deux ou trois jours. Elles duraient cinq minutes et l'intensité, débutant par 60 milliampères, arriva à 100, 130. Quelques-unes ont été douloureuses. Mais au bout de deux mois les accidents avaient cessé et la tumeur avait certainement diminué. Depuis, le résultat s'est maintenu.

M. *Kirmisson*, lui aussi, se borne à relater un fait, observé sur une femme de quarante-huit ans, chez laquelle un fibrome remontant jusqu'à l'épigastre causait des douleurs, des troubles digestifs, de la dyspnée. Le volume était tel qu'une opération eût été dangereuse. L'électrisation fut donc entreprise par M. Apostoli : en quatre mois, dix-huit séances où furent atteints 150, 180, 200 milliampères. Quoi qu'en dise l'auteur de la méthode, il y a eu parfois des souffrances, mais il est certain que l'amélioration symptomatique est notable. La tumeur a diminué, mais peu.

M. *Segond* pense, comme M. Bouilly, que l'électrisation est bonne faute de mieux. Il y a des fibromes mortels dès qu'on y touche; on sera heureux de pouvoir leur opposer quelque chose de plus efficace que les compresses salées sur le ventre. Des femmes infirmes récupèrent ainsi une validité suffisante. Aussi dans un cas de ce genre M. Segond a-t-il convié M. Apostoli pour une femme de quarante-sept ans qu'un fibrome monstrueux rendait infirme, par des pertes, des poussées de péritonite et d'obstruction intestinale, si bien qu'elle voulait se le faire extirper; mais c'eût sans doute été la mort. Vingt-deux séances, où l'intensité a fini par atteindre 230 milliampères, ont été supportées sans trop de douleurs et aujourd'hui l'amélioration fonctionnelle est merveilleuse. Le fibrome est toujours gros, mais il a diminué. On continue d'ailleurs le traitement, car, comme le dit M. Championnière, la persistance est indispensable.

M. *Le Dentu* vient avec deux observations, où il a appliqué la méthode sans le secours d'un spécialiste. La première date de mars 1885 et cette ancienneté a quelque valeur, dans les conditions de la discussion actuelle. Le fibrome, enclavé dans le bassin, comprimait le rectum. L'électrode abdominale fut une armature en métal et en peau. De mars à décembre 1885, quatre-vingt et une séances furent faites et l'intensité arriva à 180 milliampères. L'amélioration fut considérable, mais les fibromes, très durs, diminuèrent peu de volume. Dix-sept séances furent pratiquées en 1886. Depuis, le résultat s'est maintenu. Il n'en est pas de même pour la seconde malade, soignée en juin 1887. Les fibromes, de la variété molle, ont d'abord diminué de volume pendant les dix-huit premières séances, échelonnées en deux mois. On n'a jamais pu dépasser 50 milliampères, et encore à la fin il a fallu descendre à 35, à 30. Mais pendant une absence de M. Le Dentu le traitement a été confié à un autre médecin et la malade n'a bientôt plus pu le tolérer. Et M. Le Dentu, à son retour, a essayé de nouveau, mais sans succès. C'est donc là un échec, mais il est probable qu'une technique plus parfaite l'eût évité. M. Le Dentu, en avril 1889, a adressé à M. Apostoli une malade qui s'en est très bien trouvée.

A. BROCA.

Société de biologie.

SÉANCE DU 15 JUIN 1889. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Troubles du système nerveux dépendant d'excitations auditives : M. Gellé. — Présentation d'ouvrages : M. Ch. Richet. — Sur le passage de la bactéridie charbonneuse de la mère au fœtus : M. Straus. — Variations de la température centrale par suggestion : MM. Hellich et Marés. — Influence des testicules sur les fonctions vitales en général : M. Brown-Séquard. — Sur une soi-disant sauterelle : M. Giard. — De la conservation des viandes par le froid : M. Pouchet.

M. *Gellé* a observé plusieurs personnes qui, se servant beaucoup du téléphone, ont au bout d'un temps plus ou moins long présenté des troubles divers du système nerveux : bourdonnements d'oreilles, état vertigineux, fatigue intellectuelle, épuisement général. Ainsi des excitations auditives continues peuvent donner lieu à des désordres variés du système nerveux.

— M. *Ch. Richet* offre à la Société, de la part de M. *A. Bottard*, sa thèse de doctorat en médecine, intitulée : *Les poissons venimeux*, qui constitue sur la question une monographie étendue et très soignée.

M. Richet présente en outre le livre qu'il vient de publier sur la *Chaleur animale*.

— M. *Straus* montre par des documents et textes précis qu'une réclamation de priorité, relative à la question de la transmission de la bactéridie charbonneuse de la mère au fœtus, réclamation faite par M. Perroncito (de Turin), n'est absolument pas fondée ; la découverte de ce fait est réellement due à MM. Chamberland et Straus.

— M. *Blanchard* présente une note de MM. *Hellich* et *Marés* (de Prague) qui ont déterminé, par suggestion, chez des hystériques hypnotisés, des variations de la température centrale, élévation et abaissement de cette température.

— M. *Brown-Séquard* poursuit ses expériences sur les résultats des injections d'extrait du testicule ; il continue à observer les effets qu'il a récemment signalés, augmentation de la force musculaire générale, accroissement de la vigueur intellectuelle, etc.

— M. *Giard* décrit un insecte dont on a signalé dernièrement le passage en grandes bandes dans le département du Nord et qu'on a pris pour une sauterelle ou un criquet ; c'est en réalité une libellule.

— M. *Pouchet* a constaté que la viande conservée par le froid a gardé toutes ses propriétés alimentaires et n'a acquis aucune mauvaise odeur ni goût désagréable. Au point de vue histologique, le tissu musculaire offre certaines particularités : c'est ainsi que les stries des fibrilles ne se voient plus, si on plonge le tissu dans l'alcool alors qu'il est encore gelé ; mais si on a fait préalablement dégeler la viande, les stries se voient très bien.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 12 JUIN 1889. — PRÉSIDENCE DE M. FERNET.

Fin de la discussion sur le traitement de la diphthérie (lettre de M. Comby). — Dyspnée toxique dans les cardiopathies artérielles, son traitement : M. Huchard (Discussion : MM. Catillon, Moutard-Martin, Vigier, Boimont, Cadet de Gassicourt). — Valeur et indications thérapeutiques du veratrum viride : M. Liégeois (de Bainville-aux-Saules).

M. le *Président* donne lecture d'une lettre adressée par M. Comby, relative à la discussion sur le traitement de la diphthérie et dans laquelle l'auteur déclare que sur 7530 consultations données au dispensaire de la Villette, il n'a pas été observé plus de 10 cas de diphthérie, alors que les angines s'y comptent par centaines. Sur ce nombre, la moyenne des diphthéritiques qui guérissent est seulement d'un sur trois. En conséquence, M. Comby se rallie aux conclusions de M. Cadet de Gassicourt.

— M. *Huchard* lit un travail intitulé : *De la dyspnée toxique dans les cardiopathies artérielles et de son traitement.* Il cite l'observation d'un homme de cinquante ans, descendant de goutteux et artério-scléreux lui-même, qui présentait depuis trois ans un souffle intense à la pointe pour lequel on avait fait un diagnostic d'insuffisance mitrale. Pour M. Huchard, au contraire, il s'agissait seulement de rugosités mitrales chez un artério-scléreux. Dans le cours de la deuxième année de la maladie, attaques de dyspnée intense, dyspnée d'effort ; la digitale, prescrite alors par les médecins traitants, ne fit qu'aggraver les accidents. M. Huchard, trouvant chez le malade un cœur gros, un foie normal, pas de râles dans les poumons, ni d'albuminurie, des artères dures, un retentissement caractéristique au niveau de l'aorte et une hypertension artérielle manifeste, conclut de nouveau à une *cardiopathie artérielle*, en un mot à une *artério-sclérose, propagée aux artères coronaires et ayant amené une sclérose du cœur.* Pour lui, dès lors, les accidents dyspnéiques résultaient d'une intoxication par insuffisance rénale (imperméabilité du rein) entravant l'élimination des substances toxiques introduites ou fabriquées dans l'organisme. Pour les cas semblables, M. Huchard propose le traitement suivant : 1° au moment des crises de dyspnée, régime lacté exclusif (qui, chez son malade, fit cesser en quarante-huit heures les accidents de dyspnée) ; 2° lorsque les malades peuvent recevoir une alimentation plus ordinaire, régime lacté mitigé, potages au lait, avec œufs bien cuits (les œufs crus pouvant donner de l'albuminurie) ; 3° plus tard, régime végétarien et permettre les viandes seulement en petite quantité et bien cuites. En un mot, éviter d'introduire dans l'organisme les aliments contenant des ptomaïnes, tels que bouillons, potages gras, viandes incomplètement cuites, poisson. Le régime végétarien entrave le développement de l'artério-sclérose ; la rareté de cette maladie chez les paysans qui mangent peu de viande, en est un témoignage.

Dans la discussion qui suit cette communication, M. *Catillon* objecte que l'albumine introduite par des voies digestives ne produit pas l'albuminurie. Dans les expériences de Cl. Bernard, invoquées par M. Huchard, l'albumine était *injectée* dans les tissus. — M. *Moutard-Martin* dit avoir vu un malade atteint d'affection de l'estomac qui, depuis cinq ans, se nourrissait exclusivement avec dix-huit œufs crus par jour, sans être albuminurique. — M. *Vigier* déclare qu'on doit avoir tout avantage à donner les œufs crus, l'albumine cuite mettant beaucoup plus longtemps à se peptoniser que celle qui ne l'est pas. — M. *Cadet de Gassicourt* fait remarquer que les enfants chez lesquels le régime lacté absolu ne peut être maintenu, digèrent parfaitement les œufs à la coque très peu cuits, *en lait*.

— M. *Huchard* lit au nom de M. *Liégeois* (de Bainville-aux-Saules) un mémoire intitulé : *Valeur et indications thérapeutiques du veratrum viride.* Avec le rhizome de cette plante, on fait une teinture au quart, dont on donne X à XXX gouttes en vingt-quatre heures. C'est un *cardio-hypokinésique.* Il agit comme artério-dépresseur, antithermique, nervin, sédativo-réflexe (comme l'antipyrine et la phénacétine), diurétique ; enfin, il augmente la sécrétion salivaire. Ses propriétés ont permis de l'employer avantageusement dans les affections cardio-vasculaires, surtout contre les palpitations, les arythmies, soit d'origine fonctionnelle avec hypertension artérielle, soit d'origine valvulaire (dans la période d'hypersystolie), soit d'ori-

gine scléreuse (à la première période). — Dans la maladie de Basedow, il a amendé les phénomènes cardio-vasculaires, il diminue les palpitations de la puberté (sans hypertrophie cardiaque), de la neurasthénie, de la ménopause, etc. Cette substance ne présente, chez les cardiaques, aucun des inconvénients de la vératrine. Comme *antithermique*, Nelson l'a donné à la dose de I à II gouttes dans la fièvre typhoïde. Comme *nervin*, on le donnait aux choréiques avant de connaître l'antipyrine. Aujourd'hui, l'auteur l'associe à cette dernière dans le traitement des chorées avec cœur hyperkinésique. Ce médicament agit aussi favorablement sur le tremblement de la maladie de Basedow, suspend les convulsions et diminue les pulsations cardiaques dans l'éclampsie puerpérale. Dans un cas, il a fait cesser une névralgie intercostale.

M. *Vigier* fait remarquer que la teinture de veratrum viride doit être faite non pas au quart, mais au cinquième (formule du Codex).

M. *Huchard* a employé aussi avec succès le *veratrum viride* et croit à ses bons effets dans la maladie de Basedow et dans les cas d'hypertension artérielle.

M. *Du Bousquet* fait observer que ce médicament a été déjà employé par Ferris (de Brest) dans les tremblements.

— M. *Vigier* fait une communication : 1° sur la façon dont doit être formulée la pommade mucilagineuse avec gomme adragante (voy. *Gazette hebdomadaire*, n° 18, 1889); 2° sur une formule au baume de Tolu (voy. *Gazette hebdomadaire*, n° 23, 1889).

— M. *Huchard*, pour éviter le *trouble* qui se forme dans les potions et les vins à l'extrait de quinquina, propose d'y ajouter de la glycérine, qui remédie à cet inconvénient.

Georges BAUDOUIN.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

De l'action antagoniste de la picrotoxine et de la morphine, par M. BOKAI. — D'après cet observateur, la picrotoxine serait l'antidote de la morphine. Celle-ci, dit-il, paralyse les centres nerveux respiratoires. Celle-là augmente leur excitabilité. De plus, dans l'intoxication morphinique, la pression sanguine est abaissée, tandis que par l'action de la picrotoxine elle est augmentée. Ce sont là des effets antagonistes. Il en est de même encore de l'action sur l'innervation centrale.

Enfin, autre application pratique, M. Bokai propose de substituer la picrotoxine aux préparations de noix vomique pour combattre l'asphyxie par le chloroforme. (*Internat. klinische Rund.*, 29 janvier 1889.)

Quelques observations sur le traitement de la phthisie par l'ozone, par M. le docteur A. RANSOME. — La méthode de l'auteur consiste à inhaler le gaz contenu dans des cylindres renfermant chacun 7 litres d'oxygène ozoné à 9 pour 100 et soumis à une pression de 6 à 8 kilogrammes. Simultanément il prescrit l'iodoforme en pilules et l'huile de foie de morue.

Trente cas furent traités par cette méthode C'étaient ceux de phthisiques de divers degrés. Tous ces malades augmentèrent de poids et accusèrent une diminution de la fièvre et des sueurs nocturnes. Cependant aucun changement de l'état local ne fut noté et les signes physiques n'étaient pas modifiés, malgré l'amélioration de l'état général. Quotidiennement, chaque malade inhalait trois fois le contenu gazeux d'un à quatre cylindres. (*The med. Chronicle*, avril 1889.)

BIBLIOGRAPHIE

De la prothèse immédiate appliquée à la résection des maxillaires, rhinoplastie avec appareil prothétique permanent, restauration de la face, etc., par M. Claude MARTIN, médecin dentiste de l'École du service de santé militaire; avec une préface de M. le professeur OLLIER, membre correspondant de l'Institut. 230 figures dans le texte. — Paris, G. Masson, 1889.

Depuis une quinzaine d'années déjà, M. Claude Martin s'occupe avec persistance et avec succès de tout ce qui concerne la prothèse faciale, de tout ce qui, dans la chirurgie des maxillaires, est du ressort de la mécanique. C'est ainsi qu'il y a quelques mois nous lisions un intéressant mémoire de lui sur des appareils destinés à fixer en bonne position les fragments du maxillaire inférieur fracturé.

Aujourd'hui encore, dans le livre que nous analysons, il s'agit de faits qui concernent au plus haut degré le chirurgien et qui, pour la plupart des Parisiens, au moins, ont le mérite de la nouveauté. Car, à Lyon, la méthode que M. Martin expose maintenant dans ses détails est connue et appréciée de tous les maîtres de la chirurgie : Letiévant, Ollier, Poncet, Gayet y ont eu recours et n'ont eu qu'à s'en louer. Passons donc sous silence, malgré leur importance, les descriptions de certains appareils spéciaux pour redresser les nez effondrés ou aplatis; de nez en céramique s'appliquant sans lunettes; d'obturateurs perfectionnés pour suppléer au voile du palais absent. C'est de la résection des maxillaires et de la rhinoplastie que nous désirons dire quelques mots.

Après les pertes de substance accidentelles ou chirurgicales du maxillaire inférieur, les accidents immédiats sont sérieux. La langue tend à se renverser dans le pharynx, la salive s'écoule sans cesse, la mastication est impossible. Et plus tard, la mastication, la phonation restent défectueuses, en même temps que la rétraction cicatricielle laisse des déviations qui, non seulement offensent l'esthétique, mais encore sont la cause de lésions pathologiques, de par les dents qui viennent blesser les parties molles de la mâchoire supérieure ou de la joue. Lorsque l'on a enlevé le maxillaire supérieur, la beauté du sujet souffre plus que les fonctions; mais elle souffre dans des proportions sérieuses. Aussi a-t-on depuis longtemps demandé à la prothèse des restaurations que l'autoplastie était impuissante à fournir. Sans doute, on n'a malheureusement que peu d'occasions de s'en servir dans la pratique civile; les résections étendues n'ont que trop souvent pour cause des néoplasmes dont la récidive survient à brève échéance. Mais il y a des néoplasmes bénins, des nécroses. Et surtout en chirurgie d'armée les pertes de substance sont fréquentes et graves. N'est-ce pas à Larrey père et fils, Bégin, Legouest, Chavasse, Dardignac, etc., que nous devons d'importants travaux sur ce point?

Il est incontestable que la prothèse classique peut rendre de grands services. Elle a toutefois un grave inconvénient. La pièce artificielle est appliquée une fois la cicatrisation achevée, lorsque déjà la rétraction inodulaire a agi. Les parties correspondantes de la face restent donc toujours plus ou moins affaissées, et le résultat plastique laisse à désirer. Ce défaut disparaît avec la méthode de M. Martin. Avant l'opération, un moule des parties est pris et une pièce est construite, qui a sensiblement les dimensions de la portion osseuse à retrancher; un peu plus, toutefois, car souvent le chirurgien doit aller plus loin qu'il ne le pensait à l'avance, et une fois la brèche faite il est aisé de diminuer la pièce pour l'adapter à la cavité. Elle est destinée, en effet, à être mise immédiatement dans la perte de substance. La pose est un temps de l'opération, temps intermédiaire à la résection osseuse et à la suture des parties

molles : on voit à quel point cela devient un acte chirurgical. Une fois en place, la pièce de prothèse immédiate est fixée par des vis, des crochets, des pointes métalliques aux dents et aux parties restantes de la mâchoire. Elle est en plusieurs morceaux, ajustés ensemble, en sorte qu'on peut la retirer facilement lorsque, la cicatrisation étant terminée, on applique la pièce de prothèse définitive.

Nous n'insisterons pas davantage sur celle-ci; mais il nous faut revenir sur la pièce de prothèse immédiate. Ne peut-on pas craindre *a priori* que le corps étranger ne soit pas supporté par des tissus cruentés, destinés à la réunion immédiate? Il n'en est rien si on emploie une substance imputrescible et non irritante, et si l'on creuse la pièce d'une canalisation destinée à permettre d'éviter, par des irrigations, toute stagnation septique. C'est ce que M. Martin a réalisé par des appareils en caoutchouc durci, et l'événement a prouvé que son idée était juste.

Ces pièces sont fort bien tolérées; elles s'opposent à la rétraction cicatricielle, et le résultat définitif est aussi satisfaisant que possible.

On peut aller plus loin encore et laisser sous des lambeaux une charpente artificielle qui restera pour toujours en place. C'est à la rhinoplastie que M. Martin s'est adressé de la sorte, et dès 1878 Letiévant faisait connaître cette méthode, en montrant avec netteté qu'elle seule peut parer à la rétraction qui, dans tous les procédés classiques, ne tarde pas à transformer en moignons informes les nez dont la reconstitution avait semblé, dès l'abord, parfaite. Depuis, M. Poncet a publié un fait semblable. Nous en trouvons d'autres dans le livre de M. Martin. Il est, en somme, prouvé que cette carcasse métallique légère peut, sans inconvénient, rester fichée dans les os voisins pendant plusieurs années.

C'est pendant plusieurs années, en effet, que M. Martin a suivi les malades dont l'observation sert de base à son livre. La publication de ces faits a été, de parti pris, tardive, pour que les résultats pussent être considérés comme définitifs. On ne saurait faire l'objection qu'il s'agit de résultats simplement opératoires dont l'avenir démentira les promesses. D'autre part, c'est entre les mains des représentants les plus autorisés de l'École de Lyon que cette méthode a fait ses preuves. Elle mérite donc une attention des plus sérieuses; d'autant plus que le livre de M. Martin expose avec précision tous les détails relatifs à la technique de la construction des pièces, et que de nombreuses figures font comprendre sans peine le mode de constitution des principaux modèles. Chaque chirurgien pourra donc, avec l'aide d'un spécialiste pour la fabrication des pièces, essayer de ces procédés, qui semblent constituer un véritable progrès.

A. Broca.

Petit atlas photographique du système nerveux, par le docteur J. Luys, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital de la Charité. Première partie : *Le cerveau*, avec 24 héliogravures. 1 vol. in-16, cartonné à l'anglaise. — Paris, 1888, J.-B. Baillière et fils.

Les premiers travaux de M. J. Luys sur le système nerveux remontent à plus d'un quart de siècle. C'est en 1865 que ce savant maître publiait ses *Recherches sur le système nerveux cérébro-spinal, sa structure, ses fonctions et ses maladies*. Cet ouvrage fit époque dans la science. Sans doute, tous les problèmes qui y sont abordés n'y sont pas définitivement résolus; une place très large y est faite à l'hypothèse et à des explications prématurées; mais ces explications et ces hypothèses sont indispensables lorsqu'on veut présenter un corps de doctrine sur un sujet controversé et qu'on s'attache moins à l'étude des détails qu'à un travail d'ensemble.

Les critiques les plus vives faites aux idées de M. Luys s'adressaient à ses conceptions sur l'anatomie du système nerveux; on les accusait de subjectivisme. Il y répondit, en 1873, par son *Iconographie photographique du système nerveux*, œuvre d'une originalité incontestable, fruit de recherches longues et patientes, qui, au regret d'un grand nombre de travailleurs, ne pouvait guère être consultée que dans les bibliothèques. En en publiant la réduction que nous annonçons à nos lecteurs, il rend un réel service, puisqu'il fournit « aux étudiants, aussi bien qu'aux médecins anatomo-pathologistes, un procédé d'études pratique et indiscutable, un véritable *vade-mecum* qui leur permît, soit à l'amphithéâtre de dissection, soit à la salle d'autopsie de l'hôpital, de reconnaître immédiatement, en présence d'une région spéciale du cerveau, l'endroit précis où ils se trouvent, leur fournissant ainsi une bonne carte de la topographie centrale destinée à préciser leurs recherches » (p. 1).

On connaît le procédé de recherches de M. Luys : il consiste en coupes méthodiques du cerveau, soit dans le sens horizontal, soit dans le sens vertical; si l'on étudie ces différentes tranches successives, soit sur nature, soit sur leur reproduction photographique, on peut voir « se dérouler devant les yeux, en images fidèles, les différents aspects sous lesquels se présente la masse encéphalique à mesure qu'on l'attaque, soit de bas en haut, soit d'avant en arrière. On peut ainsi suivre la marche des fibres blanches dans leur direction, dans leurs rapports les uns avec les autres et jusque dans les noyaux gris centraux ».

Dans son nouvel atlas, composé de vingt-quatre planches, il est facile de se rendre un compte exact de la morphologie de l'écorce cérébrale, puis de la construction et des rapports des noyaux opto-striés. Quant à la substance blanche des lobes cérébraux, on sait que M. Luys la considère comme constituée par deux systèmes de fibres, les unes convergentes et les autres commissurantes : les premières, « nées de l'intimité de différents départements de l'écorce, se dirigent vers les régions centrales du *névraxe* pour se distribuer, les unes dans la masse de la couche optique, les autres dans celle du corps strié, les autres dans les noyaux gris sous-thalamiques »; les secondes sont destinées à associer entre elles des régions éloignées de l'écorce cérébrale. Grâce à des coupes heureuses du cerveau, reproduites avec succès par la photographie, il est possible d'étudier la marche et la direction de ces deux systèmes de fibres, et de contrôler l'exactitude de la description donnée par l'auteur.

Ses recherches ont amené M. Luys à donner du cerveau la formule synthétique suivante : « Le cerveau est l'ensemble des plis de l'écorce de chaque lobe reliés d'un côté à l'autre (fibres commissurantes) et reliés aux noyaux centraux thalamo-striés et aux noyaux sous-thalamiques (fibres blanches, cortico-thalamiques, cortico-striées, cortico-sous-thalamiques). »

C'est à ces noyaux centraux, à la substance grise des régions centrales, qu'est consacrée la plus grande partie de la description faite par M. Luys. N'est-ce pas là, en effet, la clef de voûte de son système? Les couches optiques avec leurs divers noyaux, les corps striés et les noyaux sous-thalamiques servent d'intermédiaires entre les nerfs des différentes parties du corps et les couches corticales du cerveau : les nerfs sensitifs venant aboutir aux divers noyaux de la couche optique et aux noyaux sous-thalamiques; les nerfs moteurs partant du corps strié pour se diriger de là à travers la moelle dans les différents organes du mouvement.

L'œuvre que nous signalons au public médical est exclusivement anatomique, et par suite très sobre de déductions physiologiques. A peine si l'auteur indique deci, delà,

parfois seulement en note, le fonctionnement des régions qu'il décrit avec tant de minutie. Il est vrai que ce n'était pas le lieu et que la physiologie centrale, telle que la conçoit M. Luys, est aujourd'hui très connue, grâce à de nombreuses et importantes publications antérieures.

Ce qui importe ici, c'est d'insister tout spécialement sur l'utilité de ce petit atlas. Toutes les planches en sont excellentes et démonstratives; on les consultera avec fruit, non seulement dans le cabinet, mais surtout dans l'amphithéâtre, pour l'étude de l'anatomie normale du cerveau et pour l'indication topographique exacte des lésions trouvées dans les autopsies. A ces titres divers, on ne saurait assez recommander aux médecins comme aux étudiants cette dernière production, due à la plume si féconde de M. Luys.

Ant. Ritti.

VARIÉTÉS

Souscription Duchenne (de Boulogne).

Neuvième liste.

MM. Marjolin	100 fr.	»
Baillarger	50	»
Galezowski	50	»
Hutinel	20	»
Les internes en médecine de la Salpêtrière (1889)	40	»
Total	260 fr.	»
Montant des listes précédentes.	3485	34
Total général	3745 fr.	34

Concours d'agrégation : chimie, physique et pharmacie. — Les candidats nommés sont:

Pour la Faculté de médecine de Paris: en chimie, M. Fauconnier; — en physique, M. Weiss.

Faculté de médecine de Bordeaux: en chimie, M. Denigez; — en pharmacie, M. Barthe.

Faculté de médecine de Montpellier: en physique, M. Lecercle.

Faculté de médecine de Montpellier. Concours pour l'éloge du professeur Bouisson. — Mme v^e^ Bouisson s'étant départie de la jouissance d'un legs de 100000 francs fait par le professeur Bouisson à la Faculté de médecine de Montpellier, mais à la condition que les deux premières annuités de la rente de ladite somme serviraient à couronner les deux meilleurs travaux sur la vie et les œuvres de M. Bouisson, la Faculté a pris la délibération suivante:

Article premier. — Un concours est ouvert devant la Faculté de médecine de Montpellier, ayant pour objet une étude sur la vie et les œuvres de M. Bouisson.

Art. 2. — Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine.

Art. 3. — Deux prix sont institués pour la récompense des lauréats: le premier, de 6000 francs; le second, de 4000 francs.

Art 4. — Le concours sera clos le 1er avril 1890, et les manuscrits destinés au concours seront adressés avant cette date, terme de rigueur, à M. le doyen de la Faculté de médecine de Montpellier.

Art. 5. — Les manuscrits seront rédigés en langue française, ne porteront ni signature, ni aucun autre indice personnel, et seront simplement accompagnés d'une épigraphe, qui sera reproduite sur un pli cacheté renfermant les noms et adresse de l'auteur.

Art. 6. — Dès la clôture du concours, M. le doyen de la Faculté de médecine de Montpellier convoquera le Conseil à l'effet de nommer une Commission qui sera chargée d'examiner les manuscrits et de rédiger un rapport sur leur mérite respectif. Ce rapport sera lu dans une nouvelle séance, et le Conseil décernera alors les prix au scrutin secret.

Art. 7. — Les manuscrits non couronnés ne seront pas rendus, et les plis cachetés qui les accompagneront ne seront ouverts que sur la demande des auteurs.

Hospices de Montpellier. — La Commission administrative des hospices de Montpellier vient d'adresser aux médecins de cette ville une circulaire les informant qu'au lieu et place de l'étuve à désinfection par l'air chaud et la vapeur sans pression, la nouvelle étuve à vapeur sous pression de Geneste et Herscher, dont la supériorité et l'efficacité sont aujourd'hui généralement reconnues, a été installée à l'hôpital général.

« Nous avons en même temps, disent les administrateurs, organisé notre service public de désinfection de manière à donner aux personnes que vous jugerez utile de nous adresser, toute facilité et à vous-même toute confiance en ce qui concerne l'assainissement des objets infectés par les malades.

« Vous aurez seulement à indiquer à vos clients les objets qu'il conviendra d'envoyer à l'étuve, et ils n'auront à leur tour qu'à prévenir verbalement ou par écrit M. le secrétaire de la Commission des hospices à l'hôpital général de Montpellier. Les objets en question seront aussitôt enlevés, désinfectés et rapportés à leur propriétaire par le personnel de l'établissement.

« Sur la présentation d'un certificat d'indigence délivré par la mairie, l'opération sera effectuée gratuitement. Pour les autres, une taxe très légère a été établie par un arrêté municipal. »

Inauguration de l'hôpital d'Ormesson. — On inaugurera, le 23 juin, à Ormesson (Seine-et-Oise), un hôpital consacré exclusivement au traitement gratuit des enfants pauvres atteints de tuberculose. Cet hôpital est dû à l'initiative de quelques médecins de Paris et à la générosité privée.

Les membres du Comité médical de cet hospice sont:

MM. les docteurs Hérard, président; Grancher, Villemin, vice-présidents; Léon Petit, secrétaire général; Gueneau de Mussy, Dujardin-Beaumetz, Léon Labbé, C. Paul, Cadet de Gassicourt, Huchard, Blache, Gouel, Filleau, Ladreit de la Charrière, Duboys de la Vigerie, Cadier, Chauveau, Jaoul, Hontemps.

Corps de santé de la marine. — Ont été promus :

Au grade de médecin de première classe, les médecins de deuxième classe: MM. de Bonadona, Espieux, de Biran.

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 28 juin). — *Ordre du jour:* Suite de la discussion sur la prophylaxie de la contagion des maladies infectieuses. — M. Renault: Note pour servir à l'histoire de la pneumonie infectieuse. — M. Juhel-Rénoy: Traitement des kystes hydatiques du foie.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Astié, médecin principal de 1re classe d'armée en retraite, ancien médecin en chef de l'hôpital militaire de Bordeaux, officier de la Légion d'honneur, de M. le docteur Favre (de Lyon), dont les travaux sur le daltonisme sont bien connus de nos lecteurs, et de M. le docteur Bonnefoy, inventeur d'appareils orthopédiques, mort subitement à l'Exposition universelle.

Mortalité a Paris (23e semaine, du 2 au 8 juin 1889. — Population: 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 17. — Variole, 0. — Rougeole, 29. — Scarlatine, 7. — Coqueluche, 8. — Diphthérie, croup, 26. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 189. — Autres tuberculoses, 28. — Tumeurs: cancéreuses, 58; autres, 5. — Méningite, 51. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 39. — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 15. — Maladies organiques du cœur, 53. — Bronchite aiguë, 35. — Bronchite chronique, 32. — Bronchopneumonie, 25. — Pneumonie, 52. — Gastro-entérite: sein, 14; biberon, 58. — Autres diarrhées, 4. — Fièvre et péritonite puerpérales, 6. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 19. — Sénilité, 22. — Suicides, 16. — Autres morts violentes, 8. — Autres causes de mort, 183. — Causes inconnues, 9. — Total: 1015.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Congrès pour l'étude de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux, 1re session, 1888; 2e fascicule terminant l'ouvrage. 1 vol. in-8°. Paris, G. Masson. 7 fr.

Opto-types simples, par M. le docteur E. Landolt. Deux cartons réunis ensemble sous enveloppe. Paris, O. Doin. 1 fr. 50

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

19437. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS.

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 26 juin 1889.

Académie de médecine : **De l'emploi du chloroforme pour l'anesthésie chirurgicale. — La fièvre typhoïde à Berlin.**

Maintes fois soulevée devant les Sociétés savantes, la question de l'anesthésie chloroformique n'est pas encore résolue, et chaque fois qu'avant une opération quelconque le chirurgien administre du chloroforme, il doit se préoccuper non seulement de ses inconvénients, mais encore des dangers qu'il va faire courir à son malade. Ces dangers sont-ils toujours imputables à l'impureté du chloroforme employé? Nous ne le croyons pas. Presque toujours ils sont dus soit à une prédisposition maladive du sujet endormi, plus souvent à un défaut d'attention dans le procédé d'anesthésie mis en usage. Aussi ne saurait-on insister trop vivement sur la nécessité de surveiller toujours attentivement l'administration du chloroforme, et, sans suivre à la lettre les préceptes de Gosselin, de ne pas abandonner à un aide inexpérimenté le soin de maintenir l'état anesthésique.

Si l'on se préoccupe de toujours bien observer l'état de la respiration et de la circulation, de ne pas surprendre d'emblée l'opéré en lui faisant inhaler dès le début des vapeurs concentrées de chloroforme pur, enfin si l'on se sert de chloroforme bien préparé, on évitera presque toujours les accidents mortels.

Malheureusement on n'empêchera que bien plus rarement les phénomènes d'intolérance, et en particulier les vomissements. Ceux-ci sont-ils toujours dus à la qualité du chloroforme? S'il en était ainsi, comme le pense M. L. Le Fort, on aurait grand avantage à se servir du bichlorure de méthylène, qui, entre les mains de Spencer Wells, a donné des résultats si encourageants. Toutefois le chloroforme préparé par MM. Regnauld et Villejean, qui cependant est préparé de la même manière, n'a pas produit les mêmes effets. S'il est plus maniable et moins facilement toxique que le chloroforme privé d'alcool méthylique, il a l'inconvénient d'agir très lentement, et quelquefois même, comme l'a observé M. Polaillon, d'échouer complètement. Or l'essentiel n'est-il pas, pour l'anesthésie chloroformique, d'avoir un agent dont on puisse être parfaitement sûr?

La discussion sur ce sujet sera continuée dans la prochaine séance de l'Académie. Pour le moment, il convient de s'associer au vœu exprimé par M. Polaillon, et de remercier MM. Regnauld et Villejean des efforts qu'ils poursuivent en vue de nous fournir un chloroforme sûr et inoffensif.

— La méthode de Brand, si prônée récemment encore, serait-elle abandonnée même en Allemagne? On le croirait en lisant le compte rendu de la dernière séance de la Société de médecine interne de Berlin. Les médecins les plus éminents et les plus expérimentés de cette ville viennent de se trouver en face d'une recrudescence épidémique de la fièvre typhoïde. Or Fuerbringer déclare expressément qu'il a rejeté les cures abortives et s'est borné au traitement hygiénique et aux bains *lorsqu'ils étaient indiqués*. Goltdammer, Bartels, Guttmann, Ewald, ont fait des remarques analogues. Bien plus, les statistiques de mortalité sont identiques à Berlin et à Paris. Dans l'épidémie actuelle, à l'hôpital de Friedrischshain, la mortalité s'élève à 10,3 pour 100, la mortalité moyenne étant de 17,3 pour 100. On dira peut-être encore que si la méthode balnéaire avait été appliquée dans toute sa rigueur, comme dans les villes d'Allemagne autres que Berlin, cette mortalité serait tombée à zéro. Nous ne le pensons pas. Nous persistons à croire que les épidémies de fièvre typhoïde sont variables quant à leur intensité, et que la maladie nécessite, suivant ses formes, des modes de traitement non moins variables.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Quelques formules d'injections antiseptiques contre la blennorrhagie.

Le moment de l'administration de ces injections n'est pas la période initiale, pendant laquelle le traitement abortif peut procurer des succès; mais bien plutôt après les échecs de ce dernier et quand l'écoulement s'établit nettement avec abondance.

Ces injections doivent être répétées souvent, toutes les deux ou trois heures, et administrées à une température aussi élevée que la tolérance du malade le permet.

1° *Injections mercurielles.* — Le sublimé est la plus usuelle :

Sublimé	0gr,02
Eau distillée	100 grammes.

On la remplace par celle au salicylate de mercure préconisé dans ces derniers temps :

Salicylate de mercure	0gr,05
Eau distillée	150 grammes.
Bicarbonate de soude	q. s.

2° *Injections au bismuth et à la vaseline.* — Elles consistent à faire véhiculer le sous-nitrate de bismuth ou le salicylate de ce métal par la vaseline liquide :

Sous-nitrate ou salicylate de bismuth	5 grammes
Vaseline liquide	100 —

Ces injections sont répétées deux à trois fois par jour seulement.

3° *Injections à la résorcine, à la créoline et à la pyridine.* — La résorcine est la moins énergique de ces substances empruntées à la série aromatique; la pyridine est la plus active : on peut les prescrire en solution aqueuse suivant la formule générale suivante :

Résorcine, 2 grammes, ou créoline, 1 gramme, ou pyridine, 0gr,20.	
Eau distillée	100 grammes.

Ce traitement ne dispense pas au déclin de la maladie de prescrire les balsamiques et dans les cas rebelles, les injections fortement astringentes ou caustiques.

Ch. Éloy.

REVUE DES COURS ET DES CLINIQUES

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LE PROFESSEUR CHARCOT.

Hysteria major. — Mal comitial et morphinomanie chez le même sujet. — On sait avec quelles peines, et au prix de quelles luttes, M. le professeur Charcot est arrivé à établir l'individualité nosologique de l'hystérie en général et de l'hystérie mâle en particulier. Les auteurs étrangers ont été longs à se faire à cette idée que l'hystérie n'était plus un ensemble de symptômes sans liens entre eux, un fouillis d'actions contradictoires n'ayant pas grand'chose à voir avec une description sage et méthodique.

Fort heureusement la vérité se fait jour quand même et c'est d'Allemagne même, du sein de l'armée allemande, que nous viennent aujourd'hui les observations d'hystérie mâle.

M. Charcot montre à son cours un jeune homme qui est à la fois hystérique (hystérie à stigmates), épileptique et morphinomane.

Le professeur, après avoir fait l'historique de son sujet, fait remarquer combien une analyse minutieuse des symptômes observés est nécessaire pour ne pas faire de confusion entre ces deux maladies, l'hystérie major et l'épilepsie, qui vivent côte à côte et sans s'influencer l'une l'autre.

Ce sont ces malades-là qui donnent beau jeu aux médecins allemands tels qu'Openheim. Ces auteurs nient que le sujet soit hystérique et tous ces stigmates (hémianesthésie ou anesthésie totale, zones hystérogènes, rétrécissement du champ visuel, achromatopsie) qui les gênent, sont irrévocablement mis sur le compte de l'épilepsie. L'hystérie, grâce à cette soustraction de symptômes, se trouve pour ainsi dire escamotée.

Heureusement il est possible de faire le départ de l'hystérie et de l'épilepsie. Outre les stigmates que nous savons propres à cette première névrose et à cette névrose seule, nous avons encore une nouvelle différence fournie cette fois par la chimie. Lépine (de Lyon) et Mairet (de Montpellier), Gille et Cathelineau, à Paris, ont fait l'examen des urines après les accès d'épilepsie et après les attaques d'hystérie : 1° chez des sujets atteints d'une seule de ces affections; 2° chez des malades offrant réunies les deux névroses, comme le malade présenté au cours. Les résultats ont été identiques : on a constaté une élévation considérable du taux de l'urée après l'attaque, ainsi qu'une différence appréciable dans l'élimination des phosphates terreux. On comprend l'importance diagnostique de ce nouveau signe.

Le jeune malade que nous avons sous les yeux a ce qu'il appelle *ses crises de jour*, où il ne perd pas complètement connaissance (hystérie); ses *crises de nuit*, complètement différentes, où il perd connaissance, se mord la langue (signe parfois incertain) et urine sous lui.

M. Charcot critique le mot hystéro-épilepsie qu'il a cependant employé lui-même si souvent et il affirme que dans la grande hystérie il n'y a rien d'épileptique dans le fond (chimiquement prouvé), mais que le début de l'attaque est épileptique d'apparence.

Un médecin militaire allemand, le docteur André (de Carlsruhe), vient de publier dans un des derniers numéros du *Berliner Wochenschrift* un cas d'hystérie major chez un jeune soldat. La description est *identiquement la même* que celle de M. Charcot; des photographies prises pendant l'attaque reproduisent absolument les dessins de Paul Richer.

Le jeune malade atteint séparément d'hystérie major et de mal comitial est en même temps morphinomane. Il a une affection *réglée comme un drame, séparée en actes et en entr'actes.*

Il se lève le matin entre sept et huit heures, fatigué, accablé ; piqûres de 6 centigrammes; il va jusqu'à midi; à midi, grâce à sa piqûre, il mange un peu; à trois heures, à six heures, à huit heures, nouvelles piqûres de 6 centigrammes chacune; à minuit il n'a plus les infirmiers sous la main pour lui faire des piqûres, il prend vingt gouttes de laudanum.

Ce jeune homme est un morphinomane à 30 ou 32 centigrammes; c'est le type le plus répandu. Ce n'est pas la quantité qui fait le morphinomane, c'est l'*engrenage* dans lequel entre le malade, c'est le retour périodique du besoin des piqûres.

On a appelé *euphorie* les laps de temps où la santé, grâce à la morphine, est excellente. Quand notre malade est privé de son excitant habituel à l'heure ordinaire, il est pris d'un tremblement qui ressemble beaucoup au tremblement alcoolique; puis il a des sueurs froides, des lypothymies; des diarrhées, des démangeaisons; enfin, il y a parfois un côté psychique intéressant; des crises de violence dans lesquelles le malade brise tout. Ces détails sont bons à connaître quand on veut démorphiniser les malades, qu'on s'y prenne lentement ou bien qu'on prive brusquement les patients de leurs piqûres quotidiennes.

(Leçon du 21 mai 1889.)

Amblyopie et amaurose hystéro-traumatique. — Il n'est pas extrêmement rare de voir des malades ayant reçu un coup plus ou moins violent dans la région de l'œil, sans présenter toutefois de déchirures de cet œil ou de ses membranes, être atteints d'amblyopie et même de cécité absolue pendant un temps variable. Certains auteurs

considèrent ce phénomène assez bizarre comme l'effet d'une *commotion de la rétine.*

M. le professeur Charcot montre à son cours du mardi un homme vigoureux, ouvrier rangé et sérieux, désirant guérir rapidement de l'affection qui le retient à l'hôpital; un homme en un mot à l'abri de toute accusation de simulation.

A la fin de janvier 1889 cet homme a reçu dans l'œil gauche le jet de pétrole de sa lampe de soudeur. La brûlure a été peu profonde, cependant le malade est resté un mois avec des compresses sur l'œil. Quand il essaye de regarder, il remarque avec effroi qu'il voit bien moins de l'œil gauche, puis qu'il ne voit plus rien du tout. En même temps l'œil droit devient faible à son tour, la vision y devient imparfaite.

L'examen des yeux pratiqué par M. Parinaud ne révèle absolument rien comme lésion de l'œil ou de ses membranes, la rétine est intacte malgré la cécité absolue, il s'agit donc d'une amaurose fonctionnelle. A signaler également un peu d'hyperesthésie. L'œil droit présente un rétrécissement concentrique du champ visuel, le malade a perdu la vue des couleurs dans l'ordre suivant : violet, vert, jaune, bleu; aujourd'hui il voit encore le rouge.

Comment classer cette bizarre anesthésie rétinienne? On doit savoir d'abord qu'on a publié un certain nombre de cas semblables : Leber (*Arch. d'ophth.*, 1880) publie le cas d'un enfant de onze ans qui, à la suite d'un coup de poing sur l'œil gauche, eut une amaurose complète avec photophobie. Blépharo-spasme et contracture douloureuse des muscles de la face. Leber qualifie l'affection d'*amblyopie réflexe d'origine traumatique.*

A Berlin, Morell cite un cas analogue avec concomitance de *crises d'épilepsie qui guérissent en même temps que l'amaurose.*

Parinaud rapporte l'observation d'un garçon qui à la suite d'un coup de fouet sur l'œil eut de l'amaurose, du rétrécissement du champ visuel, de la polyopie monoculaire. A l'Académie royale de médecine de Bruxelles, Parinaud présente encore un cas analogue, cette fois il s'agit d'un coup de fouet sur le nez.

Quand on examine les choses de près, on voit bientôt que cette singulière amaurose n'est pas d'ordre chirurgical; qu'il ne s'agit pas d'une paralysie réflexe, à supposer même que l'existence des paralysies réflexes soit bien démontrée, mais bien d'une amblyopie ou d'une amaurose hystéro-traumatique. On se convainc sans peine de la vraisemblance de cette hypothèse quand on voit les malades avoir en même temps que leur amaurose déjà si bizare par elle-même, du blépharo-spasme, de la contracture douloureuse des muscles de la face, de l'hyperesthésie plus ou moins limitée autour de l'œil (Leber), des crises prétendues épileptiques (Morell) qui guérissent tout d'un coup en même temps que l'amaurose.

C'est toujours à l'hystérie et à l'hystéro-traumatisme auquel nous avons affaire. Cet homme, âgé déjà, solide ouvrier, est un hystérique, et le fait, étant donnée sa répétition journalière, n'a plus rien qui puisse étonner.

M. Brouardel, dans son service général à la Pitié, a eu quinze hystériques mâles dans l'année. A Necker il y en a quatre en ce moment. L'hystérie mâle, quand on aura fait une statistique sérieuse, paraîtra aussi fréquente que l'hystérie féminine. Sous l'influence du traitement tonique et des douches cet homme va mieux et nous pensons pouvoir avant peu le présenter au cours complètement guéri. (Leçon du 14 mai 1889.)

P. Berbez.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Sur la pathogénie du tétanos dans les régions tropicales, par M. le docteur J. Fontan, professeur à l'École de médecine navale de Toulon.

(Fin. — Voyez le numéro 25.)

D. *Traumatisme et spontanéité.* — Dans les zones tropicales, les traumatismes les plus légers se compliquent de tétanos. Des écorchures aux pieds, des piqûres aux mains par des végétaux épineux, des arêtes de poisson ou des pointes de coraux, l'extraction d'une dent, et bien moins encore l'opération du tatouage, ou l'injection hypodermique de quinine, suffisent à le faire éclore.

C'est ainsi qu'à Gorée on a vu en vingt jours mourir une douzaine d'individus chez qui le tétanos venait compliquer des injections de cette espèce.

On comprend dès lors que bon nombre de cas rangés dans le tétanos spontané puissent être imputés à un traumatisme minime et bien souvent inaperçu. De plus le tétanos traumatique n'éclate parfois qu'après la cicatrisation complète de la blessure. Tel est le cas suivant qui a été regardé à tort suivant moi comme un tétanos spontané.

Obs. I (docteur Gazeau). — P..., soldat d'infanterie de marine, entré à l'hôpital de Tamatave en 1886, pour accès pernicieux comateux, était en convalescence depuis une huitaine de jours. Il se levait et commençait à s'alimenter d'une façon normale quand le 29 août, après une nuit très froide, il fut pris de douleur cervico-dorsale et de trismus. Ces premiers accidents s'effacèrent promptement, puis revinrent après quelques heures. Isolement du malade, chloral à haute dose, morphine. Des bains de vapeur parurent faire grand bien. Néanmoins les crises de contracture se rapprochèrent et se généralisèrent, s'accompagnant de douleurs atroces dans les lombes et le bassin. Asphyxie, cyanose. Décès au bout de trente-six heures. Ce malade avait reçu douze jours auparavant deux injections hypodermiques de quinine qui ne furent suivies ni d'eschares ni d'abcès. Il avait subi aussi une application de sangsues aux apophyses mastoïdes.

Eh bien, ce cas me paraît être d'origine traumatique.

Quant au tétanos des nouveau-nés, il est considéré comme une maladie distincte par quelques médecins, qui en font une affection convulsive spéciale à l'enfance. En réalité on ne peut le confondre avec l'éclampsie, rare dans les pays chauds, et qui frappe les enfants plus âgés. Il s'agit bien ici du tétanos, il est presque toujours lié à la chute du cordon, c'est-à-dire à l'existence d'une plaie.

Tous les observateurs, quoiqu'ils maintiennent en général le nom de spontané à cette variété, constatent qu'il se développe du deuxième au sixième jour, soit ordinairement avant la cicatrisation du cordon. Je relève pourtant dans les notes de M. Gazeau l'exemple d'un enfant métis de Malabar, chez qui la plaie du cordon était déjà cicatrisée avant l'apparition du trismus. Cet enfant avait été exposé à un froid assez vif. C'est encore là un exemple du tétanos traumatique tardif.

Il existe pourtant une variété qui paraît bien indépendante de tout traumatisme : c'est le tétanos à répétition. Nous avons peu de détails sur cette forme, signalée surtout dans l'Inde anglaise et aux Antilles.

Obs. II. — M. Lhoyseau en a vu à la Guadeloupe un exemple singulier. Un malade fut atteint de tétanos spontané d'une façon intermittente, d'année en année, pendant quatre ans. Il guérit les trois premières années, mais succomba à la quatrième attaque. La maladie revenait à la même époque sans aucune cause traumatique.

En définitive, quoiqu'on ne puisse nier l'apparition du

tétanos sans traumatisme dans les pays chauds, je reste convaincu qu'une analyse rigoureuse des faits démontrera que le plus souvent cette spontanéité n'est qu'apparente.

§ II. — Épidémies. Contagion.

Les cas de tétanos apparaissent par séries. Cela s'observe aussi bien sous les latitudes chaudes que dans nos hôpitaux de France. Sans doute on pourrait expliquer ces bouffées épidémiques par des conditions de saisons, de pluies, de vents qui en favorisent l'éclosion. C'est le sentiment de plusieurs médecins de la marine et des colonies. D'autres, au contraire, guidés par des idées plus nouvelles sur l'infectiosité de cette maladie, expliquent ces répétitions par la propagation épidémique, ou même la contagion directe. Mais, sans m'arrêter aux appréciations, je cite quelques faits.

A Cholen (Cochinchine), il existe une crèche qui reçoit les enfants indigènes depuis l'âge de quelques jours jusqu'à celui de huit à dix mois. La maladie y apparaît par épidémies, et c'est particulièrement dans la saison des pluies que les cas sont nombreux (docteur Jan).

A Madagascar où la maladie est endémique sur les jeunes enfants, elle sévit surtout pendant les pluies, et il est des moments où d'après certains voyageurs la mortalité de la première enfance atteindrait de ce chef 50 pour 100 de la natalité.

Toujours dans ce pays un médecin accoucha dans une semaine trois femmes. Les trois enfants, dont deux blancs, périrent du tétanos presque en même temps. Ce rapprochement est-il une simple coïncidence? Ne doit-il pas faire admettre l'épidémicité ou même la contagion? On ajoute il est vrai qu'au même moment, des blessés présentant des délabrements considérables guérissaient sans complication.

A la Guyane les décès par tétanos infantile s'accumulent aussi par séries, que l'on regarde comme commandées par le vent du nord (Alix).

Au Sénégal ces bouffées épidémiques sont aussi un fait d'observation vulgaire. Le docteur Giraud retrace l'éclosion et la marche d'une de ces séries, à la suite d'une grande opération que je ne puis que résumer.

Obs. III (Dakar, avril 1880). — Un Arabe était atteint d'un énorme éléphantiasis du scrotum et du prépuce. L'opération dont je regrette de ne pouvoir insérer en entier la relation, tant elle présente d'intérêt, fut colossale. Qu'il me suffise de dire que la tumeur pesait 24 kilogrammes, qu'on dut placer plus de 100 ligatures, et que les divers actes opératoires durèrent quatre heures. On voit quel dut être le traumatisme.

Les suites furent bonnes pendant une semaine. Mais le septième jour, le tétanos éclata malgré l'antisepsie phéniquée.

« Certainement, dit le docteur Giraud, il y avait *du tétanos dans l'air;* car à partir de ce cas, et dans l'espace de vingt jours à peu près, il mourut à Gorée une douzaine de personnes, tétanisées par des piqûres de quinine, et un nègre de Rufisque après refroidissement, car je ne pus retrouver de plaie. »

Ainsi les séries ou bouffées épidémiques sont hors de doute. Remarquons même que dans plusieurs d'entre elles, il semble que la contagion ait joué un certain rôle. Car un grand nombre de cas, réunis en quelques jours dans une même localité, souvent dans un même établissement, entre les mains d'un même médecin, ont une foule de points de contact. Il n'en faut pas plus pour favoriser la contagion de la variole ou de la fièvre puerpérale. La canule de la seringue de Pravaz n'aurait-elle pas dans certains cas servi d'aiguille à inoculation? Ailleurs, dans une crèche, l'entassement, les soins communs, les débarbouillages (?) distribués en masse aux enfants sains et malades, ne sont-ils pas des moyens de contamination très naturels? Je n'ai pas de preuves, mais quelles présomptions!

Mais voici des faits plus précis.

« A l'Hôtel-Dieu de la Pointe-à-Pitre, dit le docteur Lherminier, se trouve une salle Sainte-Marthe, qui depuis quelques années a présenté sur tous les blessés ou opérés des cas de tétanos, au point que je n'ose plus qu'avec la plus grande répugnance y pratiquer les opérations même absolument urgentes. Les deux derniers opérés, placés dans deux lits voisins, sont morts de tétanos à deux jours d'intervalle. »

Cette citation offre d'autant plus d'intérêt qu'il résulte de l'ensemble des notes fournies par cet honorable confrère, qu'il ne croit guère à des liens épidémiques ou contagieux, entre les cas de tétanos qu'il voit s'accumuler dans sa salle. Il accuserait volontiers la saison, et en tout cas ne manifeste aucun parti pris en faveur de l'infectiosité.

En 1879 j'eus à l'île Nou (Nouvelle-Calédonie) deux cas de tétanos dans le même mois et dans la même salle.

Obs. IV. — Un condamné nègre fut apporté à l'hôpital, blessé d'un coup de burin de tailleur de pierres, qui lui était tombé sur le sommet de la tête. Après une petite hémorrhagie et une commotion cérébrale d'aspect bénin, il semblait être en voie de guérison. Mais il fut pris du tétanos le troisième jour et succomba en quarante-huit heures malgré des doses élevées de chloral.

Obs. V. — Un condamné européen, âgé de trente ans, et d'une constitution athlétique, était à ce moment dans la salle pour une fracture de jambe compliquée de plaie, d'issue des os, etc., et je l'eusse amputé sans l'avis de deux de mes confrères qui me poussèrent fortement à tenter la conservation.

Le blessé était dans la salle depuis une dizaine de jours déjà, quand le nègre atteint de plaie de tête y fut amené. La blessure était en pleine suppuration, le foyer de la fracture ouvert, les esquilles nombreuses, et quoiqu'il n'y eût ni fièvre vive, ni septicémie caractérisée, j'étais peu satisfait de l'état général de la blessure. Le fracturé fut pris de tétanos seize jours après le nègre et mourut le cinquième jour.

Il y avait dans la salle de nombreux blessés dont aucun ne fut atteint. Néanmoins comme je n'observai pas d'autre cas dans cet hôpital pendant le courant de cette même année, et comme le tétanos y est rare, le lien de ces deux faits me paraît de la plus haute importance.

Les deux faits du même ordre dont la relation suit me sont communiqués par M. le docteur G. Reynaud.

Obs. VI. — X..., nègre, charretier au service de M. Jouveau-Dubreuil (Matouba, 600 mètres de hauteur), reçoit dans une rixe un coup de couteau au-dessus du sein gauche. Il continue son service de charrois entre le Matouba et la Basse-Terre; est souvent mouillé pendant le trajet, vient se faire panser à l'hôpital du camp Jacob quatre jours après l'accident. Cinq ou six jours après ce pansement il est atteint d'un tétanos général d'aspect très grave. Le docteur Reynaud, appelé à l'habitation Dubreuil pour lui donner des soins, réussit pourtant à le tirer d'affaire par des injections de morphine (7 centigrammes en vingt-quatre heures).

Obs. VII. — Y..., nègre, ouvrier charpentier chez M. Jouveau-Dubreuil (Matouba), contracte plusieurs chancres mous du gland, du sillon préputial et de la face interne du prépuce, ne se fait pas soigner. Quelques jours après, cinq semaines environ après la mort du premier tétanique, il est atteint d'un paraphimosis qui se complique aussi de tétanos généralisé. Il succombe malgré les soins du docteur Reynaud (morphine). L'auteur ajoute qu'il s'est écoulé plus d'un mois entre les deux cas; que les deux malades habitaient des baraques différentes éloignées l'une de l'autre par une grande cour et d'autres baraques; qu'ils n'appartenaient pas à la même famille ni à la même profession; qu'on ignore si le second avait visité le premier pendant sa maladie, mais qu'en somme le fait est possible, et qu'il est certain qu'ils devaient avoir des relations de camarades comme employés de la même usine.

A Pondichéry, M. le docteur Léonard a observé des faits fort intéressants. Sur 10 tétaniques qu'il eut à traiter à l'hôpital en 1886, 8 ont été fournis par l'extérieur et 2 se

sont déclarés à l'hôpital même dans les circonstances suivantes.

Obs. VIII. — Un Indien d'une trentaine d'années est apporté à l'hôpital pour une lésion grave du pied dorit. Il s'agissait d'une luxation en dehors, avec déchirure des téguments de la région interne, et issue des deux os de la jambe, coiffés de l'astragale; les vaisseaux et nerfs tibiaux étaient déchirés. Le docteur Léonard pratiqua la résection de l'astragale pour pouvoir réduire la dislocation. Il y parvint après avoir réséqué le nerf frappé d'attrition, lié l'artère et nettoyé la plaie. Pansement antiseptique. Immobilisation. Position, etc...

Tout alla bien pendant les premiers jours; les accidents inflammatoires n'étaient plus à craindre; la plaie prenait bon aspect. L'état général était excellent, quand le tétanos éclata, et enleva le malade en trente-six heures.

Or peu de temps auparavant un homme atteint de tétanos était mort dans la même salle et dans le *même lit*. On ne prit garde à ce rapprochement qu'à propos du fait suivant.

Obs. IX. — Une petite Indienne de huit à dix ans, atteinte de fracture comminutive du bras, se fit soigner par un rebouteur indien. Celui-ci appliqua un appareil tellement serré qu'il produisit la gangrène de tout le membre blessé. C'est alors qu'on amena l'enfant à l'hôpital. La main et l'avant-bras, complètement sphacélés, ne formaient plus qu'un putrilage infect, qui tomba à terre à mesure qu'on défit cet horrible pansement. Après avoir désinfecté la plaie, le docteur Léonard régularisa le moignon en réséquant ce qu'il fallait de l'humérus. Cinq ou six jours après le tétanos se déclarait et enlevait l'enfant.

Cette fois encore on constata que le lit où l'enfant avait été placée à son entrée à l'hôpital, était occupé quinze jours auparavant par une femme atteinte de fracture de l'avant-bras compliquée de plaie et qui mourut de tétanos.

Le rapprochement de ces deux faits a converti l'auteur à la doctrine de la contagiosité, et lui a fait prendre par la suite les mesures de désinfection les plus rigoureuses, chaque fois qu'un nouveau cas était introduit dans ses salles.

Tels sont les faits qui militent évidemment, comme ceux publiés en France dans ces derniers temps, en faveur de la contagiosité du tétanos.

§ III. — Origine équine.

J'arrive à la question de l'origine équine. L'hypothèse est plus difficile encore à vérifier que la précédente, parce que, en recherchant les faits qui peuvent l'éclairer, on en trouve beaucoup plus de négatifs que de positifs. Or les premiers, ceux où l'observateur ignore la présence du cheval, ne prouvent rien; les seconds par leur rareté même peuvent être mis sur le compte d'une simple coïncidence. Les observations les plus intéressantes, après celles qui établiraient un point de contact bien net entre un cheval tétanique et un homme tétanisé, seraient celles qui excluraient formellement le cheval. Par exemple le tétanos humain faisant apparition, sans importation possible, dans une localité où il n'y aurait jamais eu ni cheval ni autre animal capable de tétanos. Ce serait là un fait non plus négatif d'une façon banale, mais bien un fait positif dans sa négation, ou, si l'on veut, un fait véritablement exclusif de l'origine équine. Mais des exemples aussi nets, aussi positifs pour ou contre, sont presque introuvables dans une enquête rétrospective, et nous restons en possession d'observations plus ou moins complètes, dont toutes les circonstances n'ont évidemment pas été enregistrées.

Il ne faut pas se hâter d'en tirer des conclusions. Ayant à prendre un parti entre deux courants d'idées qui soulèvent à chaque instant des discussions, les observateurs superficiels se laissent trop souvent guider par des raisons de sentiment ou de dialectique. Ils n'ont pas la patience d'attendre le complet dépouillement des faits acquis, ou l'apparition de nouveaux cas, mieux observés, si comme il est probable les premiers sont insuffisants.

L'observateur prudent et positif agit tout différemment. Il se garde d'interpréter les faits tant qu'ils sont peu nombreux; il ne prétend pas leur faire dire quoi que ce soit, il se contente de les enregistrer, de les passer au crible, et il attend que les séries soient assez nombreuses, pour qu'on puisse, en les mettant en présence, en formuler les lois et en tirer les conclusions. Or dans cette question du tétanos équin, nous n'en sommes pas aux conclusions. L'heure actuelle n'est encore que celle de l'inventaire des faits que peuvent fournir la clinique et le laboratoire.

J'ai adressé à mes correspondants, au sujet de l'origine équine, les trois questions suivantes :

1° Y a-t-il dans la région de.... beaucoup de chevaux, et les hommes atteints de tétanos étaient-ils en rapport avec les chevaux?

2° Y a-t-il du tétanos équin, bovin, etc.?

3° A-t-on pu remarquer quelque relation entre les cas de tétanos équin et les cas humains?

Ces questions ont été adressées à des médecins et à des vétérinaires, et je résume leurs réponses.

Dans l'Inde beaucoup de chevaux, beaucoup de tétanos équin, beaucoup de tétanos humain. Mon distingué collègue, le docteur Léonard, rapporte que dans l'Inde, outre les espèces chevaline, bovine, etc., qui sont sujettes au tétanos proprement dit, les oiseaux de toute espèce succombent fréquemment à une affection tétanisante qu'on appelle les *crampes des pattes*, et il fait remarquer judicieusement que la voie est peut-être indiquée dans ce sens, pour faire des expériences d'atténuation du virus, et rechercher ainsi la vaccination contre le tétanos. C'est à nos jeunes camarades à utiliser ce conseil.

En Cochinchine, au Tonkin, beaucoup de chevaux ; tétanos équin assez fréquent; tétanos humain assez fréquent aussi. Voici un fait bon à enregistrer à cause de la nature de la blessure qui s'était compliquée de tétanos (janv. 1887).

Obs. X. — M. P..., lieutenant d'artillerie, s'apprêtait à monter à cheval, quand il reçut une ruade qui l'atteignit à la main. Il en résulta une plaie contuse du médius, traitée par les résolutifs et le repos. Au bout d'un certain temps le tétanos se déclarait. M. P... dut subir l'amputation des deux dernières phalanges en pleins accidents tétaniques et a guéri. Plusieurs mois après il conservait encore de la raideur des mâchoires.

Pendant l'expédition du Tonkin, en novembre 1886, la garnison de Lao-Kaï présenta une petite épidemie de tétanos fort instructive. Cette garnison, commandée par le commandant Pellerin, et ayant pour médecin-major le docteur Schutlaër, comptait cent cinquante Européens, et bon nombre d'Annamites.

Les conditions hygiéniques étaient mauvaises; la ville était entourée d'une véritable nécropole chinoise. Les cadavres, à peine enterrés, étaient souvent cachés dans les hautes herbes.

Le tétanos apparut tout à coup et cinq hommes furent emportés: trois le premier jour et deux le second. Ils étaient atteints de plaies légères ou de piqûres de quinine qui dégénéraient facilement en phlegmon.

Plusieurs hommes, très vigoureux, furent pris de huit à dix heures du matin, et succombèrent la nuit suivante en moins de vingt-quatre heures.

Les morts Européens furent:

1° Un maréchal des logis de pontonniers;

2° Un sergent de tirailleurs ;

3° Un artilleur (qui soignait des mulets) ;

4° Un artilleur, ordonnance d'officier, et qui soignait le cheval de cet officier;

5° Un artilleur, boucher de la garnison.

En outre, plusieurs cas sur des indigènes ne furent pas enregistrés.

On prit aussitôt des mesures. Le terrain environnant fut assaini et les herbes brûlées; tous les hommes atteints de plaies, visités et pansés avec soin, et les piqûres de quinine supprimées.

La garnison possédait une douzaine de chevaux et des mulets pour transporter le matériel. Les artilleurs, qui furent surtout atteints par le tétanos, soignaient tous les chevaux et bêtes de somme.

A la vérité, il ne paraît pas qu'aucun de ces animaux soit mort de la même maladie; quelques-uns moururent constipés et météorisés.

En somme, cette épidémie de Lao-Kaï est intéressante à un double point de vue : 1° c'est une bouffée épidémique brusque, intense, agissant dans un groupe très réduit, et s'éloignant presque aussitôt. Il est difficile de ne pas y voir une propagation par contagion; 2° en second lieu, presque tous les hommes atteints soignaient des chevaux ou des mulets.

Aux Antilles, il existe beaucoup de chevaux surtout dans les campagnes. Le tétanos s'observe sur le cheval, le mulet, l'âne, le bœuf, la chèvre et le mouton. M. Boyer, savant vétérinaire de la Guadeloupe, traite fréquemment la maladie sur le cheval et le mulet, moins souvent sur l'âne, très rarement sur le bœuf. C'est en général la castration qui est l'occasion du tétanos. Il est bien entendu qu'il s'agit de la castration à testicule couvert ou découvert, le bistournage ne provoquant jamais le tétanos.

La transmission du tétanos entre animaux de même espèce ou d'espèces différentes n'a pas été positivement observée. Toutefois M. Boyer a été appelé à donner des soins à trois mulets, ayant eu le tétanos dans la même écurie à quelques jours d'intervalle. Tous trois avaient été piqués par des clous de rue; ces animaux étaient affectés au transport des immondices de la ville, et les bêtes de ce service ramassent très souvent des clous dans les ordures où ils sont obligés de passer.

Le docteur Lhoyseau a perdu lui-même deux chevaux dans son écurie, l'un par tétanos *a frigore*, l'autre après la castration.

Le tétanos humain, nous l'avons vu, est assez fréquent aux Antilles, et il atteint surtout les nègres qui servent dans les usines ou les plantations où ils sont en relation avec les chevaux (docteur Delrieux).

Parmi les autres cas qui me sont signalés de ce pays, je ferai remarquer que le nègre de l'observation VI était charretier. Pour d'autres, la profession n'implique pas des rapports directs avec les animaux, mais le docteur Reynaud fait remarquer qu'à la Guadeloupe, et particulièrement au camp Jacob, d'où me sont parvenues plusieurs observations, on monte beaucoup à cheval. On peut dire que presque toutes les familles ont au moins un cheval, et ce sont ordinairement les domestiques qui sont frappés de tétanos.

A la Guyane on rencontre aussi des chevaux mais en petit nombre. Nous y signalons du reste une localité qui fournit des faits négatifs en apparence fort importants, et sur lesquels j'insisterai. Aux *îles du Salut*, il n'existe pas un seul cheval et plusieurs médecins y ont observé le tétanos.

Obs. XI (docteur Alix, 1885, îles du Salut). — Un condamné arabe atteint de tumeur blanche du poignet, avec abcès et fistules multiples, se trouvait depuis longtemps à l'hôpital. Il subit l'amputation de l'avant-bras, et fut le quatrième ou cinquième jour pris de tétanos. Il succomba très rapidement. Le médecin attribua cette complication, qui est restée isolée dans le courant de l'année, à l'influence du vent du nord.

Sur la côte d'Afrique, les chevaux sont assez répandus et ont souvent le tétanos. Quant aux hommes qui en sont si souvent atteints, il est vraisemblable qu'ils étaient parfois en rapport avec des chevaux. Mais je ne possède point de faits précis. Je ferai remarquer seulement que les nègres du Sénégal, par exemple, couchent sur le sol nu, ou recouvert de nattes, et souvent dans des endroits malpropres et ayant servi d'écurie. De plus le tétanos succède ordinairement à des blessures aux pieds, et dans la marche sans chaussures, les indigènes sont exposés à souiller leurs écorchures à toutes les immondices du sol.

A Madagascar où il n'existe presque point de chevaux, il y a cependant beaucoup de tétanos humain, au moins chez les enfants. Les chevaux y sont assez rares pour que la plupart des indigènes n'en aient jamais vu avant l'expédition française. Il y a, il est vrai, beaucoup de bêtes à cornes, et la conduite des troupeaux, leur recensement, leurs changements de pâturage occupent une grande partie des populations où sévit le tétanos.

Pendant l'expédition il y aurait eu un cas de tétanos sur un mulet de l'artillerie. Les artilleurs et gendarmes, seuls hommes montés, n'en ont jamais présenté.

Enfin il me reste à relater quelques faits qui paraissent absolument défavorables à la théorie de l'origine équine. Ce sont des cas de tétanos survenus à bord. Ils sont fort rares, car m'adressant à de très nombreux camarades, je n'ai pu en recueillir que trois. Je les cite d'abord; je les discuterai ensuite.

Obs. XII. — Le docteur Pfilh m'a adressé l'observation d'un cas de tétanos qui s'est produit dans la mer des Indes à bord d'un navire d'immigration, sept jours après avoir quitté Calcutta, par une température de 27 degrés et une légère brise de N.-O. — Voici le récit textuel du docteur Pfilh :

25 février 1884. Nemdhari, coolie indien, âgé de trente-deux ans, d'une constitution vigoureuse, boulanger à bord du bateau d'émigrants la *Jumna*, sort de la chambre du four, le corps en sueur, pour prendre l'air sur le pont. Il est pris immédiatement d'un frisson et tombe à terre *sous mes yeux* en opisthotonos : les mâchoires sont serrées, les globes oculaires convulsés en haut; la respiration est suspirieuse, le pouls fréquent, la peau très chaude. Je pratique tout de suite une injection de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine, et le malade une fois installé à l'hôpital prend une potion contenant 6 grammes de chloral.

Dans la journée le calme se rétablit, et la raideur tétanique disparaît complètement; le malade prend encore 4 grammes de chloral dans la nuit.

26 février. Nemdhari n'est plus que fatigué, et, sans reprendre son service, il se mêle à la masse des coolies. Nouvelle potion avec 4 grammes de choral.

27 février. Le surlendemain il ne vient plus à la visite, et l'ayant appelé près de moi, je constate qu'il est en parfait état, et qu'il n'a plus besoin que de repos. Le même jour à midi, ses amis viennent me chercher en toute hâte : il est descendu malgré des ordres sévères dans l'entrepont, se sentant probablement fatigué. A mon arrivée, Nemdhari est dans la même position que le premier jour. Température à 41°,2 ; mais le pouls n'est plus perceptible, non plus que les bruits du cœur.

Je pratique immédiatement la respiration artificielle. En même temps on administre un lavement avec séné et sulfate de soude. Saignée de la jugulaire tentée sans résultat. Enfin le corps se refroidit, et il est évident qu'il faut renoncer à ranimer le malade.

J'ai tenu à citer cette observation littéralement, parce qu'elle est singulière par la spontanéité, l'intermittence et la brusquerie foudroyante des attaques. Je reviendrai plus tard sur sa valeur.

Obs. XIII. — Le docteur Boutin a été témoin d'un cas de tétanos sur le transport la *Creuse* se rendant en Cochinchine en 1876. Ce cas est du reste consigné dans le rapport de fin de campagne du docteur Carassan, médecin-major. La *Creuse* avait quitté Toulon le 20 novembre; elle avait à bord *dix chevaux*. X., matelot de l'équipage, fut blessé le 27 novembre au mouillage de Port-Saïd, en hissant une embarcation. L'annulaire de la main est le siège d'une plaie par écrasement.

Le navire quitte Port-Saïd le 29 et touche à Suez le 30, puis il arrive à Aden le 8 décembre, pour en repartir le 10.

Or le blessé paraissait à peu près guéri, quand il passa, endormi sur le pont, la nuit du 7 au 8 décembre. Cette nuit fut signalée par un vent debout très frais. L'hygromètre marquait 77, et le thermomètre 26. Dans la journée du 8, trismus. Cependant les accidents étaient faibles et rémittents, on ne s'en alarma que le troisième jour. Traitement rationnel, morphine, etc... Bref, l'homme succombe le 19 décembre.

Obs. XIV (docteur Léonard). — A l'arrivée d'un navire d'émigrants à Pondichéry, un nègre, de constitution athlétique, qui y était embarqué, fut descendu à terre, et porté à l'hôpital, en proie à une violente attaque de tétanos. Il succomba du reste en deux ou trois heures. Le tétanos était venu compliquer une plaie par écrasement d'un doigt de la main gauche. Il n'y avait pas de cheval à bord et *sans doute depuis longtemps*, pense M. Léonard, il n'y avait pas eu de rapport possible avec un animal de cette espèce.

Voilà donc trois faits de tétanos observés à bord, et, si j'y ajoute ceux constatés aux îles du Salut, voilà tout le bilan des cas que j'ai pu relever comme tendant à exclure l'origine équine. Mais il faut envisager avec soin toutes les circonstances de ces faits.

Pour ceux des îles du Salut, et en particulier celui que je tiens du docteur Alix, la démonstration négative semble péremptoire, alors qu'il s'agit d'un Arabe, interné depuis longtemps dans l'établissement, et même à l'hôpital, et qu'on n'a relevé autour de ce cas aucune série de faits de tétanos pouvant avoir fait la chaîne.

Ce cas ne semble pas avoir été importé. Né sur place, dans une île privée de chevaux, il n'aurait, pense-t-on, aucun rapport possible avec l'espèce chevaline. Et pourtant, en cherchant bien, j'ai fait quelques constatations curieuses.

D'abord, aux îles du Salut, il existe des bœufs, et nous savons qu'à Cayenne, comme aux Antilles, les bœufs sont parfois pris du tétanos. Cependant j'ignore si les bœufs de cette localité particulière en ont présenté des exemples.

De plus, le cheval n'y est pas absolument une bête inconnue; il en passe parfois. De temps en temps, des chevaux d'officiers ou des mulets de la troupe, attendant un transport pour le Maroni, sont mis pendant quelques jours en subsistance à l'établissement des îles du Salut.

Enfin, à défaut du cheval, bien et dûment domicilié dans l'île, j'y ai trouvé l'âne. Deux ânes vieux et impotents habitent l'établissement; et veut-on savoir où est leur asile? A l'hôpital même, au rez-de-chaussée, directement au-dessous de la salle des blessés. L'hôpital est construit sur pilotis, les blessés sont au premier et les ânes en dessous.

Certes je n'accuse pas ces innocentes bêtes d'avoir donné le tétanos à notre Arabe, mais en vérité peut-on exclure absolument l'influence animale, quand les bœufs abondent dans le pays, que les chevaux y passent parfois, et que les ânes y voisinent avec les amputés?

Examinons maintenant les cas nautiques:

Pour le premier, celui de la *Jumna* (obs. XI), il ne me semble pas qu'il doive embarrasser beaucoup M. Verneuil. Sans doute il n'y avait pas de chevaux à bord. Mais le tétanos de Nemdhari, si on le considère malgré son allure surprenante comme un tétanos légitime, a éclaté sept jours seulement après le départ de Calcutta. Il n'est pas besoin, pour un si court délai, d'invoquer les germes enfouis dans les vêtements, etc... La simple hypothèse d'une incubation de quelques jours, bien moindre que celle de la rage, peut laisser admettre que cet Indien aura contracté la redoutable affection à laquelle il a succombé à Calcutta même, avant le départ. Calcutta est un des points du globe où le tétanos est le plus fréquent, sur les hommes comme sur les chevaux. Ainsi ce cas, qui rentre absolument dans les règles de la contagiosité, ne prouve rien contre l'équinisme.

Le deuxième fait, celui de la *Creuse*, ne mérite pas une longue critique. La *Creuse* n'est pas au point de vue de l'isolement un vrai navire. C'est une caserne flottante, portant plus de mille personnes et contenant *dix chevaux*. De plus, la blessure a lieu au mouillage, sept jours après avoir quitté Toulon. Elle se complique de tétanos, précisément le jour où l'on est sur rade d'Aden, pays où le tétanos est fréquent. On voit que les occasions de transmission animale ou humaine ne lui ont pas manqué.

Le troisième cas serait peut-être le plus important, car il semble se rapporter à un navire qui venait de faire une longue traversée. Cependant je n'en sais rien, et je ne puis que m'en référer à mon excellent ami le docteur Léonard, qui raconte de mémoire et emploie la forme quelque peu dubitative:

« Il n'y avait pas de cheval à bord, dit-il, et *sans doute depuis longtemps*, il n'y avait pas eu de rapport possible avec un animal de cette espèce. »

Il me reste à examiner une dernière question:

A-t-on pu remarquer quelque relation entre les cas de tétanos équin et les cas humains? A cette interrogation, la plupart de mes correspondants répondent: « Non, on n'a jamais rien observé de semblable. » Mais il faut remarquer tout de suite que cette déclaration négative est plutôt une appréciation qu'une constatation directe. Ce n'est pas en tout cas le résultat d'une expérience prolongée, car les faits observés antérieurement à la discussion ouverte depuis deux ans, ne peuvent pas être envisagés sous un jour que l'on ne soupçonnait pas alors. Il est bien évident qu'un garçon de ferme, mourant du tétanos, ne sera pas soupçonné d'avoir pris son mal à un cheval, si jamais le médecin n'a songé que cela puisse être.

Des faits très positifs peuvent donc avoir été négligés par ceux-là mêmes qui me font une réponse négative catégorique. D'autres répondent avec plus de réserve et trahissent quelque étonnement en constatant qu'ils possèdent des exemples en faveur d'une hypothèse à laquelle ils n'avaient pas songé, et qui leur paraît encore étrange à l'heure actuelle.

« Oui, m'écrit-on de la Guadeloupe (Lherminier), depuis quelque temps j'observe un rapport entre les cas de tétanos chez l'homme et chez les animaux. Il règne en même temps chez les uns et chez les autres. C'est pourquoi je m'abstiens de toute opération quand je sais qu'il y a du tétanos chez les animaux. »

Cette appréciation est malheureusement assez vague et je préfère des faits.

M. Boyer (Pointe-à-Pitre) cite le cas suivant, qui est d'un grand intérêt.

Obs. XV. — Une fillette de dix ans, de race indienne, avait contracté le tétanos dans les écuries de M. R... où elle habitait avec ses parents. Pendant la maladie de cet enfant, il n'y avait pas de cheval ayant le tétanos dans ces écuries. Mais on avait précédemment donné des soins à des animaux tétaniques dans cet endroit.

Malheureusement, on ne précise pas le laps de temps écoulé entre la maladie des chevaux et celle de la petite Indienne.

Obs. XVI (Wahl, vétérinaire). — A Saïgon, au commencement de 1886, le vétérinaire de l'artillerie pratiqua une castration sur un cheval de son escadron. Le tétanos traumatique survint et l'animal mourut. Un Annamite qui l'avait soigné, contracta la maladie huit mois après, et mourut également. Cet homme était atteint d'une plaie au pied.

Ces deux faits offrent de l'intérêt et sont évidemment avantageux à l'hypothèse du tétanos équin. Habitation dans l'écurie d'un animal malade, soins donnés à un cheval tétanique, ne sont-ce pas là des circonstances on ne peut plus favorables à la contagion?

On ne peut objecter à cette manière de voir que l'espace de temps, indéterminé dans le premier cas, prolongé dans le deuxième, qui a séparé la maladie animale de la maladie

humaine. Mais, comme il ne s'agit pas ici d'une incubation, dont la durée ne saurait vraisemblablement atteindre six à huit mois, mais bien de la transmission par des germes emmagasinés dans l'habitat, les objets de couchage, etc..., l'objection perd beaucoup de sa valeur. De pareils faits, de semblables ajournements, se présentent souvent, et n'étonnent personne pour la variole, le croup, etc...

Enfin les deux observations suivantes sont bien plus importantes encore à cause de la simultanéité et des rapports intimes du cas de tétanos équin avec le cas humain.

OBS. XVII. — En 1886, un indien employé au service de M. S. de K., entrepreneur des vidanges à Saint-Denis (Réunion), soignait un cheval atteint de tétanos depuis vingt-quatre heures. Il se fit une blessure à la gencive avec un morceau de bois. Le tétanos se déclara sur lui immédiatement et il mourut le troisième jour. (*Communication orale de M. S. de K. au docteur G. Raynaud.*)

OBS. XVIII. — Dans le même établissement, à quelque temps de là, un indien engagé soignait une mule atteinte de tétanos depuis quinze jours. En lui donnant ses soins, il reçoit de l'animal un coup de pied qui lui fait une blessure assez sérieuse. Le tétanos se déclare aussitôt, et l'homme meurt au bout de quelques jours.

10° Aucun fait positivement constaté, même sur des navires en campagne, *ne contredit d'une manière formelle l'origine équine du tétanos.*

Pathologie interne.

STATISTIQUE AVEC NOTES CLINIQUES SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE, PORTANT SUR 871 CAS OBSERVÉS PENDANT UNE PÉRIODE DE DIX ANNÉES, DE 1879 A 1888, par F. SOREL, médecin-major de 1re classe, membre correspondant de la Société médicale des hôpitaux (1).

La présente statistique résulte du dépouillement de 871 courbes fébriles, accompagnées de notes sommaires sur les faits notables. Recueillis en Algérie et en France pendant une période de dix années, de 1879 à 1888, nos tracés concernent 826 malades militaires et 45 malades civils, ceux-ci exclusivement algériens.

Le tableau ci-dessous donne la répartition par année des malades militaires avec le nombre des guérisons et des décès. Les malades civils, trop peu nombreux, sont réunis dans une même colonne :

	ALGÉRIE.						FRANCE.					
	Malades civils	Malades militaires.					Malades militaires.					
CATÉGORIES.	1879 à 1883.	1879.	1880.	1881.	1882.	1883.	1884.	1885.	1886.	1887.	1888.	TOTAL.
Nombre des malades...	45	28	20	80	75	19	89	97	125	155	138	871
— des guéris.....	39	25	17	72	70	19	83	82	117	139	126	789
— des décédés...	6	3	3	8	5	»	6	15	8	16	12	82

Faudra-t-il encore mettre ces deux cas sur le compte des simples coïncidences ?

Je tiens donc ces quatre exemples comme très importants et tout à fait en faveur de l'hypothèse de M. Verneuil.

De tous ces faits que je me suis efforcé de présenter avec le plus de clarté possible, on peut déduire les *conclusions suivantes :*

1° Le tétanos est très fréquent dans les latitudes chaudes, particulièrement dans l'Inde, l'Afrique occidentale, Madagascar et la Guyane.

2° Il est plus souvent *traumatique* que *spontané.* Il atteint de préférence les *enfants*, et peut-être les *races colorées.*

3° Ses liens avec certaines *conditions météorologiques*, variations brusques, humidité, etc., sont au moins très douteux.

4° Il apparaît par séries, ou *bouffées épidémiques.* Quoiqu'on ne puisse pas affirmer l'*épidémicité*, il est certain que les cas sporadiques sont rares.

5° La *contagion* dans une même maison, un même asile, une même salle d'hôpital, me paraît démontrée par des faits bien observés.

6° Dans la plupart des contrées où le tétanos est fréquent, *les chevaux abondent.* Dans les pays privés de chevaux, il existe du moins des animaux capables d'être tétanisés.

7° Dans les pays chauds, la fréquence du *tétanos humain* est absolument liée à la fréquence du *tétanos équin.* Ce lien existe constamment pour chaque pays, et suit les variations saisonnières.

8° Les hommes atteints de tétanos avaient eu souvent *des rapports avec les chevaux*, ou tout au moins leur profession ou les circonstances étaient de nature à faciliter ces rapports.

9° Les exemples de *transmission de cheval à homme* n'ont pas été positivement constatés. Mais plusieurs cas où la transmission a été probable, fournissent une présomption sérieuse en faveur de l'équinisme.

Mais une statistique n'a de valeur qu'autant que les bases qui ont servi à l'établir sont connues, et il serait à désirer que des règles uniformes présidassent à la confection des statistiques relatives à une même maladie ; c'est à cette condition seule qu'on en pourrait faire un examen comparatif utile et arriver à des conclusions sérieuses.

Les règles que nous avons suivies sont celles adoptées par le professeur Bouchard et qu'il a récemment encore formulées dans son livre sur *la Thérapeutique des maladies infectieuses*, à la page 295 ; à savoir :

De réunir les malades par années, en les inscrivant d'après la date de leur entrée, du 1er janvier au 31 décembre ;

De comprendre tous les malades sans exception, traités ou non, n'eussent-ils même vécu que quelques heures ;

De maintenir à l'actif de la fièvre typhoïde les malades atteints de complications au cours de la maladie, ou qui, avant leur sortie définitive, ont contracté une maladie intercurrente, même si la maladie nouvelle ou la complication ont été la cause directe de la mort.

Nous ajouterons une quatrième règle, complément des précédentes, qui est :

De n'accepter les cas légers d'une durée moindre de treize à quatorze jours qu'autant qu'ils auront présenté des taches rosées manifestes. Il serait toujours loisible de mentionner à part les cas litigieux qu'on croirait devoir rattacher à la fièvre typhoïde.

Nous bornerons le commentaire suivant à l'examen des points les plus importants, ou qui ne sont pas encore suffisamment entrés dans le domaine classique.

DURÉE. — La durée de la fièvre typhoïde, calculée d'après la durée même du cycle fébrile, a varié dans des limites considérables. On observera dans le tableau suivant que près

(1) Extraits résumés d'un mémoire publié dans les *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, n° 9, 24 mai 1889, p. 221.

de la moitié des cas (350) étaient terminés au vingtième jour, et plus des trois quarts (590) au vingt-sixième jour.

La défervescence était complète dans nos 789 tracés de cas guéris :

Du 8e au 11e jour	dans	26 cas.	Du 24e au 26e jour	dans	109 cas.
— 12e au 14e	—	68 —	— 27e au 30e	—	76 —
— 15e au 17e	—	102 —	— 31e au 40e	—	72 —
— 18e au 20e	—	154 —	— 41e au 50e	—	26 —
— 21e au 23e	—	111 —	Au delà	—	5 —
			Cas avec rechute	—	40 —

Nous dirons quelques mots de la forme très écourtée de la fièvre typhoïde, et de deux variétés de la forme prolongée, la réversion et la rechute.

La *forme très écourtée et atténuée* se distingue à la fois par une rapide évolution, l'atténuation fébrile, et l'absence de symptômes sérieux. C'est le *typhus abortivus levis* des Allemands, la *typhoïdette* de *Lorain*.

Nous y admettons vingt-six cas, dont la défervescence était achevée du huitième au onzième jour, soit :

Au 8e jour,	1 cas.	Au 10e jour,	13 cas.
— 9e —	4 —	— 11e —	8 —

La fièvre est modérée, néanmoins l'acmé peut atteindre et dépasser 40 degrés; mais dans la typhoïdette, *il n'y a pas de période d'état*, la défervescence suit aussitôt.

L'éruption des taches rosées n'est pas plus précoce que dans les autres formes et a lieu du septième au neuvième jour, de sorte qu'on les trouve parfois en abondance chez un malade arrivé à l'apyrexie. De là aussi ce fait, qui nous avait frappé à plusieurs reprises, de malades hospitalisés vers le huitième jour de la maladie qui, avec des symptômes généraux peu accusés et un état fébrile bientôt disparu, sont néanmoins porteurs de taches rosées qu'on hésite à reconnaître pour telles.

Ces fièvres typhoïdes, écourtées et atténuées à la fois, varient de fréquence, suivant les années, et se montrent plus nombreuses au moment de certaines recrudescences épidémiques. Seules, elles peuvent être légitimement qualifiées d'abortives, car les fièvres écourtées, avec terminaison du douzième au dix-septième jour, ne sont pas toujours nécessairement atténuées et peuvent être accompagnées de phénomènes graves.

Réversion. — Nous appliquerons le nom de réversion aux cas où la maladie évolue en deux poussées successives, mais sans que celles-ci soient séparées par un intervalle apyrétique notable. A une fausse défervescence graduelle ou brusque succède, le jour même ou au plus tard le lendemain, une nouvelle ascension, prélude de la nouvelle poussée.

Nous comptons vingt fièvres typhoïdes avec réversion, dont un cas suivi plus tard de rechute et qui figure dans les chiffres des deux catégories. La réversion eut lieu :

Dans 8 cas,	du 17e au 19e jour.	Dans 5 cas,	du 25e au 29e jour.
— 5 —	20e au 21e —	— 1 —	au 35e jour.

Dans un dernier cas, où le malade succomba au vingt-cinquième jour, la réversion avait eu lieu au treizième jour.

Par rapport à la première poussée, la seconde eut une durée :

Inférieure, dans....................	13 cas.
Sensiblement égale, dans..........	5 —
Légèrement supérieure, dans.......	1 —

Rechute. — Dans la rechute, les deux poussées ne sont plus immédiatement successives, elles sont séparées par une période d'apyrexie d'une durée de plusieurs jours; la récidive comporte un intervalle de plusieurs mois. Nous avons rencontré quarante cas avec rechute, tous guéris.

La période d'apyrexie eut une durée de :

Dans 5 cas, de	4 à 5 jours.	Dans 7 cas, de	16 à 18 jours.
— 10 —	7 à 9 —	— 4 —	20 à 22 —
— 8 —	10 à 12 —	— 1 —	24 jours.
— 4 —	13 à 15 —	— 1 —	42 —

La durée de la deuxième poussée fut par rapport à la première :

Inférieure, dans............	27 cas.
Sensiblement égale, dans....	11 —
Supérieure, dans...........	2 — dont l'un compliqué.

Dans la rechute, l'ascension fébrile a été en général rapide et l'acmé atteinte le premier ou le second jour. Nous n'avons pas observé de cas avec rechutes multiples.

On a invoqué les écarts de régime et l'abus prématuré des forces comme causes déterminantes des rechutes, mais ces causes sont absentes de la généralité des cas, et ne se conçoivent plus quand la rechute est très tardive. Il paraît vraisemblable que la rechute et la réversion sont de simples variétés de la forme prolongée de la fièvre typhoïde, dont nous ignorons encore les conditions particulières.

Cycle thermique. — Nous limiterons l'examen des courbes des températures à deux points : l'intermittence fébrile et la défervescence brusque.

Intermittence fébrile. — L'intermittence fébrile se montre dans un grand nombre de cas tout à fait à la fin de la maladie, c'est l'*intermittence terminale;* elle est d'autres fois plus ou moins précoce et rend le tracé partiellement intermittent, c'est l'*intermittence partielle ;* enfin, « l'intermittence fébrile peut exister durant tout le cours de la fièvre typhoïde, et cela dans la forme vulgaire de notre pays ». C'est l'*intermittence initiale* (Jaccoud, *Leçons de clinique médicale* faites à la Pitié en 1885-1886, p. 199).

Intermittence terminale. — C'est là une variété de la défervescence graduelle qui consiste dans l'existence de deux à cinq oscillations intermittentes d'amplitude variable qui accompagnent ou suivent la défervescence par lysis; c'est le lysis avec intermittence finale ou lysis intermittent.

La fréquence en est assez considérable. En faisant abstraction des cas avec rechute et de ceux influencés par des complications, nous comptons cinq cent cinquante-trois cas de défervescence graduelle, dont cent quatre-vingt-dix avec intermittence terminale.

Intermittence partielle. — Dans un second groupe de tracés, les oscillations intermittentes ont existé pendant une durée notable de la maladie et la fièvre typhoïde est devenue partiellement intermittente; il en a été ainsi dans cent vingt-sept cas.

Dans quarante-deux cas elle est apparue du septième au dixième jour. Dans les fièvres typhoïdes prolongées, on la rencontre à une époque avancée de la maladie, et sa durée, néanmoins, peut être considérable. Nous constatons les oscillations intermittentes du dix-huitième au vingtième jour dans un cas, du dix-neuvième au trente-cinquième jour dans un autre ; et plus tardivement encore, elles prennent naissance : six fois du vingt et unième au vingt-neuvième jour; quatre fois du trentième au trente-cinquième jour, pour persister jusqu'aux quarantième et cinquante-sixième jours. Enfin, dans un dernier cas, elles existent du quarante et unième au soixantième jour.

Elles paraissent alors dépendre d'une septicémie atténuée résultant d'une suppuration limitée. Parmi les causes appréciables, on trouve l'otite suppurée et la formation d'un thrombus veineux.

L'amplitude des oscillations est variable ; tantôt elle est très grande, surtout quand les minima tombent au-dessous de la normale; tantôt elle reste faible, les maxima n'attei-

gnent pas 40 degrés et les minima ne s'abaissent pas au-dessous de 37 degrés.

Intermittence initiale. — Les oscillations intermittentes peuvent être si précoces, qu'on les rencontre dès l'entrée du malade à l'hôpital, et elles persistent pendant toute la durée de la maladie.

La période d'augment étant restée en dehors de l'observation, il est difficile d'affirmer que l'intermittence a existé dès le premier jour, elle peut n'être apparue qu'une fois l'acmé atteinte. Dans quinze cas, l'intermittence a été constatée:

Au 3e jour, dans 1 cas. Au 3e jour, dans 4 cas.
— 4e — 2 — — 6e — 8 —

et la défervescence était achevée:

Du 14e au 16e jour, dans 6 cas. Du 25e au 26e jour, dans 3 cas.
— 19e au 22e — 4 — — 28e au 37e — 2 —

Dans les cas prolongés, les oscillations étaient de faible amplitude, les maxima ne dépassaient pas 39 degrés et le pronostic paraissait favorable.

L'étude de l'intermittence fébrile n'est pas un simple objet de curiosité, mais elle importe au diagnostic, aussi bien qu'au pronostic et au traitement, car, si l'on ignorait que les oscillations intermittentes peuvent appartenir en propre à la fièvre typhoïde, on risquerait de la méconnaître ou de s'égarer à la recherche d'influences palustres absentes. Elles sont, en général, d'un pronostic favorable.

Défervescence brusque. — Le professeur Jaccoud, dans son *Traité de pathologie interne* et dans ses *Leçons cliniques*, a le premier forcé l'attention sur ce mode spécial de défervescence, et montré qu'il appartenait aussi bien aux formes communes ou prolongées de la fièvre typhoïde qu'aux formes écourtées dites abortives. Nous comptons trente-neuf cas avec défervescence brusque; elle était achevée:

9 fois, du 10e au 15e jour. 6 fois, du 26e au 30e jour.
10 — 16e au 20e — 3 — 31e au 37e —
11 — 21e au 25e —

L'amplitude de la chute, qui mesure l'écart des températures, résulte non seulement du maximum atteint, mais aussi de l'abaissement variable de la température au-dessous de la normale. Cet écart, qui fut en moyenne de 2 degrés à 2 degrés et demi, atteignit 5 degrés dans un cas où la température, qui était le soir de 40 degrés, était abaissée à 35 degrés le lendemain matin.

La chute de la température a été définitive dans vingt-quatre cas; elle a été suivie d'une à trois petites oscillations intermittentes dans quinze cas.

Elle s'est effectuée en quelques heures du matin au soir dans huit cas; dans environ douze heures, du soir au lendemain matin, dans seize cas.

Elle a demandé vingt-quatre heures dans quatre cas et trente-six heures, d'un soir au surlendemain matin, dans onze cas. Deux fois elle avait été précédée d'une élévation procritique.

(*A suivre.*)

REVUE DES CONGRÈS

Troisième Congrès des médecins russes.

A diverses reprises déjà nous avons protesté contre l'habitude, qui tend à s'introduire dans la presse médicale parisienne, de donner aussi rapidement que possible le compte rendu des Congrès scientifiques. Quelques journaux reçoivent d'un correspondant spécial un résumé qui est ensuite plus ou moins exactement reproduit par les autres journaux. Après quelques jours, parfois même quelques heures, on met ainsi sous les yeux du lecteur l'analyse de travaux souvent importants. La *Gazette hebdomadaire* croit devoir continuer à réagir contre cette tendance. Elle persiste à croire que les comptes rendus de ce genre perdent en exactitude et en maturité ce qu'ils gagnent en rapidité, et que le médecin n'a que peu d'intérêt à connaître quelques semaines plus tôt un compte rendu scientifique. Nous attendons donc d'avoir entre les mains des analyses faites à tête reposée par un auteur spécialement compétent en la matière. Pour le Congrès des chirurgiens allemands, le *Centralblatt für Chirurgie* publie tous les ans, en un numéro supplémentaire, un compte rendu analytique formé de résumés envoyés presque tous par les auteurs eux-mêmes. Dès que le numéro aura paru, nous en extrairons les parties essentielles. Aujourd'hui, nous analysons le 3e *Congrès des médecins russes* (section de chirurgie). Ce Congrès a été tenu à Saint-Pétersbourg en janvier dernier, et cependant le *Centralblatt* n'en a commencé l'analyse que le 15 juin dernier (n° 24). Cette analyse est due à la plume autorisée de M. Th. von Heydenreich, et elle est faite d'après le compte rendu officiel publié en russe. Nous devons ajouter combien nous nous félicitons de notre patience. Les journaux qui ont publié à la hâte les comptes rendus de ce Congrès ne font pas mention de quelques communications importantes: nous signalerons le traitement du spina bifida, la trépanation pour plaies de tête, le traitement chirurgical du laryngo-typhus etc. Et d'autre part, pour certains travaux (le traitement opératoire de la pleurésie purulente par exemple) le seul intérêt est dans la statistique intégrale de l'auteur : or n'est-ce pas la seule chose qu'un auditeur ne puisse saisir au vol au cours d'une séance de Congrès? Nous tenions à donner ces quelques explications. On nous taxe parfois, en effet, de retardataires. Nous désirons affirmer que nous le sommes de parti pris, et, si quelques-uns de nos lecteurs se donnent la peine de faire certaines comparaisons, ils nous approuveront, sans doute, d'avoir obéi à l'adage : *Festina lente.*

Tuberculose articulaire. *Anatomie pathologique*, par M. *A.-D. Pawlowsky* (de Saint-Pétersbourg). — Après injection de cultures de bacille tuberculeux dans des articulations de cobayes, on constate au quatrième jour une hypérémie de la synoviale et du cartilage. La congestion et le dépoli de la synoviale augmentent jusqu'au sixième jour, quelquefois il se fait en même temps un exsudat intra-articulaire et un engorgement ganglionnaire. Au douzième jour, le gonflement est intense (épanchement; œdème péri-articulaire). Vers la troisième semaine la jointure suppure et la synoviale bourgeonne. On constate au microscope que les bacilles envahissent les espaces lymphatiques et les cellules fixes du tissu conjonctif et luttent contre les phagocytes. Une partie des phagocytes succombent, et la suppuration s'établit. D'autres, envahis par les bacilles, vivent et servent à leur transport. C'est par les voies lymphatiques que s'étend la tuberculose, et toute la série des ganglions protègent l'organisme contre la généralisation de l'infection.

— *Traitement opératoire*, par M. *A.-G. Podres* (de Charkow). Dans ces trois dernières années, Podres a traité opératoirement 22 coxalgies et 21 tumeurs blanches du genou, sur des sujets âgés de trois à cinquante-cinq ans. Tous ont guéri de l'opération. Trois sont morts plus tard d'autres affections (delirium tremens, broncho-pneumonie, tuberculose miliaire aiguë). L'opération n'a été précoce que dans 25 pour 100 des cas : les autres sujets étaient malades depuis plus d'un an. Treize fois seulement il n'y avait pas suppuration. Sur 40 sujets qui ont survécu, les résultats ont été : néarthrose mobile, 50 pour 100; mouvements limités, 40 pour 100; ankylose, 1; amputations secondaires, 3. Au genou il s'agit deux fois de résection des deux épiphyses; deux fois de résection totale de l'épiphyse fémorale. Les autres opérations sont des résections partielles. Les procédés employés sont ceux de Volkmann, Kœnig, Ollier. L'auteur se déclare opposé au traitement non opératoire, qui donne une mortalité réelle, et, d'autre part, fournit au sujet un membre inapte au travail : les malades ont la plupart du temps

besoin d'opérations orthopédiques complémentaires. De plus, le danger de la généralisation tuberculeuse est plus grand que si on opère. Il faut donc opérer de bonne heure, en enlevant tout ce qui est malade, mais en respectant toutes les parties saines utiles à la réparation et au fonctionnement ultérieur du membre.

— La tuberculose articulaire ayant abouti à l'*ankylose*, M. *W.-F. Lindenbaum* (de Jaroslaw) a eu recours aux opérations suivantes : deux fois, sur des enfants de huit et onze ans, il a pratiqué l'ostéotomie sous-trochantérienne (procédé de Volkmann). Sur une jeune fille de treize ans atteinte d'ankylose double de la hanche, il a fait d'un côté l'ostéotomie, et de l'autre la résection. Enfin, la quatrième observation concerne un garçon de dix-huit ans ayant une double ankylose, totale, des genoux et des hanches : résection des genoux, en deux séances; puis une troisième séance comme chez la jeune fille précédente. La réunion immédiate a été obtenue dans tous les cas.

Chirurgie cérébrale, par M. *Ivan K. Spijarnyi* (de Moscou). — L'auteur a fait cinquante-six expériences sur les chiens et les lapins pour déterminer: 1° le danger vital et fonctionnel des blessures du cerveau; 2° le mode de guérison de ces plaies. Il a réuni en outre soixante observations humaines où l'on a mis en œuvre le pansement antiseptique. Il conclut que l'excision de morceaux gros comme un pois à une noisette n'est pas dangereuse pour la vie, et ne cause pas de troubles fonctionnels accentués par soi-même. Il y a des hémorrhagies consécutives assez fréquentes, mais que l'on évite par une hémostase soignée pendant l'opération. Toutefois les accès épileptiques ne sont pas rares. Ils sont usuels lorsqu'il y a introduction de corps étrangers dans le cerveau, corps étrangers qui eux aussi ne sont pas aussi dangereux pour la vie qu'on l'a dit. Les ponctions et incisions de l'écorce et de la substance blanche sont sans inconvénient pour la vie et pour les fonctions. L'antisepsie permet d'éviter la méningite. La cicatrice se fait par du tissu conjonctif sans régénération de substance nerveuse. Cette cicatrice se forme par des cellules migratrices venues des vaisseaux et par la prolifération des éléments conjonctifs de la pie-mère. On observe autour de la plaie des phénomènes karyokinétiques, localisés chez le chien aux seuls éléments conjonctifs, mais s'étendant également, chez le lapin, aux éléments nerveux et aux cellules de la névroglie (1).

Trépanation pour fracture du crane, par M. *Zeidler*. — Compte rendu de 38 plaies de tête traitées à l'hôpital Obuchow, à Saint-Pétersbourg. On y compte 23 fractures de la voûte: 5 fissures, 2 fractures sous-cutanées, 16 fractures ouvertes. Sur ce nombre, 7 trépanations primitives avec 4 décès ; 3 trépanations secondaires avec 1 décès ; 13 sans trépanation avec 4 morts. Soit donc 9 morts sur 23 cas, dont 7 rapides (en un temps variant de quelques heures à deux jours), dues exclusivement à l'état du cerveau. Les deux autres sont dues: l'une, à une méningite déjà déclarée lors de l'entrée à l'hôpital et que la trépanation ne put enrayer ; l'autre, à une rupture de la méningée moyenne, rupture non diagnostiquée, car les symptômes caractéristiques firent défaut. Quinze fractures de la base ont fourni dix morts.

L'auteur conclut que la trépanation secondaire est indiquée dès le début de la méningite; elle parvient parfois à l'arrêter. Il faut trépaner quand il y a enfoncement d'esquilles déterminant des phénomènes d'irritation cérébrale et des accès épileptiformes. Sauf ce cas, la trépanation n'est pas indiquée par l'enfoncement simple. On ne doit l'entreprendre, pour les fractures sous-cutanées, que si l'on diagnostique un épanchement par rupture de la méningée moyenne. La trépanation, perforation du crâne non ouvert par le trauma, doit être distinguée du simple débridement, de l'extraction des esquilles dans les fractures ouvertes. Pour les lésions des sinus, le tamponnement antiseptique est le meilleur moyen hémostatique (2).

Traitement du spina bifida par une opération ostéoplastique, par M. *W.-N. Senenko* (de Saint-Pétersbourg). — L'auteur a fait deux opérations, et il insiste sur l'une d'elles. Après extirpation de la tumeur, une incision allant jusqu'à l'os a été faite le long de chacun des bords du sacrum, à deux doigts en dedans de la symphyse sacro-iliaque. Par là on mobilisa au ciseau, de chaque côté, un pont osseux formé aux dépens du reste de l'arc postérieur. Ce pont, large de 2 centimètres environ, fut amené sur la ligne médiane au contact de celui du côté opposé. Réunion par première intention. Donc, on peut combler l'orifice rachidien du spina bifida sacré à l'aide d'une opération ostéo-plastique. Le sac enlevé contenait une partie de la queue de cheval, et il a fallu sectionner quelques branches des nerfs sacrés. Malgré cela le résultat a été bon. Au bout de quatre mois, la miction, la défécation, la mobilité des membres inférieurs, sont normales. Il y avait auparavant une atrophie musculaire, qui a disparu.

Embolies graisseuses, par M. *W.-F. Grube* (de Charkow). — Une observation prouvant que cet accident peut survenir quinze jours après la blessure, et par lésion des parties molles. L'élimination de la graisse par les reins est intermittente et dès lors ne peut pas toujours éclairer le diagnostic. On se fondera surtout sur les troubles respiratoires et sur l'abaissement de température. Les embolies une fois déclarées, la digitale sera ordonnée.

Dilatation de l'anus pour hémorrhoïdes, par M. *S. Ssubotin* (de Charkow). — L'auteur use de ce procédé depuis 1882; depuis quatre ans et demi il y a eu recours soixante et une fois. La guérison, dans les cas simples, a lieu en quatre à cinq jours. Il n'a eu qu'un seul échec. Pas de récidives. Il conseille la dilatation au spéculum.

Cure radicale des hernies, par M. *S.-O. Grusenberg* (de Saint-Pétersbourg). — Onze observations, dont sept pour hernies étranglées. Le procédé opératoire a été celui de Barker. Six réunions immédiates et cinq réunions secondaires. En dix mois après l'opération, une seule récidive a été notée; les autres malades ont cependant repris leur travail.

Traitement chirurgical du laryngo-typhus, par M. *O.-K. Rukowitsch* (de Saint-Pétersbourg). — La statistique de Lühring (de Zurich) indique des résultats déplorables. De 199 malades, 125 sont morts; 147 d'entre eux ont été trachéotomisés, et de ceux-là 77 ont succombé, tandis que des 70 guéris, tous atteints de périchondrite avec nécrose, 64 ont dû conserver une canule pendant le restant de leurs jours. Rukowitsch propose donc, une fois la trachéotomie faite, d'aller, à travers une thyrotomie, gratter à la curette les parties malades. Dans un cas opéré de la sorte par Reyher, le malade était en cinq semaines guéri de sa plaie trachéale.

Traitement chirurgical de la pleurésie purulente, par M. *F. Lindenbaum* (de Jaroslaw). — Dans les sept dernières années, l'auteur a fait vingt-cinq empyèmes qui se décomposent de la manière suivante : 1° six pleurésies purulentes aiguës; six guérisons complètes en quatre à cinq semaines ; 2° trois pleurésies purulentes consécutives à une pneumonie fibrineuse ; trois guérisons rapides ; 3° dans un cas où le malade expectorait jusqu'à dix verres de pus, l'incision dans le cinquième espace a été faite le vingtième jour de la maladie; guérison en quatre jours; 4° trois pleurésies de nature pyémique; trois guérisons; 5° un cas d'abcès du poumon qui s'était ouvert entre l'omoplate et la colonne vertébrale. Ouverture de l'abcès et résection de 5 centimètres d'une côte. Guérison rapide du sujet, un garçon de dix-huit ans; 6° la guérison des fistules consécutives aux opérations précédentes fut obtenue par des résections costales (jusqu'à 12 centimètres de long) pratiquées au bout de deux à trois mois; 7° un succès dans un empyème de nécessité; 8° cinq opérations chez des tuberculeux : aucune ne fut heureuse, et Lindenbaum s'en déclare aujourd'hui l'adversaire ; 9° trois fois la mort fut le résultat de quatre pleurésies où la purulence a été consécutive à un épanchement séreux. Dans le dernier cas, il y a eu une guérison incomplète après résection de six côtes. Comme manuel opératoire, Lindenbaum est partisan du procédé de Kœnig : presque toujours il ajoute à l'incision la résection de 4 à 5 centimètres d'une côte, dans la ligne axillaire. Il conseille cette résection costale même chez les enfants.

Ostéomyélite infectieuse aigue, par M. *A.-A. Bobrow* (de Moscou). — L'ostéomyélite est, dans les os longs, plus rare dans l'épiphyse vers laquelle se dirige l'artère nourricière (épiphyse la moins fertile). Sa cause est le *staphylococcus pyogenes aureus*, dont la porte d'entrée n'est pas toujours facile à trouver. Deux fois Bobrow a constaté dans les antécédents l'existence d'un

(1) M. Salviati (de Naples) a communiqué au Congrès des chirurgiens italiens (Bologne, avril 1889) des expériences où il aurait mené à bien une greffe cérébrale chez le chien.

(2) Au Congrès des chirurgiens italiens, Lampiati a communiqué de bons résultats de la trépanation pour enfoncement du crâne. A ce propos, nous signalerons encore un succès de Bendandi sur un épileptique ; aucune lésion cérébrale sérieuse n'existait.

panaris, d'un furoncle. Mais il est bien probable que l'infection peut se faire par l'arbre aérien; plus rarement par le tube digestif. Des conditions spéciales, et en particulier des lésions traumatiques, expliquent les localisations. Le traitement doit consister en une trépanation rapide : six observations avec une mort. Trois fois on s'est borné à l'ouverture de l'abcès, et deux des sujets sont morts. Un cas abandonné sans traitement, mort.

A. B.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

De la méthode thermochimique brièvement résumée dans ses principes et ses résultats. Avantages de cette méthode, son importance, son absolue nécessité, par M. *Sappey*. — Dans cette communication, M. Sappey commence par rappeler les services rendus à l'histologie par la *méthode des coupes;* celle-ci toutefois n'est point parfaite.

« Elle présente un défaut, et ce défaut j'ose le signaler, dit l'auteur, au risque de déplaire à ses admirateurs. Elle présente un défaut qui dérive de ses qualités elles-mêmes. En divisant les tissus par tranches de la plus excessive minceur, elle étale aux yeux de l'observateur le monde des infiniment petits; elle lui montre avec une grande netteté et sous tous leurs aspects les éléments primordiaux de l'organisation; mais elle ne lui apprend rien ou presque rien sur les organes premiers résultant de l'association de ces éléments.

« La méthode thermochimique se distingue de la précédente par des caractères opposés : ce que la méthode des coupes nous donne, elle nous le refuse, et ce que la première nous refuse, la seconde nous le donne. Les deux méthodes se complètent donc l'une par l'autre; elles se complètent si heureusement que désormais dans toutes les études histologiques il conviendra de les associer. »

Cet méthode a été imaginée en 1860 par M. Sappey. Elle repose sur une donnée fondamentale, l'association de l'action calorifique à l'action chimique. Les organes dont nous cherchons à connaître la structure sont caractérisés, les uns par leur mollesse, les autres par leur dureté. Dans le premier cas il faut les durcir, et l'on débute alors par l'action calorifique; dans le second, il faut les ramollir, et c'est par l'action chimique qu'il convient au contraire de commencer l'opération.

Pour les tendons, par exemple, et pour bien montrer leur vascularisation et les nerfs qui les traversent, voici le procédé à employer. « Le soir, en quittant mon laboratoire, dit M. Sappey, je les immergeais dans une solution d'acide chlorhydrique au sixième. Le lendemain, après vingt ou vingt-quatre heures d'immersion, je les soumettais à l'ébullition dans une solution d'acide chlorhydrique au quarantième; après quatre ou cinq minutes d'ébullition, mes tendons, mes ligaments, mes fibro-cartilages se ramollissaient, se fluidifiaient, et devenaient alors si transparents que les éléments contenus dans la trame fibreuse apparaissaient avec une netteté parfaite; les vaisseaux, lorsqu'ils contiennent du sang, offrent une coloration rutilante et se détachent merveilleusement sur le fond de la préparation; les nerfs, les cellules, les fibres élastiques ne sont pas moins évidents. En un mot, tout ce qui voilait les parties essentielles avait disparu; ces parties essentielles restaient seules sur le champ du microscope, et toutes se montraient non seulement dans leur continuité, dans leur ensemble et leurs rapports, mais aussi dans un état de complète intégrité. Dans les vaisseaux qui contenaient du sang, on pouvait voir les globules sanguins; sur les parois des artères et des veines s'enroulaient, bien évidentes aussi, les fibres musculaires lisses; sur les nerfs les tubes qui les composent apparaissaient très distinctement, et j'ai pu constater que quelques-uns de ces tubes se terminent dans des corpuscules de Pacini. »

Les mêmes résultats sont obtenus quand on étudie la peau des vertébrés. Par la méthode thermochimique on obtient même des résultats si nets, si complets, si brillants qu'ils deviennent pour elle un véritable triomphe; ils suffiraient pour attester son utilité et pour la recommander à l'attention de tous les observateurs.

La méthode thermochimique n'est pas moins précieuse en ce qui concerne l'étude des glandes; elle éclaire aussi d'une vive lumière l'histoire de ces organes; seule elle réussit à les découvrir partout où ils se montrent; et seule également elle permet de les suivre dans leurs divers degrés de complication et dans leurs dégradations successives.

M. Sappey cite comme exemples les glandes gastriques et l'ovaire. Dans une prochaine communication seront mis en parallèle les services rendus par la méthode des coupes et la méthode thermochimique.

Sur la méthode de prophylaxie de la rage après morsure (1), par M. *L. Pasteur*.

Du 1er mai 1888 au 1er mai 1889, l'Institut Pasteur a traité 1673 personnes mordues par des chiens enragés ou très suspects de rage : 1487 Français, 186 étrangers.

Sur ce nombre de 1673, il y avait 118 personnes mordues à la tête ou au visage.

6 personnes, dont 4 mordues à la tête et 2 aux membres, ont été prises de rage pendant le traitement. 4 autres ont été prises de rage moins de quinze jours après la fin du traitement.

3 personnes mordues à la tête sont mortes après l'achèvement complet du traitement. Ce sont donc seulement 3 insuccès de la méthode sur 1673 personnes traitées; soit 1 cas de mort sur 551 traités.

En mettant même, ce qui est illogique, au passif de la méthode, outre ces 3 cas, les 10 cas de mort dont je viens de parler, on aurait 13 cas de mort sur 1673; soit 1 cas de mort sur 128 personnes traitées.

Académie de médecine.

Séance du 25 juin 1889. — Présidence de M. Maurice Perrin.

MM. *Le Dentu* et *Chauvel* prient l'Académie de les comprendre parmi les candidats à la place vacante dans la section de médecine opératoire et envoient l'exposé de leurs titres scientifiques.

M. *Félix Rey*, chef interne des hospices d'Arles, envoie deux rapports manuscrits, l'un sur une *épidémie de variole ayant sévi à Arles en 1888-1889*; l'autre sur *les vaccinations et revaccinations pratiquées pendant cette épidémie*.

M. *Pedrono* (de Lorient) adresse un rapport sur une *épidémie de variole qui a sévi en 1888 dans l'arrondissement de Lorient*.

MM. *Cadéac* et *Albin Meunier* (de Lyon) adressent un mémoire intitulé: *Contribution à l'étude physiologique de l'essence d'hysope*.

Note sur quatre cas d'abcès du foie ouverts au bistouri. — M. *Rochard* lit un rapport sur le travail lu par M. Chauvel. M. Chauvel est partisan de l'ouverture prompte et directe des abcès du foie, avec drainage et injections antiseptiques. Son travail est une nouvelle confirmation de cette méthode que M. Rochard a eu la bonne fortune de faire connaître à l'Académie.

— M. *Lagneau* rend compte d'une *Etude statistique et clinique de M. le docteur Durand, sur Marseillan (Hérault)*.

Dans la population de cette petite ville, un quart des familles n'auraient pas d'enfants vivants, près d'un tiers n'en auraient qu'un.

(1) Cette note a été remise à LL. A. R. le prince et la princesse de Galles, le 15 juin courant, jour où elles ont honoré de leur visite l'Institut Pasteur.

SUR LES ANESTHÉSIQUES. — M. *Polaillon*, à propos de la récente communication de M. Regnauld sur le chloroforme méthylique, vient rendre compte des résultats qu'il a observés. En mars dernier il y eut dans le service un cas de mort que M. Polaillon croit devoir publier dans l'intérêt de la vérité et de la science. Il s'agissait d'un camionneur, qui venait se faire opérer d'une synovite fongueuse des extenseurs de la main gauche, opération longue et délicate, nécessitant l'emploi du chloroforme. Or il succomba pendant la chloroformisation, malgré tous les moyens employés pendant trois quarts d'heure. Or il n'avait pris que 10 grammes de chloroforme. Ce liquide fut examiné sans qu'on y trouvât rien de particulier. D'autre part la famille s'opposa à l'autopsie.

M. Polaillon croit que dans ce cas le chloroforme doit être incriminé. Jusqu'à présent on n'a pas trouvé de chloroforme parfait et sans danger dans les cas d'une administration prudente. M. Polaillon a expérimenté dix-sept fois chez des femmes le chloroforme méthylique proposé par M. Regnauld. De ses observations il résulte que le chloroforme méthylique chez les femmes peut remplacer le chloroforme ordinaire.

Chez les hommes, le chloroforme méthylique a donné également des résultats. Cependant ce chloroforme a une action lente et d'autre part il n'est pas exempt de danger, puisque dans un cas il y a eu menace d'asphyxie. Les vomissements pendant la chloroformisation ont été assez fréquents; enfin, dans deux cas sur les dix hommes chez lesquels M. Polaillon l'a essayé, l'anesthésie n'a pu être obtenue par ce moyen.

Il n'y a donc pas lieu de substituer le chloroforme méthylique au chloroforme ordinaire.

M. *Le Fort*. Dans cette grave question du chloroforme, il y a deux points à considérer et d'abord, les accidents mortels. Mais le meilleur de tous les anesthésiques peut donner la mort sans que le chirurgien y soit pour rien. Le second point, ce sont les incidents, les accidents légers du chloroforme, les vomissements par exemple, qui sont parfois si ennuyeux, surtout dans les opérations sur l'abdomen.

Il y a déjà un certain nombre d'années, quelques chirurgiens, dont M. Le Fort, ont signalé les différences qu'il y avait entre le chloroforme actuel et le chloroforme qu'on avait il y a une vingtaine d'années.

M. Spencer Wells a annoncé que dans mille ovariotomies, ce qui est un chiffre, il n'avait eu aucun accident. M. Le Fort fait venir de Londres le liquide dont se sert M. Spencer Wells, et il s'en trouve bien.

M. Le Fort a employé sur cinq malades le liquide de M. Regnault, mais il ne l'a employé qu'avec une certaine répugnance. Les malades sont très lents à s'endormir, et quelquefois même, comme le faisait remarquer M. Polaillon, on n'arrive pas à les endormir. Enfin, ce qu'on observe chez les malades, c'est moins de l'anesthésie qu'une sorte d'ébriété.

M. *Laborde*, pour les animaux, emploie, au lieu de chloroforme, le bichlorure de méthylène; il n'a pas observé en expérimentation les accidents causés par le chloroforme.

Rapport sur le prix Meynot. — M. *Panas* lit ce rapport, dont les conclusions seront données en comité secret.

M. le *Président* annonce qu'à la fin de la prochaine séance, l'Académie se formera en comité secret pour entendre le rapport de M. Nocart sur les candidats dans la section de médecine vétérinaire et le rapport de M. Féréol sur les candidats à la place de correspondant national (première division).

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions du rapport de M. *Panas*.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 19 JUIN 1889. — PRÉSIDENCE DE M. LE DENTU.

Incision d'un anévrysme artériel du pli du coude: M. Pluyette (de Marseille); rapporteur: M. Terrier; discussion: M. Quénu. — Discussion sur le traitement des myomes utérins: MM. Trélat, Berger, Tillaux.

M. *Terrier* lit un rapport sur une observation de M. *Pluyette* (de Marseille), relative à un *anévrysme spontané* du pli du coude chez un homme de vingt-huit ans, cardiaque et albuminurique. La tumeur augmentant avec rapidité, M. Pluyette essaya d'abord de la compression directe, une eschare en fut le seul résultat. Puis, après échec de la compression digitale, il se décida à faire l'incision du sac après ligature du bout supérieur. L'opération fut faite sans chloroforme, à cause de l'état du cœur. Il y eut un peu de suppuration et la guérison fut assez lente. Elle était cependant obtenue depuis dix jours lorsque le malade succomba à des accidents cardiaques rapides. Il n'est pas probable, d'ailleurs, que l'acte opératoire soit en cause pour expliquer cette recrudescence de la maladie préexistante. Outre cette question, et la discussion sur l'administration du chloroforme, cette observation touche encore à un point de la pathogénie des anévrysmes. On tend, en effet, à expliquer les anévrysmes par l'artério-sclérose, et la coexistence d'une insuffisance aortique tendait, dans l'espèce, à donner du poids à cette opinion. Or à l'autopsie on n'a trouvé nulle part ailleurs de traces d'athérome artériel. Il est bien possible que, dans ce cas comme dans d'autres, il faille faire jouer un rôle important à une embolie partie du cœur et que la doctrine aujourd'hui classique sur la pathogénie des anévrysmes ne soit pas destinée à le rester.

M. *Quénu* insiste sur les conséquences chirurgicales de la lésion cardiaque et, comme M. Terrier, d'ailleurs, affirme que presque toujours une affection de ce genre n'est pas une contre-indication à une chloroformisation conduite avec prudence. En outre, les ligatures d'artères chez les cardiaques sont importantes à étudier, car le rétablissement de la circulation peut présenter quelques difficultés, vu la faiblesse de la tension artérielle moyenne. Il a lieu, cependant. Ainsi, M. Quénu a lié la fémorale sur un homme atteint d'une insuffisance aortique extrêmement prononcée, et il a fallu huit à neuf jours pour que la vitalité du membre fût indiscutablement assurée. Le malade a guéri et de la ligature et de son anévrysme.

— M. *Trélat* a mis à l'étude dans son service le *traitement électrique des myomes utérins*, après avoir eu avec M. Apostoli, auquel il a confié ses malades, plusieurs entretiens sur la tolérance pour les hautes intensités, sur les résultats symptomatiques que l'on est en droit d'espérer. Sept observations personnelles l'ont conduit à des opérations fort analogues à celles de M. Championnière. Et d'abord, la méthode est certainement bénigne. Une seule malade a présenté, au début, quelques accidents fébriles; on en a eu vite raison par la dilatation graduelle et le lavage antiseptique d'une cavité utérine anfractueuse où quelque rétention septique se faisait sans doute. Reste donc à juger la question d'efficacité. Pour cela, deux des malades ne peuvent pas fournir d'arguments. Une d'entre elles, femme de trente-neuf ans, a voulu quitter l'hôpital au bout de six séances, dès que les métrorrhagies ont été arrêtées. Depuis, on ne l'a pas revue. Une autre a été grandement soulagée en trois séances, puis a disparu pour trois mois; elle est revenue alors, bien portante, sans avoir suivi depuis aucun traitement. C'est trop beau pour être considéré sans réserves comme imputable à la méthode. C'est pour les cas de ce genre qu'on fait bien, avec M. Bouilly, de se défier des

coïncidences. Tout chirurgien sait, en effet, combien est variable l'évolution des fibromes, surtout aux environs de la ménopause ; combien les traitements médicaux divers, les saisons balnéaires peuvent, dans certaines conditions, donner des résultats remarquables. La question est donc de savoir si, pour les faits observés avec rigueur pendant un temps suffisant, les coïncidences ont une fréquence telle qu'un effet thérapeutique réel soit nécessaire pour l'expliquer. Et l'on ne saurait contester une amélioration notable chez cinq malades. C'est d'abord celle qui a eu un peu de fièvre. Puis vient une femme de quarante-huit ans, nullipare, atteinte depuis dix ans de métrorrhagies, et chez laquelle, il y a cinq ans, M. Rendu a reconnu un fibrome, remontant, au début du traitement, à 10 centimètres au-dessus du pubis. La cavité utérine avait 9 centimètres de profondeur; en dix-huit séances on a obtenu le retour des règles à l'état normal, la tumeur a diminué de moitié et la malade a repris son travail. Une autre patiente, âgée de trente-sept ans, avait depuis sept ans des métrorrhagies et de la dysménorrhée; les pertes ont cessé et le fibrome qui allait à 2 centimètres de l'ombilic en est maintenant à 5 centimètres. Les deux dernières observations sont relatives à des fibromes compliqués de pelvi-péritonite. Une fois, cette complication remontait à un accouchement; les symptômes se sont beaucoup amendés, mais la tumeur a peu diminué. Chez l'autre malade, au contraire, la masse morbide a notablement diminué.

M. Trélat conclut donc que les résultats sont bons et que l'on doit continuer ces essais, sans en exagérer toutefois la valeur et sans prétendre que cette méthode doit prendre le pas sur la chirurgie opératoire. Il est certains cas, à symptômes graves et pressants, où le bistouri gardera ses droits. Il faut constater de plus, comme l'ont déjà dit les orateurs précédents, que l'amélioration est avant tout symptomatique; le néoplasme est souvent peu modifié.

M. *Berger*, au contraire, donne plusieurs observations où le volume de la tumeur a beaucoup diminué. Lui aussi a voulu expérimenter une méthode dont se louent des hommes comme Spencer Wells, Playfair, Kees, et il a convié M. Apostoli à l'appliquer dans son service. De là cinq observations. Une d'elles est un peu spéciale; un fibrome sous-muqueux saillant, presque un polype, fut soumis à l'électropuncture, les métrorrhagies cessèrent, elles qui avaient causé une telle anémie, que M. Berger n'osa pas enlever la tumeur. Mais le fibrome diminua peu. Chez une autre femme, au contraire, la tumeur qui allait à quatre doigts de l'ombilic, ne dépasse plus le pubis que de deux à trois doigts, au bout de seize séances. Voici encore un cas plus net: un myome proéminait dans le cul-de-sac antérieur et d'un autre côté était accessible au palper à quatre doigts au-dessus de l'ombilic. Aujourd'hui la masse néoplasique ne peut plus être décelée que par la palpation bimanuelle. Enfin, M. Berger a vu fondre peu à peu une saillie qui bombait dans le cul-de-sac de Douglas, en même temps que s'abaissait un peu une autre masse qui, au début, atteignait presque l'ombilic. Toutes les malades précédentes ont en même temps bénéficié d'une amélioration symptomatique considérable et elles ont supporté l'électrisation sans autre accident qu'un peu de fièvre de temps à autre. Or, si la détente des symptômes s'observe dans l'évolution spontanée des myomes, il faut reconnaître que, en dehors de la ménopause et de la grossesse, la résorption des tumeurs est au moins douteuse. Si d'autre part on songe combien sont graves, souvent, les opérations sanglantes dirigées contre les hystéromes, on conclura que ces essais doivent être poursuivis. Quant à savoir si les résultats obtenus seront durables, le temps seul répondra à cette question, et à ce point de vue la discussion actuelle est un peu prématurée. Est-ce à dire, d'ailleurs, que cette méthode soit à l'abri des échecs? Certes non, et M. Berger en a enregistré un, dans un bien mauvais cas, il est vrai, sur une femme que des fibromes multiples et volumineux avaient conduite à la cachexie par les pertes sanguines, la leucorrhée, les douleurs, les poussées de péritonite.

M. *Tillaux*, lui aussi, a observé une femme qui ne supporta pas l'électrisation. Mais il a suivi avec attention, en ville, deux malades soignées par M. Apostoli et a constaté une amélioration certaine. Il est donc favorable à ces essais, et il ajoute que depuis longtemps, bien avant cette régularisation de l'électrisation, il s'était déclaré partisan, dans certains cas, de l'électrolyse.

A. Broca.

Société de biologie.

SÉANCE DU 23 JUIN 1889. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Des altérations du fond de l'œil dans l'ataxie locomotrice : M. Déjérine. — Le corps vitré au point de vue physiologique : M. Hache. — Dosage du fer dans différents organes chez les animaux nouveau-nés : M. Lapicque. — Effets cardiaques consécutifs à l'excitation du pneumogastrique : M. Laulanié.

M. *Déjérine* rappelle qu'en 1881 Benedickt a remarqué que, lorsqu'un tabétique est atteint d'altération du fond de l'œil, d'atrophie papillaire, le tabes est enrayé; il y aurait même souvent rétrogradation de la maladie. Il a lui-même, depuis deux ans, cherché à vérifier cette proposition, et il a trouvé avec M. *J. Martin* (de Genève) un certain nombre d'ataxiques chez lesquels l'évolution de la sclérose s'est arrêtée depuis le moment où ils sont devenus aveugles. Le fait essentiel, c'est peut être celui-ci, à savoir l'arrêt de la maladie à son premier stade; ou, en d'autres termes, un tabétique, devenant aveugle, ne devient pas ataxique; il est extrêmement rare de voir un ataxique incoordonné aveugle. Il y a donc une sorte d'opposition entre l'état du fond de l'œil et le tabès. Quant à la seconde proposition de Benedickt, que l'ataxie s'améliore, lorsque la cécité se développe chez un malade déjà incoordonné, M. Déjérine ne l'a pas trouvée exacte.

Il resterait maintenant à déterminer les conditions de cette opposition entre les altérations du fond de l'œil et le développement du tabès. M. Déjérine poursuit l'étude de cette question.

— M. *Hache* indique, d'après les résultats de ses recherches sur la structure du corps vitré, le rôle physiologique de cette partie de l'œil. Le corps vitré servirait surtout à maintenir un degré de tension nécessaire à l'étalement de la rétine et à débarrasser celle-ci de ses produits de désassimilation. Ces fonctions dépen'ent particulièrement de l'hygrométricité du stroma ou substance connective du corps vitré. On conçoit quel rapport il doit y avoir entre le maintien plus moins parfait de cette propriété et le degré de tension oculaire et, par suite, le glaucome.

— M. *Lapicque*, au moyen du procédé de dosage du fer qu'il a récemment présenté à la Société, a pu doser le fer dans différents organes chez des chiens nouveau-nés : rate, foie, thymus, os longs des membres. C'est le foie, et non pas la rate, qui contient le plus de fer, contrairement à ce que les recherches de Malassez et Picard nous ont montré chez les animaux adultes.

— M. *Chauveau* présente une note de M. *Laulanié* (de Toulouse) sur les effets cardiaques consécutifs aux excitations centripètes du nerf vague; l'action dépressive déterminée par ces excitations ne cesserait pas en effet avec les excitations mêmes; on peut encore la constater au bout d'un certain temps.

REVUE DES JOURNAUX

Travaux à consulter.

De l'hydroxylamine en dermatologie, par M. Eickhoff. — C'est à titre de parasiticide que cet observateur conseille l'hydroxylamine pour combattre le lupus vulgaire, la trichophytose de la tête et de la barbe. Il recommande de redouter les propriétés irritantes de cette substance et de ne pas l'utiliser à une dose plus élevée qu'au centième sous la forme de solution.

La formule qu'il adopte est un glycérolé contenant 5 centigrammes d'hydrochlorate d'hydroxylamine pour 30 grammes de glycérine et 30 grammes d'alcool. (*Monat. f. prak. dermat.*, n° 1, 1889.)

De l'administration du sulfonal, par M. le docteur Werhooyen. — L'auteur préfère l'administration du sulfonal par la voie rectale à l'ingestion du médicament par la bouche, en raison de sa faible solubilité et de la nécessité de le véhiculer dans l'eau tiède. Il le prescrit aux cardiopathes et aux dyspeptiques aussi volontiers qu'aux rénaux; il ne redoute pas l'intolérance et obtient, dit-il, le sommeil dans l'espace de vingt minutes.

Chaque lavement au sulfonal contient 60 centigrammes à 1 gramme de substance active. Parfois il y a lieu après quelques heures d'en renouveler l'administration. (*La Clinique*, 11 avril 1889.)

De l'aseptol dans la diphthérie, par M. le docteur Grognot. — L'auteur a essayé les divers toniques recommandés pour badigeonner le pharynx des diphthéritiques. Ses préférences sont pour l'aseptol, mélange de 100 parties de phénol et de 90 parties d'acide sulfurique. Ce corps est étendu au cinquième dans l'eau, l'alcool ou la glycérine et employé en badigeonnages répétés toutes les deux heures.

M. Grognot en a obtenu, écrit-il, des succès. Il faut ajouter qu'il combinait avec l'action de l'aseptol, celle des gargarismes ou des irrigations pharyngées avec l'eau chloroformée aseptolisée, l'alimentation et les toniques en usage contre cette affection. L'intervention de ces médicaments est de nature à atténuer, ce semble, l'efficacité attribuée à l'aseptol seul. (*Bull. gén. de thérap.*, 10 avril 1889.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité complet d'ophthalmologie, par MM. L. de Wecker et E. Landolt, tome IV, 3e fascicule : *Maladies de l'orbite et des voies lacrymales*, par L. de Wecker. Paris, 1889.

Ce fascicule termine l'important ouvrage de nos laborieux et méritants confrères. Après les maladies de l'œil viennent celles de ses annexes et de la cavité orbitaire; la distribution est plus logique que de commencer par les parties secondaires pour aborder ensuite les affections de l'organe principal. Rares en effet sont les maladies de l'orbite. Elles ne comptent que pour 0,0002 dans le total des cas observés dans les cliniques ophthalmologiques: soit 1 pour 5000; mais la difficulté du diagnostic et la gravité souvent considérable de ces lésions, obligent à donner à leur description une place considérable. M. de Wecker leur consacre 300 pages.

Une étude générale de l'*exophthalmie* précède la description de l'*orbitite*, mieux nommée périostite orbitaire, carie, nécrose; de la *cellulite*, phlegmon et abcès de la cavité. Notre collègue s'y montre très partisan des doctrines microbiennes, et n'admet pas qu'en dehors de l'infection, il puisse se produire des inflammations véritables. C'est à cette cause, par contiguïté, par métastase, que sont également dues les thromboses de la veine ophthalmique et des sinus, et la *capsulite* ou *ténonite*, dont l'existence, en tant que maladie isolée, semble encore contestable aujourd'hui.

Les *blessures* de l'orbite forment un chapitre important que précède l'anatomie de la région, d'après Merkel et Lange. Nous ne ferons pas un reproche à M. de Wecker de puiser largement aux sources allemandes, sa langue natale lui étant forcément plus familière que la nôtre; mais, puisqu'il nous donne une traduction, pourquoi ne pas la faire complète et conserver dans le texte et sur les figures des désignations latines, le plus souvent abrégées, qui n'ont pas cours parmi nous. Les coupes de Lange sont très intéressantes et méritent d'être bien saisies. Pour les fractures des parois orbitaires, l'exploration immédiate avec le stylet ou la sonde est avec raison repoussée, pendant qu'aux accidents secondaires notre confrère propose d'opposer une intervention hardie, l'ablation du globe, l'exentération de la moitié supérieure de l'orbite, si l'indication se présente d'enlever des esquilles, de donner issue au pus d'une méningite ou d'un abcès du cerveau.

Nous avons peu à dire des tumeurs de l'orbite. Elles sont consciencieusement étudiées, et dans les cas rares ou douteux, l'observation permet au lecteur d'apprécier. Dans le traitement des ostéomes, de Wecker, sans être réservé comme Berlin, ne se montre pas aussi partisan de l'intervention que nous l'avons été à la Société de chirurgie. Pour les tumeurs pulsatiles, l'exophthalmie pulsatile, à côté des anévrysmes artério-veineux, il place la dilatation variqueuse de la veine ophthalmique et de ses branches, sans lésion de l'artère carotide dans le sinus caverneux. Cette opinion est soutenable; mais ces faits, il nous semble, doivent être catégorisés, et non réunis sous une dénomination commune. Le goitre exophthalmique, les opérations sur l'orbite et la prothèse oculaire, terminent cette partie. Les avantages de l'*exentération* du globe sur l'*énucléation*, dans la panophthalmie et la buphthalmie, ne paraissent pas à tous aussi bien démontrés qu'à notre distingué confrère.

Une bibliographie étendue précède et suit la dernière partie : les *maladies des voies lacrymales*. Ici ce n'est certes pas la gravité, mais c'est la fréquence, ce sont les ennuis de tout instant que provoquent ces affections, qui expliquent les longs détails dans lesquels entre l'auteur. Volontiers M. de Wecker écrirait que c'est une honte pour le médecin, et aussi pour la médecine, d'avouer son impuissance à guérir de si petits maux. Nous ne le suivrons pas dans sa description des lésions de la glande lacrymale, des points et conduits lacrymaux, du sac lacrymal et du canal nasal. Nous signalerons seulement ses préférences pour l'ablation de la glande palpébrale au lieu de la glande orbitaire, pour l'incision limitée des conduits lacrymaux, pour le cathétérisme doux et prudent combiné avec les injections antiseptiques, pour le débridement du ligament palpébral interne. Avec lui nous pensons que cette manière de faire est plus sûre que la dilatation forcée, la stricturotomie, les larges incisions externes, l'oblitération et la destruction du sac lacrymal.

En terminant cette analyse, nous ne pouvons que féliciter les auteurs d'avoir mené à bien la publication d'un aussi important ouvrage. Si quelques parties eussent gagné à être un peu abrégées, si le traité tout entier se fût bien trouvé d'être réduit à un moindre volume, nous sommes heureux de reconnaître que suivant exactement le plan tracé, nos très distingués confrères ont rendu à la science et à l'ophthalmologie un véritable service. Leur *Traité complet* comble une lacune dans notre littérature médicale.

J. Chauvel.

VARIÉTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Pinard, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Paris.

ACCOUCHEURS DES HÔPITAUX. — Le concours pour une place d'accoucheur du Bureau central vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Bonnaire.

PROSECTORAT. — Le concours du prosectorat vient de se terminer par les nominations suivantes:
1° Prosecteurs titulaires: MM. Thiéry et Riffel; 2° prosecteur provisoire: M. Legneux.

HÔPITAUX DE PARIS. — De petits drapeaux indiquent actuellement les accouchements qui se font à la clinique. Bleu = accouchement simple; jaune = dystocie; vert = opération.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Par décret en date du 22 juin 1889, M. Grynfeltt, professeur d'opérations et appareils à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique obstétricale et gynécologie à ladite Faculté.

— M. Chalot, professeur de pathologie externe, est nommé, sur sa demande, professeur d'opérations et appareils.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Macé, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur d'histoire naturelle médicale à la Faculté de médecine de Nancy.

INTERNAT DE PHARMACIE. — MM. les élèves internes en pharmacie de Paris, actuellement en fonctions, et ceux qui ont été nommés à la suite du dernier concours, sont prévenus qu'il sera procédé, dans les formes ordinaires, à leur classement et à leur répartition dans les établissements de l'administration pour l'année 1889-1890.

Les cartes de placement seront délivrées à MM. les internes de deuxième, troisième et quatrième années, le mardi 25 juin à trois heures, dans l'amphithéâtre de l'administration; à MM. les internes de première année, le jeudi 27 juin à deux heures.

ŒUVRE NATIONALE DES HÔPITAUX MARINS POUR LES PAUVRES ENFANTS DÉBILES, LYMPHATIQUES ET SCROFULEUX. — Parmi les œuvres d'assistance morale et matérielle qui se multiplient chaque jour en France, il en est peu qui méritent autant de sympathie que la Société qui vient de se fonder sous la présidence de M. le docteur Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, avec l'assistance d'un comité de propagande composé de MM. le médecin inspecteur général Rochard, le docteur Leroux et MM. G. Lafargue, Baliman et Paul Hippeau.

Cette Société a pour but de veiller au développement physique de nos enfants, à l'amélioration de notre race. Elle pense que si c'est un devoir de venir en aide à ceux qui, accablés par l'âge ou par la maladie, ne peuvent rendre à la société aucun service, c'en est un plus grand encore de nous préoccuper de ceux qui, suivant qu'ils auront été bien ou mal traités dès le jeune âge, seront des hommes ou des femmes valides, utiles à la patrie, ou des êtres malingres et souffreteux, consommant sans produire, condamnés à traîner toute leur vie une existence misérable, à charge à eux-mêmes, à leurs familles et à la société.

Elle veut assurer ou seconder la création ou le perfectionnement sur les côtes de France d'établissements destinés au traitement des enfants et des adolescents dont la constitution est susceptible d'être transformée par l'influence du traitement marin. Ce traitement, réservé jusqu'à ce jour aux privilégiés de la fortune, pourra être offert aux familles nécessiteuses que la scrofule décime chaque année. Déjà l'*Œuvre nationale* subventionne certains hôpitaux ou sanatoriums maritimes. Elle a pris à sa charge le sanatorium de Banyuls sur la Méditerranée, mais ses ressources sont insuffisantes. C'est pourquoi elle fait appel à tous les médecins, à tous les pères de famille qui voudront s'associer à l'œuvre généreuse qu'elle a entreprise.

Il y a plusieurs moyens pour le public de s'y associer:

Le premier, c'est d'y adhérer en s'engageant à payer comme sociétaire, une cotisation annuelle de 20 francs au moins ou en versant une somme de 200 francs une fois donnée.

Le second, c'est de souscrire une somme quelconque à titre de don. Les sommes les plus minimes sont accueillies avec reconnaissance.

En outre: sont membres fondateurs bienfaiteurs les personnes qui fondent soit un ou plusieurs pavillons, soit un ou plusieurs lits portant leur nom dans l'un des établissements relevant de l'œuvre nationale des hôpitaux marins; sont membres fondateurs les personnes qui s'engagent à verser une somme annuelle de 100 francs au moins ou qui versent une somme d'au moins 1000 francs une fois donnée.

Les adhésions et souscriptions doivent être adressées à M. Brelet, secrétaire général, au siège de la Société, 62, rue de Miromesnil, ou à M. Baliman, trésorier, 21, rue de l'Arbre-Sec.

Elles sont également reçues et publiées par les journaux.

La première souscription ouverte en vue du sanatorium de Banyuls-sur-Mer a produit 103246 francs. Voici les souscriptions faites sans affectation spéciale:

M. le docteur Bergeron....................	1000 fr.	»
MM. Aubron, Boudault, Hecht, Mme Pereire (Isaac), chacun..............................	500	»
MM. André (Alfred), le baron de Bouchepom, Brach, Callebaut, Mme Carnot, MM. Chatoney, Devès, Duchâteau, Mme Durand-Claye, MM. Geneste, Glandar, le docteur Grancher, Haas (Louis), Haranger, Mme Léon, MM. le docteur Massot (de Perpignan), le docteur Ch. Monod, Œsinger, Pereire (Henry), Philippi, Picard (Alexis), le docteur Proust, Reitlinger (Sigismond), Roy (Ferdinand), Valpinçon, Vilar, chacun..............................	200	»
M. Payelle..............................	150	»
M. Baliman, Mmes Chable, la baronne de Feuchère, MM. Grosclaude, Herscher, Mme Hottinguer, MM. le docteur A.-J. Martin, Mesureur (Jules), Mme la baronne de Neuflize, MM. Peeters, Picard (Maurice), Picard (Paul), Reitlinger (Frédéric), Sieber, Tollu, Trélat (Emile), chacun..............................	100	»
Chimène (pseudonyme)..............	743	35
Ensemble..............	10.693 fr.	35
Les souscriptions inférieures à 100 francs ont atteint le chiffre de..............	5.693	65
Soit un total de..............	16.387	»
TOTAL GÉNÉRAL..............	119.633 fr.	»

MORTALITÉ A PARIS (24e semaine, du 9 au 15 juin 1889. — Population: 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 10. — Variole, 1. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 7. — Coqueluche, 10. — Diphthérie, croup, 41. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 186. — Autres tuberculoses, 21. — Tumeurs: cancéreuses, 36; autres, 5. — Méningite, 44. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 38. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 5. — Maladies organiques du cœur, 53. — Bronchite aiguë, 23. — Bronchite chronique, 24. — Bronchopneumonie, 18. — Pneumonie, 32. — Gastro-entérite: sein, 14; biberon, 51. — Autres diarrhées, 4. — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 27. — Sénilité, 23. — Suicides, 15. — Autres morts violentes, 17. — Autres causes de mort, 140. — Causes inconnues, 11. — Total: 883.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Élimination de l'acide salicylique suivant les divers états des reins, ses transformations dans l'économie, son action sur les principaux éléments de l'urine, par Mlle George Chopin, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Une brochure in-8° de 70 pages. Paris, O. Doin. 2 fr.

L'étude des maladies du système nerveux en Russie, rapport adressé à M. le ministre de l'Instruction publique, par M. F. Raymond. Une brochure in-8° de 80 pages avec figures dans le texte. Paris, O. Doin. 3 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

19523. — MOTTEROZ. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

TRENTE-SIXIÈME ANNÉE — N° 27 — 5 JUILLET 1889

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 3 juillet 1889.

Académie de médecine : **L'exercice de la médecine par les sages-femmes. — Empoisonnement par l'arsenic.**

Une discussion des plus importantes a été soulevée à l'occasion d'un rapport de M. Budin. Elle sera continuée lorsque la Commission académique, à laquelle ont été adjoints MM. Tarnier, Brouardel et Nocard, aura modifié ses conclusions premières; mais il importe dès aujourd'hui de faire ressortir toutes les difficultés de la question qu'elle est appelée à résoudre. Peut-on autoriser les sages-femmes à prescrire des antiseptiques? En principe, une réponse affirmative ne paraît point douteuse. En cas d'épidémie, ou même alors que la sage-femme se trouve en face d'une malade qui pourrait être infectée, son premier devoir n'est-il pas de se servir de tous les médicaments nécessaires? Et les injections de sublimé ou d'acide phénique ne paraissent-elles pas indispensables dans ce cas? Mais d'autre part, autoriser par un article de loi les sages-femmes à détenir chez elles d'une manière permanente des quantités relativement considérables de matières vénéneuses serait s'exposer à bien des abus et partant à bien des dangers. C'est le motif qui a retenu M. Guéniot et la majorité de ses collègues. Ils ont pensé que l'on était déjà bien tolérant en autorisant les dentistes non munis de diplôme et les officiers de santé à se servir des anesthésiques et à employer l'arsenic, l'opium, etc. Ils n'ont pas voulu qu'on étendît aux sages-femmes une tolérance qui n'est pas sans inconvénients.

On pourrait répondre que le droit de prescrire des antiseptiques n'entraîne pas celui de les avoir chez soi et de les vendre soi-même, comme le demande M. Le Fort. Il suffirait peut-être, pour répondre aux objections de M. Guéniot, de spécifier dans la loi que les sages-femmes ne pourront prescrire les antiseptiques que dans les cas d'urgence, pour un malade déterminé, et que, après avoir été exécutée par le pharmacien, leur ordonnance devra être reproduite sur un registre spécial, et contresignée ultérieurement par un docteur en médecine. On éviterait ainsi les abus que l'on redoute. N'est-il pas évident, en effet, qu'en cas d'épidémie, en cas de complications obstétricales graves, on a presque toujours le temps de prendre ses mesures et d'imposer aux sages-femmes la consultation autorisée d'un médecin?

— Le savant travail lu par M. Brouardel, en son nom et au nom de M. Pouchet, confirme une série de recherches toxicologiques déjà faites par MM. A. Gautier et Skolobousoff. Il montre l'importance qu'il peut y avoir à recher-

FEUILLETON

Les difformes et les malades dans l'art, par MM. CHARCOT (de l'Institut) et Paul RICHER (1).

Ce n'est pas d'aujourd'hui que M. le professeur Charcot applique à l'art la puissante méthode d'investigation à laquelle il doit tant et de si brillantes découvertes dans le domaine des maladies du système nerveux. Depuis longtemps déjà, son érudition spéciale dans les questions d'esthétique, son goût très sûr et très délicat étaient connus de ses confrères et appréciés dans le milieu des amateurs instruits. On savait que, grâce aux voyages que lui impose son immense réputation, aux amitiés que lui ont créées son caractère et les nombreux services qu'il a rendus, il avait pu amasser de riches et importantes collections où figurent quelques œuvres des maîtres les plus illustres de toutes les époques.

Peu de personnes cependant connaissaient l'illustre maître de la Salpêtrière sous ce jour un peu nouveau, quand il fit paraître l'année dernière, en collaboration avec un de ses élèves les plus distingués, qui est lui-même un artiste, M. Paul Richer, cet étrange livre des *Démoniaques,* qui éveilla si vivement l'intérêt. On se rappelle l'impression qu'il produisit. C'était un monde nouveau ou plutôt un monde dont nous ne nous doutions pas, que M. Charcot évoquait devant nous. Interrogeant successivement les œuvres des artistes qui ont interprété des scènes de possédés, il en dégageait la pensée maîtresse, et montrait combien certains d'entre eux se sont préoccupés de rester fidèles aux lois de l'observation de la nature, en retraçant ces drames pathologiques avec une exactitude souvent scrupuleuse. Il signalait dans leurs œuvres les attitudes caractéristiques des

(1) Grand in-4°, avec figures intercalées dans le texte. — Paris, Lecrosnier et Babé, 1889.

cher dans les os la substance toxique qu'on ne peut retrouver dans la moelle ou dans le foie. Il décrit une série de symptômes qui peuvent mettre le médecin sur la voie du diagnostic. Mais, à un point de vue plus pratique encore, il insiste sur la nécessité de rechercher l'arsenic dans les urines. Comme l'a très nettement expliqué M. Brouardel, les symptômes subjectifs peuvent être trompeurs, et, dans l'immense majorité des cas, s'il n'a pas été éclairé par des rapports fondés sur des circonstances extérieures aux symptômes d'ordre médical, le médecin hésite avant de formuler son avis. Or il importerait, dans un grand nombre de circonstances, de pouvoir poser un diagnostic précis et d'imposer son opinion sans même tenir compte des enquêtes ou des présomptions extra-médicales. C'est pourquoi il importe de retenir et de signaler les conseils donnés par M. Brouardel. Le médecin qui soupçonne un empoisonnement par l'arsenic, ou qui se trouve en face d'une série de symptômes douteux, en particulier de symptômes d'apparence cholériforme, ne doit pas hésiter à recueillir lui-même les urines et à y rechercher l'arsenic. S'il n'est pas outillé pour faire dans son cabinet cette expertise, si simple cependant, il pourra l'exécuter dans l'officine d'un pharmacien. Si l'analyse des urines lui montre qu'elles renferment de l'arsenic, il devra rechercher ensuite celui-ci dans les cheveux. Et lorsqu'il sera ainsi arrivé à un résultat positif, il pourra, sans rien craindre pour sa réputation, remplir tous les devoirs que lui imposera sa conviction.

NEUROPATHOLOGIE

La syringomyélie.

Il n'est question en ce moment que d'une maladie des plus importantes qui vient de faire récemment son entrée dans les cadres nosologiques; nous voulons parler de la *syringomyélie.*

Si l'on cherche dans les traités classiques, on ne trouve aucune description clinique se rapportant à la lésion appelée depuis longtemps déjà *syringomyélie.* Cela ne veut pas dire que les auteurs allemands, qui viennent d'obtenir droit de cité pour la nouvelle affection, n'ont pas eu de précurseurs, mais c'est à eux que revient le très grand honneur d'avoir mis en présence d'un côté des symptômes cliniques fixes, d'une constance éprouvée, et de l'autre des lésions également fixes et dont la localisation explique surabondamment les symptômes observés.

Il ne faudrait pas croire qu'il s'agisse d'une affection très rare constituant une curiosité pathologique.

M. Charcot pense que la syringomyélie est au moins aussi fréquente que la sclérose latérale amyotrophique et l'on sait que ce n'est pas peu dire.

Olivier d'Angers, dans son beau *Traité des maladies de la moelle épinière*, donne en 1837 le nom de syringomyélie à des cavités centrales qu'il observe au milieu de la substance grise. Ces cavités s'offrent à l'œil sous forme de longues fentes entourant le canal central épendymaire et présentant une longueur très appréciable. Ces fentes offrent les formes les plus diverses. Malheureusement on ne s'est guère occupé des symptômes produits par ces étranges lésions, qui demeurent à l'état de curiosités purement anatomo-pathologiques.

Andral, Portal, Senac, Morgagni, Nonat, Leuhossek, Hutin, ont décrit ces trouvailles d'autopsie sans que la nosologie, partant la physiologie spinale, en ait beaucoup profité.

C'est là ce que M. Déjerine, dans une leçon faite à Bicêtre (*Semaine médicale*, p. 194), appelle la première période historique de la syringomyélie.

Dans une seconde période, dit M. Déjerine, on voit la clinique s'ajouter à la relation d'autopsie.

M. Lancereaux, en 1862, signale sous le nom d'hypertrophie de l'épendyme spinal une dilatation du canal central de la moelle, transformée en un cordon fibreux, coupé çà et là de dilatations kystiques. Cliniquement le malade avait présenté des troubles de la motilité et de la sensibilité; il présentait en outre une déviation rachidienne. A partir de cette époque, de nouveaux faits anatomiques sont acquis à la science; ce sont les faits de Gull, Schüppel Grenim, Westphal, Simon Leyden, Roth-Schulhze, Strimpel, Kahler et Pick Wipham.

Duchenne (de Boulogne) dit, dans son *Électrisation localisée*, à propos de la paralysie générale spinale diffuse subaiguë, qu'il est impossible de créer un type clinique *un* avec aucune des lésions de cet ordre.

Il est impossible de passer sous silence les observations de M. Hallopeau, publiées il y a plus de vingt ans. M. Hallopeau, sous le nom de sclérose centrale sous-épendymaire, de sclérose diffuse péri-épendymaire, a décrit une affection médullaire, qui paraît se rapporter au type décrit en Alle-

---

affections nerveuses convulsives, qu'il a lui-même étudiées et définies, et établissait par un nouveau et irrécusable témoignage l'identité de la « possession » et de la grande névrose.

Parmi ces vivants témoins d'un passé disparu, figurent presque tous les maîtres de l'art, depuis les primitifs du moyen âge, qui n'ont fait qu'ébaucher l'interprétation du fait pathologique, jusqu'aux grands artistes de la Renaissance, qui lui ont imprimé les caractères d'une saisissante réalité.

Mais, dans ce travail cependant si important par le nombre des matériaux qu'ils ont groupés et la magistrale étude qu'ils leur ont fait subir, MM. Charcot et Richer n'avaient examiné que les œuvres qui touchent à une branche de la pathologie. Ce n'était point assez pour satisfaire des esprits aussi élevés. Agrandissant leur horizon, c'est dans le domaine entier des infirmités humaines qu'ils nous transportent maintenant, et ce sont toutes les productions artistiques du genre humain ayant revêtu une forme pathologique, qu'ils font passer devant nos yeux, dans un ouvrage intéressant, imprimé avec un soin particulier, enrichi de nombreuses gravures et qu'ils publient sous ce titre : *Les difformes et les malades dans l'art.*

Ce livre est, à proprement parler, une étude considérable, une œuvre de bénédictin laïque, et qui paraît inouïe quand on considère qu'elle est l'œuvre extra-professionnelle, je n'ose dire le passe-temps, d'un des hommes les plus occupés de notre époque. Elle embrasse, en effet, la pathologie artistique tout entière, depuis les œuvres des artistes égyptiens inconnus, qui ont été exhumées du vieux sol des Pyramides, jusqu'à celle des peintres du commencement du dix-neuvième siècle, représentées par le célèbre tableau de Gros : *Les pestiférés de Jaffa.*

Dans ce vaste espace de temps, qui comprend presque toute l'histoire positive de l'humanité, figurent toutes ses souffrances : le grotesque, le rachitisme, l'idiotisme, la

magne et étudié par MM. Déjerine et Debove sous le nom de syringomyélie. L'auteur a constaté cliniquement des troubles de la sensibilité et des atrophies musculaires. Pour lui, il s'agit d'un processus d'inflammation chronique naissant autour du canal central, accompagné de tractus irradiant dans la substance grise et dans les cordons blancs. La cavité centrale n'est pas constituée par une lacune, mais par le canal épendymaire lui-même, revêtu presque partout de son épithélium. L'idée d'une néoplasie gliomateuse n'est donc pas venue à M. Hallopeau, qui n'a vu là qu'un processus scléreux atteignant la névroglie.

A partir de 1882, la syringomyélie entre dans le cadre des maladies classées de la moelle épinière.

Mlle Baumler (thèse de Zurich, 1887) réunit cent observations de syringomyélie, dont deux personnelles. Ces observations se décomposent en soixante-six observations avec autopsie de malades ayant présenté des symptômes médullaires; en vingt-cinq observations purement anatomiques et dix purement cliniques.

Viennent ensuite les travaux de Roth (*Gliomatose médullaire*) (*Archives de neurologie*, 1887, vol. XIV et suivants);

De Morvan (de Lannilis) (*Gazette hebdomadaire*, 1886, n° 32 et suivants, 1887, n° 41);

De Schultze (de Dorpat) (*Zeitschrift für klin. Med.*, Bd XIII, Helft 6);

De Bernhardt (*Centralblatt für Nervenheilkunde*, 1887, n° 1, et 1889, n° 2);

De Kahler (de Prague) (*Ueber die diagnose der syringomyelie*) (*Prager. med. Wochenschrift*, § 63, 1888);

De Remack, de Freud, etc.;

De Broca (*Gazette hebdomadaire*, 1888, n° 39);

De Monod et Reboul (*Arch. gén. de méd.*, 1888), et enfin nous avons nous-même (Paul Berbez, *France médicale*, 1885) dans une communication à la Société clinique, sous la rubrique: *Essai de diagnostic d'une affection de la moelle indépendante du tabes avec arthropathie du coude*, présenté l'histoire d'un malade, dont l'autopsie faite par mon successeur comme interne à la clinique de la Salpêtrière, démontra l'existence d'une syringomyélie. La pièce fraîche fut présentée à la Société anatomique en 1886.

Les choses en étaient là quand M. Debove prit dans son service un malade qui venait sans diagnostic bien positif des salles de la clinique de la Salpêtrière et reconnut chez lui tous les signes de la syringomyélie telle que l'avaient décrite les auteurs allemands. Il présenta son malade à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 22 février 1889, en même temps que M. Déjerine présentait un autre sujet atteint également de syringomyélie.

Les lecteurs de la *Gazette hebdomadaire* peuvent trouver dans le n° 9, p. 138, l'observation de M. Debove; dans le n° 10, p. 155, la présentation de M. Déjerine. Nous nous contenterons donc de dire que chez ces deux malades les symptômes observés étaient à peu près les mêmes (troubles moteurs, anesthésie à la douleur et à la température, conservation du tact, amyotrophie, scoliose, etc.).

Le 22 mars 1889 la Société médicale des hôpitaux revenait sur la syringomyélie. M. Joffroy pensait que l'entité clinique de la syringomyélie n'était pas aussi assise, ni le diagnostic aussi facile que l'affirmait M. Déjerine. Bien souvent, disait le médecin de la Salpêtrière, il faut attendre l'autopsie pour se prononcer. Du reste l'origine inflammatoire de la lésion doit être admise dans beaucoup de cas; la gliomatose n'est pas seule à incriminer, car M. Joffroy lui-même a observé les lésions caractéristiques de la syringomyélie dans deux cas de pachyméningite hypertrophique. L'auteur reprenait, comme on le voit, l'idée défendue autrefois par MM. Lancereaux et Hallopeau.

A la même Société des hôpitaux, MM. Gombault et Reboul présentaient, dans la séance du 26 avril 1889, le résultat de l'autopsie d'une malade qui succomba vers cinquante-cinq ans après avoir été pendant la vie examinée par Morvan lui-même. Morvan reconnut là les symptômes de paréso-anesthésie dont il fit la maladie à laquelle il attacha son nom. M. Gombault examina les nerfs des membres supérieurs atrophiés, envahis par une névrite ascendante. Les lésions nerveuses diminuaient à mesure qu'on se rapprochait de la moelle qu'on trouva sclérosée dans les cordons et les cornes postérieurs et peut-être aussi dans la substance grise centrale.

M. Gombault lui-même et M. Debove furent d'avis que, bien que la malade eût présenté les symptômes analogues à ceux de la syringomyélie, on ne pouvait pas conclure à la parfaite identité des deux affections. M. Gombault dit que les lésions observées présentent une assez grande analogie de distribution avec le tabes, mais qu'il n'a pas rencontré comme dans cette maladie la rétraction des faisceaux postérieurs. L'exposé de ces lésions, sans trancher la question, fournira certainement aux débats quelques données positives. M. Déjerine, ces jours derniers, a fait

---

cécité, les affections cutanées, la peste, la maladie et la mort. On comprend combien il est difficile d'analyser complètement un sujet dont les éléments sont si considérables et si variés qu'ils demanderaient chacun une étude spéciale. Je dois me borner, à mon grand regret, à un simple aperçu, qui ne pourra être souvent qu'une rapide nomenclature.

On sait combien les artistes du moyen âge aimaient à orner les murs des cathédrales de figures grimaçantes et bizarres. Dans une de ces figures, celle d'un mascaron grotesque de l'église Santa-Maria, à Venise, M. Charcot a retrouvé tous les caractères d'une déformation morbide parfaite. Cette déformation, qui donne au grotesque une expression d'horrible laideur, consiste dans un spasme d'une moitié de la face, avec projection de la langue hors de la bouche et déviation de sa pointe.

Rien de plus intéressant que cette observation. Il s'agit, en effet, d'un spasme de la face d'une nature spéciale, l'hémispasme glosso-labié, coexistant souvent chez les hystériques avec l'hémiparalysie des membres. Il est manifeste que l'artiste ne put créer de toutes pièces, dans son imagination, un type aussi précis; qu'il a rencontré sur son chemin l'homme qui le réalisait, et qu'il l'a étudié avant de le reproduire avec une aussi remarquable fidélité.

C'est cette découverte fortuite, faite au cours d'un voyage à Venise, qui donna à M. Charcot l'idée d'entreprendre des recherches sur la reproduction artistique des maladies et des infirmités.

Les grotesques, en dehors de l'exemple intéressant que je viens de rapporter, ne pouvaient lui donner des matériaux très importants, car étant des œuvres de caricatures destinées à mettre en relief un trait spécial, leur exécution reste ordinairement fantaisiste et s'éloigne volontiers de l'observation; mais les autres catégories d'infirmités lui ont fourni des documents souvent remarquables, et parmi lesquels il en est de signés des plus grands artistes.

On sait le rôle qu'ont joué les nains et les fous dans les

une leçon sur la syringomyélie. Il a apporté encore un cas nouveau. Enfin, M. le professeur Charcot a consacré sa dernière leçon du mardi (13 juin 1889) à l'étude de l'affection nouvelle. Le maître a présenté à son cours son premier malade, retour de chez M. Debove, et une malade que nous avons toujours vue à la Salpêtrière avec le diagnostic de pachyméningite cervicale.

Dans cette leçon, M. Charcot apporte comme toujours sa note personnelle; dans le cas présent, c'est sur le diagnostic de ces anesthésies si bizarrement découpées ou délimitées qu'il insiste.

Avant de décrire les lésions anatomiques, nous devons reconnaître que les auteurs allemands ont suivi la méthode chère à notre maître, la méthode anatomo-clinique. Après avoir bien étudié la symptomatologie, on a fait l'autopsie et scrupuleusement noté les lésions. M. Schule a fait deux autopsies. M. Kahler en a fait une. De toutes les nécropsies pratiquées autrefois et depuis la découverte du type, il ressort que les symptômes syringomyéliques prennent et doivent vraisemblablement être produits par des lésions diverses qui sont :

1° L'hydromyélie ancienne ou dilatation du canal central de la moelle (cas de Lancereaux, certains cas de Hallopeau);

2° La myélite cavitaire, décrite par MM. Charcot et Joffroy en 1869. Le tissu nerveux gris s'effondre par places et on trouve alors de véritables lacunes dans la colonne grise centrale;

3° La sclérose péri-épendymaire de Hallopeau. M. Charcot a vu toutes ces formes, les deux dernières surtout; aujourd'hui certains simplistes, qui veulent tout ramener à des tracés semblables, disent que dans ces cas-là on aurait affaire à la gliomatose... Cela est faux, les formes décrites par Hallopeau existent et rien ne s'oppose à ce que ces lésions forment le type syringomyélie.

Enfin il y a la *gliomatose vraie*, caractérisée par ses cellules araignées qui trahissent d'une façon péremptoire l'envahissement du tissu nerveux par le parasite, le néoplasme, né aux dépens de la névroglie. A cet égard, la thèse de Miss Anna Baumler est très instructive; on peut voir dans cet ouvrage un grand nombre de dessins représentant le gliome. Nous savons que cette néoplasie peut se former *en tumeur* ou bien causer très vite la raréfaction du tissu nerveux. Cette dégénérescence gliomateuse siège souvent autour du canal central de l'épendyme sans avoir rien à faire avec lui. Au bout d'un temps plus ou moins long, le tissu gliomateux entre en régression et voilà bientôt la colonne grise centrale voisine du canal épendymaire qui se creuse de cavités syringomyéliques.

Sans qu'on puisse dire pourquoi, la gliomatose se localise derrière le canal de l'épendyme dans la commissure postérieure; elle se développe alors en partie aux dépens de la substance grise centrale, en partie aux dépens des cornes postérieures; il se passe pour ces cornes postérieures un peu ce qui se passe pour les cornes antérieures dans l'atrophie type Aran Duchenne par exemple.

Dans le cas le plus habituel la lésion envahit, puis détruit la substance grise située derrière le canal central de la moelle, puis elle gagne la corne postérieure, qu'elle détruit à son tour et cela d'une façon symétrique; la lésion prend donc une forme assez régulièrement schématique. On pourrait dire que c'est là la lésion type de la syringomyélie: substance grise, cérébrale postérieure, cornes postérieures.

Si on réfléchit un instant, on se rend bien vite compte de la physiologie pathologique de la nouvelle maladie. Quand la lésion est ce que nous venons de donner en schéma, le malade qui a cependant ses cordons postérieurs encore intacts, a perdu la *sensibilité à la douleur*, la *sensibilité à la température*, en même temps qu'il conserve la sensation de contact: conclusion naturelle, déjà connue du reste en partie, tout au moins des physiologistes : les tractus conducteurs de la sensibilité à la douleur et à la température ne passent pas par les cordons postérieurs, mais par la substance grise centrale, commissure postérieure et cornes postérieures. Les impressions fournies par le tact, les impressions du sens musculaire passent ailleurs sans qu'on puisse dire exactement où.

Telle est la distribution la plus simple des lésions, mais ces lésions peuvent gagner par *compression*, par *infiltration gliomateuse*, par *lésions cavitaires*, soit les cornes antérieures (alors amyotrophie), soit le faisceau latéral (alors parésie avec exaltation des réflexes, phénomènes du pied, etc.), soit enfin les cordons postérieurs (phénomènes tabétiques). Nous voilà donc en pleine physiologie pathologique. La maladie, plus finement et plus sûrement que le scapel du vivisecteur, dissèque les parties systématisées de la moelle et nous en fait pour ainsi dire toucher du doigt le fonctionnement. Comme siège, la syringomyélie présente les localisations les plus diverses. Dans un grand nombre des observations de miss Anna Baumler, on voit la moelle prise de haut en bas. Cependant elle affecte une prédilection

---

cours du moyen âge et de la Renaissance, et ce n'est pas seulement du moyen âge que date l'engouement qu'ont eu les rois et les peuples pour ces êtres disgraciés de la nature; dès les antiques monarchies égyptiennes, ils durent occuper une place importante dans les résidences royales, et l'école memphyte nous a laissé parvenir, parmi plusieurs chefs-d'œuvre, une statue très remarquable, celle du nain Chnounmotpon, qui est aujourd'hui au musée de Boulacq, et dont les auteurs nous ont donné la reproduction. Les Egyptiens ont même poussé jusqu'à la divinisation leur culte pour les nains et leur ciel en comptait au moins deux : le dieu Bès, qui présidait aux armes, et le dieu Pshah.

L'amour exclusif que les Grecs professaient pour le beau et la perfection des formes, les éloignait de la figuration des infirmités. Cependant il faut faire une exception en faveur du marbre connu sous le nom de buste d'Ésope, et qui se trouve à la Villa Albani. On présume que cette œuvre d'art est une des répliques du fameux portrait d'Esope par Lysippe, dont Pline vante la perfection. En dehors de ce spécimen, que l'on peut rattacher au grand art sculptural de la Grèce, c'est dans les produits d'un art secondaire, dans les figurines en terre cuite, qu'il faut chercher pour retrouver quelques traces de difformités.

Mais c'est surtout parmi les œuvres du moyen âge et de la Renaissance que les auteurs ont recueilli le plus de documents concernant cette variété de difformités. Les nains et les fous tenaient une telle place dans les cours que les artistes les faisaient figurer dans leurs compositions à côté des princes et des grands personnages qu'ils mettaient en scène. C'est ainsi que dans la célèbre tapisserie de Bayeux dite de la reine Mathilde (onzième siècle), on voit le nain TVROLD, tenant en bride les deux chevaux des envoyés de Guillaume le Conquérant à Guy de Ponthieu; que dans le tableau de Mantigna, représentant le *Triomphe de Jules César*, un nain montre une face où se lisent clairement les traits combinés de la scrofule et du rachitisme;

marquée pour la région cervico-brachiale. Ajoutons à cela les lésions secondaires, dégénérescence du faisceau pyramidal, nous aurons une idée complète de l'affection en tant que distribution anatomique.

On peut multiplier à plaisir les combinaisons; on en revient toujours à ces termes simples : gliomatose, tissu araignée qui se développe aux dépens de la névroglie de la substance grise, dans le voisinage du canal de l'épendyme, plutôt en arrière du canal qu'en avant (Kahler, A. Baumler), gagne les cornes postérieures, puis peut envahir, par les trois moyens que nous avons indiqués, les cordons postérieurs, les cordons latéraux, les cornes antérieures.

Maintenant il ne paraît pas que la gliomatose réalise seule cet ensemble de signes cliniques auquel on a donné le nom de syringomyélie; il est fort possible, et de nouvelles autopsies le démontreront sans doute, les dilatations du canal central, les scléroses périépendymaires, à la façon de Lancereaux et Hallopeau, pourront produire les mêmes signes que la gliomatose, qui, jusqu'ici, paraît anatomiquement la cause de syringomyélie la plus fréquente et la plus puissante.

Schiff, à la suite d'expériences habilement conduites, a établi que les impressions tactiles passaient par les cordons postérieurs; mais il n'a pu dire qu'une chose à propos des impressions de douleur et de température, c'est que ces dernières impressions ne paraissaient pas passer par les mêmes voies que le sens du tact.

Quoique négative, cette affirmation a son importance; car une maladie qui a son siège de prédilection dans la colonne grise postérieure a amené l'abolition des sensibilités particulières à la douleur et à la température.

Donc nous ne devons pas trouver de troubles sensitifs du tact et du sens musculaire dans la syringomyélie. Or... on n'en trouve pas.

On peut établir le tableau symptomatique suivant, déduit de la physiologie normale.

A. — Symptômes dus a l'envahissement des cornes antérieures.

Atrophie musculaire progressive ne rentrant ni dans le type Aran Duchenne, ni dans le type des myopathies essentielles. Impotence fonctionnelle en raison directe de l'atrophie. Altération de la contractilité électrique. Réaction de dégénérescence. Abolition des réflexes.

B. — Symptômes dus a l'envahissement du cordon latéral.

Parésie avec exagération des réflexes. Secousses fibrillaires.

C. — Symptômes dus a l'envahissement de la région moyenne de la substance grise.

Troubles trophiques ·
Peau : Bulles, chéloïdes cicatricielles. Sensation de froid aux mains.
Tissu sous-cutané : Œdème inflammatoire ou lymphatique.
Phlegmons : Chute des ongles. Panaris. Tournioles.
Système osseux : Fractures spontanées. Arthropathies. Exostoses. Scolioses.
Organes viscéraux : Ulcérations vésicales et intestinales.

D. — Symptômes dus a l'envahissement de la corne postérieure.

Analgésie (à la piqûre, au pincement, à la torsion, etc.).
Anesthésie au chaud et au froid.

E. — Symptômes dus a l'envahissement des cordons postérieurs.

Phénomènes tabétiques : Douleurs fulgurantes. Sensations subjectives. Anesthésie douloureuse. Sens musculaire aboli. Incoordination, etc., etc.

La marche de cette singulière affection est des plus curieuses. C'est une maladie de longueur. Elle paraît *débuter sans raison connue* et sans qu'on puisse jusqu'à maintenant du moins invoquer l'hérédité, dans le jeune âge, vers quinze ans, quelquefois plus tôt; c'est à tel point qu'on peut se demander s'il ne s'agit pas là d'une maladie de la période de développement. A cet âge encore on voit se produire une déviation du rachis; la colonne vertébrale s'incurve sans qu'on puisse savoir exactement si cette incurvation est une cause ou un effet dans la maladie qui commence.

Pendant longtemps, le malade (cas de Déjerine, de Debove) ne présente que les troubles bizarres de la sensibilité dont nous avons parlé; il se brûle sans s'en douter, mais il fait peu d'attention à ces troubles.

Ce n'est guère qu'à l'occasion des symptômes plus accusés qui surviennent fatalement que le malade prend peur et va voir un médecin.

C'est pour des panaris à répétition, des œdèmes plus ou moins étendus, de l'amyotrophie qu'il vient consulter.

L'atrophie débute par les éminences thénar ou hypothénar; ensuite elle envahit les avant-bras, les bras, les

---

que dans le portrait de Barbe de Brandebourg, marquise de Mantoue, Mantigna a également représenté un nain, à la face élargie, à la tête volumineuse, aux membres disproportionnés.

Jules Romain, dans une fresque du Vatican, Annibal Carrache, Jean de Bologne, Paul Véronèse, dans les deux tableaux *les Noces de Cana* et *l'Évanouissement d'Esther*, ont égalemen représenté des nains.

Dans l'école espagnole, le genre est interprété par Ribéra, Velasquez, le peintre de Philippe II, qui n'a pas consacré moins de sept tableaux à la peinture d'infirmes nains ou idiots; dans les écoles allemande, hollandaise et flamande, par les premiers portraitistes du temps, Jean Gossaert, Holbein, qui peignit deux fois Will Summer, le célèbre bouffon d'Henri VIII, Antoine de Moze qui représenta Brusquet, le spirituel bouffon de Charles-Quint, Rubens et Van Dyck qui nous a laissé le portrait de Gibson et de Jeffrey, nains de Charles Ier.

Les infirmes ont été fréquemment mis en scène par l'art chrétien, dans les œuvres consacrées aux miracles. Aussi les auteurs ont-ils rencontré de nombreux documents les concernant. Les plus importants sont fournis par Taddéo Gaddi, ou Andréa de Florence, dans une fresque remarquable qui appartient évidemment, quel qu'en soit l'auteur, au Giotto, le grand réformateur de la peinture en Italie; puis par Giovanni de Fiesole, le *Beato Angelico* qui nous montre saint Laurent distribuant les aumônes aux infirmes; enfin par le grand chef de l'école romaine Raphaël Sanzio, dans un carton commandé à Raphaël par le pape Léon X, et qui devait être exécuté en tapisserie. Le dessin qui devait représenter les actes des apôtres, figure saint Pierre et saint Paul, rendant la santé aux infirmes à la porte du temple.

Parmi les œuvres d'art consacrées aux aveugles, citons le *Buste d'Homère*, du musée de Naples, le carton de Raphaël reproduisant Elymas, le *Tobie aveugle*, de Rembrandt, la *Parabole des aveugles*, de Pierre Brughel.

muscles scapulaires, les muscles grand et petit pectoral; mais cet envahissement se fait avec une lenteur prodigieuse. Le premier malade de Déjerine s'est atrophié pendant quarante ans, le second pendant trente ans.

L'atrophie ressemble à s'y méprendre à l'atrophie du type Aran Duchenne; les réflexes tendineux, dans la moitié supérieure du corps, sont affaiblis ou abolis; il y a réaction de dégénérescence, altération des contractilités faradiques et galvaniques, secousses musculaires, etc. Si l'on joint à cela les troubles de la sensibilité spéciaux, si l'on montre que ces troubles se traitent exactement comme les fausses anesthésies hystériques, si l'on y ajoute les troubles trophiques, les troubles vésicaux, on se trouve en présence d'une atrophie bien bizarre, capable de déjouer le neuropathologue qui n'a pas présente à l'esprit l'idée de la syringomyélie.

M. Charcot, à propos d'une malade longtemps prise pour une femme atteinte de méningite pseudo-hypertrophique, faisait remarquer que l'analgésie spéciale pouvait se modifier, apparaître et disparaître.

Cette particularité demande à être bien connue. Nous devons enfin considérer ce qu'il advient du malade; il demeure presque indéfiniment dans un état d'infirmité absolue; mais les choses se précipitent si l'envahissement des cordons latéraux amène une sclérose latérale amyotrophique (cas de Schultze, Kahler et Pick), une hémiplégie spinale (Schultze), enfin des *paralysies bulbaires;* il n'est pas rare, en effet (Déjerine), de voir la syringomyélie affecter une marche ascendante et intéresser la racine ascendante de la cinquième paire, les *noyaux des nerfs vague et hypoglosse.*

Il est donc, en somme, possible et même facile aujourd'hui de faire le diagnostic de la syringomyélie. La maladie avec laquelle elle a été le plus souvent confondue, c'est l'*atrophie du type Aran-Duchenne*, de la *sclérose latérale amyotrophique* et des *atrophies myopathiques* par la présence des troubles sensitifs. Les deux premières affections, en effet, sont *uniquement et essentiellement motrices.*

La troisième n'a rien à voir avec les maladies spinales, puisque le muscle, jusqu'aujourd'hui, paraît seul en cause.

La *méningite pseudo-hypertrophique* se distingue par les douleurs dans la ceinture scapulaire, les contractions, les réflexes, l'attitude qu'elle oblige les malades à prendre, l'absence de troubles dissociés de la sensibilité.

Le *tabès* peut prêter à la confusion, puisque, d'une part, la syringomyélie peut, par l'envahissement des cordons postérieurs, donner naissance à des symptômes pseudo-tabétiques, et, d'autre part, que le tabès peut, par envahissement des cornes antérieures, amener de l'atrophie qui débute souvent par les éminences thénar, mais il est toujours possible, avec les troubles oculaires, l'abolition des réflexes tendineux, les crises gastriques, vésicales, etc., les troubles viséraux et les douleurs fulgurantes, d'éviter la confusion.

La *lèpre anesthésique* (Leloir) se différencie, malgré bien des points communs, par la marche de l'affection (Langhans et Rosenbach).

Enfin, l'*hystérie* (Charcot) peut, si l'on n'est prévenu, causer une erreur.

En effet, toutes les dissociations de la sensibilité dont nous venons de faire l'histoire existent dans l'hystérie. Sur dix-sept hystériques mâles et femelles présentant de l'anesthésie, onze ont le type normal (hémianesthésie), six ont naturellement ou artificiellement des dissociations de la sensibilité.

Les hystériques peuvent présenter de l'*amyotrophie* (Babinski), des *paralysies limitées* au membre supérieur, des *œdèmes* (Weir Mitchell), en tout semblables aux troubles trophiques de la syringomyélie. Or M. Charcot a montré mardi, à sa dernière leçon, un homme paralysé de la main, avec œdème et changement de coloration, supportant sans douleur la piqûre, la brûlure, le très grand froid. Supposons un instant cet homme porteur d'une scoliose, et on se croira en présence d'un malade atteint de syringomyélie. On verra que c'est un hystérique en constatant le rétrécissement du champ visuel, les troubles des sens; quand on saura que cette paralysie de la main est venue subitement, qu'elle s'en ira probablement de même, etc. La syringomyélie présente des rémissions, mais jamais de guérison subite.

En somme, la syringomyélie, nouvelle conquête de la méthode anatomo-clinique, nous apprend la physiologie du segment postérieur de la moelle comme les découvertes de Duchenne, Charcot, Roger et Damaschino, Vulpian, etc., pour ne citer que des noms français, nous avaient appris la physiologie du segment antérieur.

Paul Berbez.

Les maladies cutanées, les lépreux, les pestiférés ont pour représentants Murillo, Mathias Guenewalo, Holbein le Vieux, Albert Dürer, Francesco Caroto, Raphaël, Nicolas Poussin, Mignard, François Gérard, Gros, en un mot les plus grands noms de l'histoire de l'art.

Enfin viennent les simples malades. Ici la note change. Elle est donnée par les joyeux peintres hollandais et particulièrement par le plus gai de tous, Stein. On connaît la prédilection de Stein pour la peinture des kermesses, des orgies dans les tavernes. Il avait une prédilection presque égale pour les visites de médecins à de jeunes femmes malades. M. Charcot cite cinq œuvres de lui, consacrées à ces scènes d'intérieur. J'en connais deux autres, l'une à Londres, l'autre à Pétersbourg au musée de l'Hermitage, dont je possède une bonne copie et qui est bien un des meilleurs tableaux du genre. Toutes ces jolies malades, la tête penchée sur l'oreiller, l'œil très vif à travers des paupières demi-closes, ne paraissent pas affectées d'un mal bien sérieux et ressemblent plutôt à des amoureuses déçues ou contrariées qu'à des fébricitantes.

Le dernier chapitre de l'ouvrage est consacré à la mort. Après avoir examiné comment les artistes ont reproduit dans leurs œuvres le corps humain en proie aux maladies et aux infirmités, les auteurs ont montré de quelle façon ils l'ont figuré quand la vie l'a abandonné. Ils ont trouvé dans cette étude un vaste champ d'observations pleines d'intérêt.

L'art antique, avec sa représentation de la mort, toujours discrète et académiquement correcte, mais souvent noble et expressive; l'art chrétien avec les scènes du crucifiement tant de fois traitées par les plus illustres maîtres; la Renaissance appliquant à la funèbre réalité son récent génie d'observation leur ont fourni d'admirables sujets d'étude qui intéressent au moins autant les artistes que les médecins. Les uns et les autres leur sauront gré d'avoir mis à leur portée ces précieux documents sur lesquels leur compétence et leur érudition jettent un jour si nouveau.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Des préparations d'Eschscholtzia californica.

Ce médicament, employé depuis longtemps en Amérique, a été prescrit dans ces derniers temps, soit comme hypnotique, soit comme analgésique. C'est surtout la première de ces proprités qui paraît utilisable. Voici, d'après M. Ter-Zakariantz, les formes pharmaceutiques sous lesquelles on peut prescrire l'extrait aqueux ou alcoolique de ce végétal.

1° *Extrait alcoolique d'Eschscholtzia.*— On le formule en pilules ou en potion.

En *pilules*, à la dose quotidienne de 5 à 15 pilules contre les névralgies :

Extrait alcoolique d'Eschscholtzia californica	20 grammes.
Réglisse pulvérisé	q. s.

Pour 40 pilules.

En *potion*, à prendre en trois ou quatre fois pour provoquer le sommeil.

Extrait alcoolique d'Eschscholtzia californica	3 à 10 grammes.
Rum	āā 30 —
Sirop de gomme	

2° *Extrait aqueux d'Eschscholzia.*— On en prépare un sirop ou bien une potion.

Extrait aqueux d'Eschscholtzia californica	3 à 12 grammes.
Infusion pectorale	100 —
Sirop de gomme	40 —

Pour une potion à prendre dans les vingt-quatre heures.

Extrait aqueux d'Eschscholtzia californica	125 grammes.
Sirop simple	875 —

Pour un sirop, dont on prescrit chaque jour une à quatre grandes cuillerées.

Cette dernière préparation peut être administrée aux enfants. Les médecins américains la recommandent en raison de sa faible teneur en morphine.

Ch. Éloy.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Statistique avec notes cliniques sur la fièvre typhoïde, portant sur 871 cas observés pendant une période de dix années, de 1879 a 1888, par F. Sorel, médecin-major de 1re classe, membre correspondant de la Société médicale des hôpitaux.

(Fin. — Voyez le numéro 26.)

Eruptions cutanées. — Les *taches bleues* ont toujours décelé la présence du *phthirius inguinalis*. L'*herpès labialis* a été rencontré huit fois, dont cinq au début de la maladie. L'*urticaire* a été notée deux fois seulement. La *miliaire* a existé dans tous les cas, cinq fois à l'état de miliaire rouge.

Taches rosées. — Nous avons relevé les taches rosées dans 75 pour 100 environ des cas, mais des variations notables dans la forme, le volume, la coloration, le siège et la durée ont pu nous les faire méconnaître là cependant où elles existaient.

La morphologie des taches rosées est en effet assez complexe. Elles se présentent sous deux aspects principaux: à l'état de *tache congestive* et à l'*état papuleux*.

Simples *taches congestives*, elles sont de coloration rosée, de forme lenticulaire, sans relief appréciable et disparaissent complètement à la pression. Elles peuvent subir quelques variations dans les dimensions et être punctiformes, dans la coloration et prendre la teinte fleur de pêcher; enfin, former un léger relief.

L'*état papuleux* succède au précédent ou se produit assez rapidement pour paraître né d'emblée; la congestion simple a fait place à la congestion œdémateuse.

La coloration est plus prononcée, souvent purpurine. Le relief est plus marqué et ne s'efface plus aussi complètement à la pression, qui met parfois en évidence une très petite macule pigmentaire brunâtre.

Assez souvent les taches perdent leur forme arrondie, les bords deviennent irréguliers ou mal limités; et dans quelques cas elles s'allongent suivant une direction linéaire, de sorte qu'on les trouve à la fois déformées, volumineuses, saillantes et colorées. On risque fort de les méconnaître si on n'est pas prévenu de ces variations.

On voit quelquefois la tache se couronner d'une minuscule vésicule. Enfin, on peut observer une légère desquamation furfuracée.

La durée d'une tache rosée varie de quelques heures à

Cette rapide analyse comporte un enseignement dont le développement pourrait être considérable, mais qui doit ici se renfermer dans les limites concises d'une simple observation. Léonard de Vinci, qui de tous les peintres fut l'esprit le plus scientifique, disait que la science est inséparable de l'art, et qu'on doit l'étudier, ou avant de s'y livrer, ou pendant qu'on le pratique, afin d'apprendre dans quelles limites on est contraint de le renfermer. L'art, en effet, ne réside pas uniquement dans l'esthétique, c'est-à dire dans la conception de l'idéal et du beau; il est aussi l'expression positive de la forme matérielle et implique nécessairement l'observation de la nature et la connaissance de ses lois. Cette double conception de l'art est subordonnée à des règles qui sont d'une part celles de l'esprit lui-même, d'autre part celles qui gouvernent le monde matériel. C'est cet accord même, fait d'esthétique et de science, qui constitue la science de l'art et qui donne à l'œuvre de l'artiste sa perfection suprême,

Il est donc manifeste que si, dans le monde de l'idéal, l'artiste ne relève que de son inspiration, il est soumis dans le domaine de la forme sensible, aux lois de la science et aux règles de l'observation. C'est pour avoir méconnu cette dualité, que certains artistes se sont abstraits dans l'esthétique, c'est-à-dire dans l'absolu qui, en art, est le rêve, tandis que d'autres, tombant dans une erreur opposée, n'ont voulu voir que la forme matérielle, et se sont renfermés dans le naturalisme que certains de nos peintres contemporains ont porté jusqu'à ses dernières limites.

Il ne peut cependant exister d'art, dans la noble et véritable expression du mot, dans cet isolement de l'esthétique et de la science.

Les vrais artistes, ceux qui ont honoré par leur génie l'histoire de l'humanité, ont bien saisi cette vérité, et compris ce qui appartient dans l'art à l'observation, c'est-à-dire à la réalité scientifique, et ce qui se rattache à la conception abstraite du beau, c'est-à-dire à l'idéal.

plusieurs jours et sa coloration peut subir des variations dans l'éclat et se ranimer après une éclipse incomplète.

Le siège d'élection est la base du thorax, au niveau des hypochondres, puis la paroi abdominale. Elles apparaissent en général du septième au neuvième jour; souvent plus tardive, l'éruption n'a jamais été, dans nos observations, plus précoce.

Leur nombre est des plus variables. Il est des cas où par leur abondance elles forment une véritable roséole, ainsi que nous l'avons constaté dans quarante et un cas où neuf fois elles existaient aux membres, gagnant la face dans trois cas.

Leur valeur au point de vue du pronostic nous reste ignorée.

Erythèmes étendus. — Nous avons constaté vingt-quatre cas d'érythèmes étendus :

10 fois l'éruption avait l'aspect nummulaire de la rougeole.
5 — était diffuse de coloration uniforme.
9 — avait l'apparence scarlatiniforme.

Dans cinq cas examinés spécialement à ce point de vue, nous avons noté la transformation progressive de l'érythème nummulaire en érythème scarlatiniforme.

La durée de l'éruption fut de deux jours au minimum, le plus souvent de quatre à cinq jours. Dans trois cas, elle devint légèrement hémorrhagique.

L'époque d'apparition a été :

Dans 2 cas, les 6e et 7e jours. Dans 7 cas, du 16e au 21e jour
— 13 — du 11e au 15e — — 2 — les 26e et 28e —

Dans les deux cas précoces, l'érythème précéda les taches rosées qui ont été abondantes dans tous. Nous comptons quatre cas mortels.

En dehors de ces érythèmes, on peut constater la coexistence de fièvres éruptives avec la fièvre typhoïde. Nous avons rencontré un cas de rougeole et un cas de scarlatine.

COMPLICATIONS. — Nous ne ferons que signaler les plus importantes ou les plus rares, renvoyant pour plus de détails aux *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux* où notre mémoire est reproduit *in extenso*.

Paralysies. — Nous trouvons trois cas d'hémiplégie droite avec aphasie. Un des malades ayant succombé plus tard à une pleurésie purulente, l'autopsie fit reconnaître un ramollissement du segment externe du noyau lenticulaire gauche, de la capsule externe et de la portion profonde des fibres blanches de l'insula.

Pleurésie. — Sept cas, suivis de guérison. Elle apparut quatre fois pendant la maladie qu'elle n'aggrava pas et trois fois dans la convalescence.

Pneumonie. — Treize cas, dix décès, dont quatre pneumonies doubles. Les pneumonies mortelles accompagnèrent des fièvres déjà graves. Les pneumonies guéries ont été contractées une fois pendant la maladie, celle-ci avec faible épanchement hémorrhagique, deux fois dans la convalescence.

Empyème. — Cinq cas, trois décès. L'épanchement purulent fut toujours contemporain ou consécutif à une pneumonie. Des deux guérisons, l'une fut obtenue par les ponctions répétées, l'autre après opération de l'empyème.

Thrombose veineuse. — Notée onze fois, elle occupait les membres inférieurs et siégeait neuf fois à gauche.

L'obstruction veineuse apparut trois fois pendant la maladie, six fois dans la convalescence, deux fois au moment même où s'achevait la défervescence. Sauf un cas avec infarctus pulmonaire et terminé par la mort, il s'agissait de fièvres typhoïdes, de gravité moyenne ou sans gravité.

Le siège le plus habituel du caillot obturateur est la veine crurale; mais on peut la trouver indemne, et le thrombus occupe alors un point plus élevé, intra-abdominal. Dans l'autopsie que nous avons faite, le thrombus naissant au niveau de l'arcade crurale occupait la veine iliaque externe gauche et se prolongeait dans la veine iliaque primitive jusqu'au point où elle est croisée par l'artère iliaque primitive droite.

La suite fréquente est l'œdème du membre à la moindre fatigue. Nous avons constaté une myosite scléreuse des jumeaux avec rétraction du tendon d'Achille.

Hémorrhagie intestinale. — Notée dans vingt cas, dont neuf mortels. Elle a eu lieu :

Les 8e et 9e jours, dans 3 cas. Du 18e au 21e jours, dans 6 cas.
Le 11e — 4 — — 22e au 25e — 3 —
Du 14e au 16e — 4 —

Trois fois seulement il y eut répétition de l'hémorrhagie.

L'abaissement de la température fébrile a été :

Nul, dans	12 cas,	dont 6 mortels.
Faible, dans........	4 —	1 —
Considérable, dans..	4 —	2 —

L'hémorrhagie n'exerça une action directe sur la terminaison fatale que dans trois cas où la mort suivit de près. Dans les autres cas la mort survint au milieu de phénomènes ataxo-adynamiques :

2 fois les 5e et 8e jours après l'hémorrhagie.
2 — les 10e et 14e jours.
2 — par perforation intestinale ultérieure.

Les hémorrhagies intestinales comportent un pronostic favorable quand elles sont l'expression d'un trouble local

---

Dans le tableau de Murillo, décrit et reproduit par M. Charcot, et qui est consacré à un des plus vulgaires épisodes de la pathologie, les détails du pansement sont interprétés avec la plus scrupuleuse fidélité. Mais combien le côté répugnant de la scène disparaît devant l'expression de touchante compassion et le rayonnement d'idéalisme infini que l'artiste a su donner au visage de la Reine de Hongrie! Cet exemple d'un sentiment très élevé du beau, coïncidant avec la figuration très exacte et très scientifique d'un ensemble de faits matériels, est fréquemment offert par les anciens maîtres, et montre combien l'observation très scientifique de la nature est loin d'enchaîner l'imagination et la pensée.

Ces brèves considérations, qui ne sont peut-être pas nouvelles, mais qu'il était nécessaire de rappeler ici, font comprendre l'utilité et l'importance du nouveau travail de MM. Charcot et Richer.

Leur œuvre ne consiste pas uniquement dans la production de nouveaux documents destinés à servir à l'histoire de l'art et à celle de la médecine. Elle a une portée plus grande encore : elle inaugure le contrôle technique dans cette partie de l'art qui relève de la science et la soumet pour la première fois à la pierre de touche scientifique. Ce contrôle ne s'accomplit pas aux dépens de l'esthétique, et on aurait tort de s'alarmer dans le monde des arts, du nouvel élément qui prend place dans la critique. Le maître de l'Ecole de la Salpêtrière, le sévère et rigoureux observateur des phénomènes morbides est aussi un esprit affiné qui sait goûter les jouissances supérieures de l'esprit et s'élever aux conceptions idéales de l'artiste. Nul mieux que lui ne pouvait démontrer dans une œuvre pratique les rapports des deux grandes manifestations du génie humain, établis par Léonard de Vinci, et fixer le rôle et les limites dans l'art de la critique scientifique, tout en tenant compte des aspirations élevées qui sont la consolation et la gloire de l'humanité.

Dr Paul TRIAIRE.

sans importance. Deux de nos malades ont une hémorrhagie, l'un au onzième jour, l'autre au dix-huitième jour et entrent en convalescence les vingtième et vingt-deuxième jours.

Mais le plus souvent l'hémorrhagie dénonce une altération du sang ou des vaisseaux et implique un état sérieux, comme l'indiquent la température élevée et les complications multiples, et le pronostic devient sévère.

L'hémorrhagie n'a point pour origine forcée l'ulcération des plaques de Peyer. Nos autopsies nous montrent deux cas où le gros intestin contenait seul du sang et où le bord libre de la valvule iléo-cæcale, très congestionnée, présentait quelques petits points ecchymotiques qui avaient été le lieu de départ de l'hémorrhagie. Il n'existait, chez un des malades, aucune ulcération des plaques de l'intestin.

Perforation intestinale. — Constatée dans six cas, dont deux avaient eu antérieurement une hémorrhagie intestinale, l'un quatre jours avant, l'autre vingt-trois jours.

La perforation s'est faite aux quatorzième, seizième, vingt et unième, vingt-deuxième, vingt-sixième et trente-quatrième jours de maladie. La mort par péritonite consécutive arriva le lendemain ou le surlendemain, sauf dans un cas où elle eut lieu six jours après.

L'autopsie a été pratiquée dans cinq cas. Quatre fois on trouvait une plaque noire ulcérée, gangreneuse, au niveau de laquelle l'intestin très aminci présentait une très petite ouverture à bords déchiquetés.

Dans le cinquième cas la perforation était survenue tardivement au trente-quatrième jour de la maladie. Il existait une large ouverture de la dimension d'une pièce de 50 centimes, taillée comme à l'emporte-pièce et qui résultait de la chute d'une eschare épaisse comme on pouvait s'en rendre compte par l'existence d'eschares semblables, prêtes à se détacher, au niveau des plaques de Payer voisines.

Un double processus conduit donc à la perforation intestinale, l'un analogue à la gangrène humide de *désintégration moléculaire*, l'autre comparable à la gangrène sèche d'*escharification*.

Orchite. — Trois cas survenus dans la convalescence de fièvres sans gravité. Deux fois l'épididyme fut seul atteint et les malades restèrent apyrétiques. Le troisième malade eut une orchite à droite, qui fut fébrile et dura huit jours.

Périostite. — Un cas de périostite des tibias dans la convalescence d'une fièvre grave avec hémorrhagie intestinale.

Erysipèle. — Nous comptons neuf cas d'érysipèle de la tête dont trois décès; l'un par sphacèle, l'autre par propagation au pharynx, le troisième par adynamie.

Abcès et phlegmons. — Nous signalerons deux abcès consécutifs à une myosite du muscle grand droit de l'abdomen dans un cas, et à une myosite du deltoïde dans l'autre; deux phlegmons péri-parotidiens dont l'un suivi de guérison; un abcès hémorrhagique de la joue; un abcès du foie mortel et paraissant avoir en pour origine des ulcérations des follicules clos du gros intestin; trois cas de phlegmon diffus limités exactement à la région cubitale des avant-bras, gauche dans un cas, droite dans deux autres. Ils paraissent avoir été un épiphénomène sans action directe sur la terminaison fatale.

Thérapeutique. — Nous avons communément employé le sulfate de quinine associé au salicylate de soude suivant la méthode que nous avons exposée dans une communication antérieure (*Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, année 1883); nous n'y reviendrons pas.

Les bains tièdes nous ont donné de bons résultats dans le cas de délire actif. Ils ont échoué dans la forme ataxique primitive dont Jaccoud a proclamé la gravité irrémissible.

Notre principal objectif a été de soutenir les forces du malade par une alimentation appropriée; le vin de Champagne frappé nous a rendu des services dans les cas graves. C'est aussi dans le but de lutter contre la dépression des forces que nous avons usé des injections sous-cutanées d'éther.

L'alimentation réglée des malades, aidée d'une bonne aération et de soins vigilants de propreté, nous paraît être le plus grand des progrès réalisés dans le traitement de la fièvre typhoïde; on lui doit, croyons-nous, la rareté des escharres de décubitus communes autrefois, la disparition de la *febris carnis* au début de la convalescence, et un abaissement réel dans le chiffre de la mortalité.

L'action de l'alimentation est telle que dans les cas prolongés il suffit, lorsque les fonctions de l'intestin sont redevenues normales, de la rendre plus substantielle pour voir tomber aussitôt la fièvre.

Mortalité. — Le chiffre des décès est de 82 pour 871 malades; soit dans la proportion de 9,5 pour 100. Elle est:

De	8,5 pour 100	pour les malades militaires,		en Algérie.
	9,4 pour 100	—		en France.
	9,2 pour 100	—		en totalité.
	13,3 pour 100	—	civils.	

La mortalité comme on peut le voir par notre premier tableau a varié suivant les années. En 1883 nous ne perdons aucun de nos dix-neuf malades, et, pour les autres années, la proportion des décès a été au minimum de 6 pour 100 et au maximum de 15 pour 100.

Dans une même année on constate aussi des différences notables dans la léthalité. A un moment donné, avec les mêmes apparences de gravité, la guérison est la règle; à une autre époque surviennent des morts inattendues. Les complications elles aussi se présentent par séries; en 1888 nous perdons cinq malades par pneumonie, du 21 août au 16 octobre.

D'autre part le professeur de Lille, Arnould, médecin inspecteur de l'armée, a fait ressortir la gravité fréquente des cas isolés ou espacés.

C'est pourquoi une statistique doit être intégrale et comprendre l'année entière, et faut-il user d'une grande réserve dans l'appréciation des résultats thérapeutiques, surtout quand l'observation faite pendant un temps limité porte sur un petit nombre de cas.

Tantôt la mort a paru résulter de l'intensité même de la maladie et l'époque du décès, fréquente du douzième au vingtième jour, a varié dans les limites du septième au trente-deuxième jour. Parmi les morts précoces nous comptons quatre cas de fièvre ataxique primitive.

Nous notons deux morts subites l'une au dixième jour, l'autre au quinzième jour. Ce dernier avait une symphyse pleurale droite ancienne et les plaques de Peyer n'étaient pas ulcérées.

Tantôt la mort paraît influencée ou déterminée par l'un des facteurs de gravité suivants: *propathies*, *infections surajoutées* et *complications*. Quant à l'élévation de la température, elle est aussi bien indice que cause de la gravité de la maladie.

Parmi les *infections surajoutées* et les *complications*, les premiers rangs appartiennent à la pneumonie (dix cas), aux hémorrhagies intestinales (neuf cas) et aux perforations intestinales (six cas).

La proportion des cas compliqués est considérable, elle est de trente-huit pour quarante-quatre cas simples, et pour la France seule elle est de vingt-neuf cas pour cinquante-sept décès, ce qui tient à la fréquence de la pneumonie, l'Algérie n'en comptant qu'un cas.

Les *propathies* dont le rôle important comme facteur de gravité a été mis en relief par Verneuil et L. H. Petit,

nous paraissent avoir une action considérable sur la mortalité en engendrant l'ataxo-adynamie, le collapsus, les hémorrhagies, les localisations pulmonaires graves.

Sur cinquante-deux autopsies nous constatons dix-huit fois d'anciennes altérations d'organe, soit : huit fois des adhérences pleurales étendues; une fois une symphyse cardiaque; une fois des lésions du foie et huit fois du rein, que leur étendue montrait préexistantes à la maladie actuelle.

Dans seize autopsies nous notons l'absence des ulcérations des follicules isolés ou agminés de l'intestin. Les plaques de Peyer étaient en état d'infiltration molle ou réticulée; et dans les cas où la mort tardive était le résultat d'une complication, la régression de l'infiltrat étant achevée, un dépôt noir de pigment colorait les plaques qui avaient été malades.

L'ulcération des follicules n'est donc pas constante, et c'est parce que la lésion se borne, dans un grand nombre de cas, à un simple infiltrat que la maladie peut être écourtée et la guérison rapide. On ne saurait comprendre autrement l'existence des cas tout à fait écourtés et atténués qui ne présentent du reste aucun météorisme abdominal.

De même, la prolongation de certains cas de fièvre typhoïde non compliqués peut s'expliquer par la réparation plus ou moins lente des ulcères intestinaux.

Nous n'avons rien de spécial à dire sur la fièvre typhoïde en Algérie; tout au plus pourrions-nous signaler quelques accès intermittents dans la convalescence chez d'anciens paludéens.

Les suites éloignées de la fièvre typhoïde et l'influence des propathies qu'elle a créées dans l'organisme sur les maladies subséquentes formeraient deux chapitres importants, mais nos documents sont trop peu nombreux pour nous permettre de les aborder. Nous avons constaté peu après la fièvre typhoïde une scarlatine hémorrhagique, des tuberculoses locales et pulmonaires, une atrophie musculaire, et nous savons qu'un de nos malades eut un abcès du foie au cours de sa convalescence.

CORRESPONDANCE

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

M. le docteur Labonne, dans une note concernant le tétanos des nouveau-nés en Islande (voy. *Gazette hebomadaire*, n° 2, 11 janvier 1889), dit que cette maladie *détruit littéralement* la population des Westmann, îlots situés à deux milles au sud de l'Islande. Permettez-moi, Monsieur le rédacteur en chef, de présenter à ce sujet quelques réflexions.

Le tétanos était auparavant très commun à Westmann; mais il a peu à peu diminué et est actuellement *rare*. Depuis l'année 1875-1877, 179 individus sont nés à Westmann et durant cette période 12 *enfants sont morts de trismus*. La population de Westmann se composait de 591 habitants.

En Islande, on ne trouve le trismus qu'en deux îles, l'une située au sud, l'autre au nord de l'Islande, ce sont Westmann et Grimsey, île située dans la mer Glaciale, six milles au nord de l'Islande. Selon M. Finsen, médecin islandais, la population de Grimsey se composait en 1860 de 60 habitants, et ordinairement 3 enfants naissaient chaque année, sur lesquels 2 mouraient la première semaine après la naissance; on voit ainsi que la mortalité est énorme à Grimsey. Le docteur Finsen fait remarquer que la condition sociale est la même dans les deux îles et il pense, comme Schleisner, que l'usage d'oiseaux comme combustible a une grande influence sur le développement de la maladie, que l'air impur des cabanes, imprégné de fumée, irrite la plaie du cordon ombilical après la naissance. Mais M. Finsen insiste aussi qu'il doit y avoir quelque chose de spécial qui entraîne une prédisposition au trismus dans les îles de Westmann et Grimsey. Le docteur Jónassen, de Westmann, me dit que le sysselmand (le maire) de Westmann, un Danois qui habite une maison très propre, a l'année passée perdu un enfant de trismus; ainsi on ne peut pas attribuer la maladie seulement à la malpropreté des habitants.

La véritable cause de la maladie parmi la population de Westmann et Grimsey est sans doute un agent *spécifique*, probablement de *nature bactérienne*, qui se dépose sur la plaie du cordon ombilical des nouveau-nés. Mais quelle est l'origine de cette bactérie?

J. Jónassen, D. M.,
Médecin en chef de l'hôpital de Reykjavik.

Reykjavik d'Islande, 25 juin 1889.

REVUE DES CONGRÈS

Troisième Congrès des médecins russes.

(Suite. — Voyez le numéro 26.)

Trépanation de l'apophyse mastoïde, par M. *L.-J. Mitzkuner* (de Saint-Pétersbourg). — L'auteur a fait de nombreuses coupes à la scie du temporal pour chercher en quel point il faut trépaner de façon à parvenir dans la caisse du tympan sans léser le sinus transverse. Il conseille de trépaner dans la petite fossette située entre la base de l'apophyse mastoïde et la ligne temporale. C'est un point toujours facile à déterminer et: 1° c'est le chemin le plus court pour atteindre le foyer purulent; 2° on ne risque pas de blesser le sinus ; 3° une fois le foyer ouvert, on peut aller à une grande profondeur sans craindre de violenter le canal de Fallope, le canal semi-circulaire horizontal et les vaisseaux voisins. Mitzkuner a appliqué cette méthode deux fois sur le vivant.

Calculs vésicaux. — M. *J.-F. Sematzki* (de Saint-Pétersbourg) a étudié la *taille hypogastrique*. Il insiste sur la nécessité des pratiques suivantes : introduire un ballon rectal; distendre la vessie; faire une incision rigoureusement verticale; fixer la vessie à l'aide d'anses de fil (Kolomnin) et non à l'aide de crochets. La suture de la vessie, à deux étages, suivant le procédé de Tiling, doit être tentée; on draine l'angle inférieur de la plaie pariétale et l'on met dans la vessie une sonde à demeure qui n'y restera pas moins de douze jours chez les adultes. S'il y a catarrhe vésical ou suppuration péri-vésicale, on ne fera pas la réunion, mais on introduira deux tubes pour drainer la vessie. Les indications de la taille sont: 1° *du côté de la pierre :* volume, dureté, enchatonnement et enkystement, multiplicité; 2° *du côté des organes urinaires:* imperméabilité du canal, suppuration dans le tissu cellulaire, hypertrophie prostatique, soupçon de néoplasme.

M. *N.-W. Solomka* a fait sur le même sujet un travail fondé sur l'analyse de 491 opérations russes, qu'il divise en deux groupes: 1° *avant l'antisepsie*, 62 cas, 38 guérisons, 23 morts, 1 inconnu. Ces faits concernent 30 sujets d'un à cinq ans; 8 de cinq à dix; 9 de dix à quinze ; 2 de quinze à vingt; 2 de trente-deux ans; 1 de quarante ans; 1 de soixante-dix ans. On y compte huit filles. Le poids de la pierre varie de 1 à 328 grammes. Les causes de la mort, inconnues dans 4 cas, sont pour les autres: 6 péritonites, 1 hémorrhagie, 2 pyélonéphrites, 3 péricystites et péritonites, 1 péricystite et pyélonéphrite, 1 péricystite, 1 cystite et entérite, 1 pneumonie, 1 érysipèle, 1 marasme. Si on élimine les causes non spéciales (érysipèle, pneumonie, marasme, entérite), on a 30 pour 100 de mortalité, ce qui est à peu près la proportion donnée par les autres auteurs (Dulles, Tuffier); 2° *depuis l'antisepsie*, 424 opérations, dont une femme et onze filles. Les cas sont divisés en *six catégories : a.* vessie à peu près normale, 226 cas avec 22 morts; *b.* légère lésion vésicale, 67 cas, 10 morts ; *c.* cystite nette, polyurie, albuminurie, amaigrissement, fièvre, 66 cas, 17 morts; *d.* récidives de pierres, 8 cas, 2 morts; *e.* calculs vésico-prostatiques, encha-

tonnés, compliqués de tumeurs, 25 cas, 2 morts; *f.* pas de renseignements, 32 cas, 6 morts. Si l'on tient compte de l'*âge*, on trouve 120 enfants d'un à cinq ans (17 morts); 117 de cinq à dix ans (10 morts); 43 de dix à quinze ans (6 morts); 23 de quinze à vingt (3 morts), 30 de vingt à vingt-cinq ans (5 morts); 18 de vingt-cinq à trente ans (1 mort); 6 de trente à trente-cinq ans (2 morts); 5 de trente-cinq à quarante ans (1 mort); 4 de quarante à quarante-cinq ans (3 morts); 12 de quarante-cinq à soixante ans (3 morts); 11 de soixante ans et au-dessus (3 morts); 35 inconnus (5 morts). Le *poids* a varié de 2 à 545 grammes; 390 fois il n'y avait qu'une seule pierre. La plupart des opérations ont été faites sans ballon rectal. Les complications sont 6 lésions de péritoine (2 morts); 29 hémorrhagies sérieuses (2 morts); 33 difficultés d'extraction (15 morts); 14 lithotrities (4 morts). Après la suture, il y a 7 morts, dont 4 en relation directe avec l'opération. 69 sutures totales, 48 sutures partielles de la vessie. Les sutures totales sont au nombre de 38 dans la première catégorie de faits (20 succès). Au total, la suture a réussi dans 34,8 pour 100 des cas. La suture doit être faite au catgut; les fils de soie ont causé parfois des fistules persistantes et d'autre part une fois tombés dans la vessie ils peuvent s'y incruster. Après suture, il faut mettre une sonde à demeure. Si maintenant on étudie la mortalité générale, on la trouve (élimination faite de 12 cas) de 11,1 pour 100, dont 8,1 pour les faits de la première catégorie, et 18,1 pour 100 pour ceux des cinq autres. La mortalité est donc considérablement améliorée. Quant aux « perfectionnements » opératoires de Rydygier, de Laugenbuch, ils ne peuvent que discréditer l'opération.

M. *N.-W. Solomka* (de Tiflis) conseille la *suture après la taille périnéale médiane* lorsque l'urine n'est pas pathologique, lorsque la pierre a été enlevée entièrement et sans contusion des tissus. Cette suture se fait en trois étages: un plan, au catgut, sur la paroi uréthrale; puis pour les autres parties molles, un plan profond et un plan superficiel.

M. *S. Ssubotin* (de Charkow) fait un plaidoyer en faveur de la lithotritie contre la taille.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

RECHERCHES MONTRANT QUE LA MORT PAR INHALATION DU POISON QUE CONTIENT L'AIR EXPIRÉ N'EST PAS ACTIVÉE PAR LES ÉMANATIONS DE VAPEURS PROVENANT DE L'URINE ET DES MATIÈRES FÉCALES DES ANIMAUX SOUMIS A CETTE INHALATION, par MM. *Brown-Séquard* et *d'Arsonval*. — On n'a pas oublié les remarquables expériences à l'aide desquelles MM. Brown-Séquard et d'Arsonval ont prouvé l'influence toxique de l'air expiré.

Dans la nouvelle note que ces savants présentent aujourd'hui à l'Académie des sciences, ils se sont efforcés de prouver que l'acide carbonique de l'air, à la dose de 6 à 8 pour 100, reste inoffensif et que la présence de ce gaz ne peut être incriminée. Ils ont essayé, de plus, de faire voir que les émanations qui proviennent de l'urine et des matières fécales rendues par les animaux ne sont pour rien dans les accidents observés. A l'aide d'un dispositif spécial ils ont pu faire respirer à un gros lapin tout l'air qui a passé sur le liquide contenant les déjections de six autres lapins placés dans les étuves où cinq d'entre eux respirent de l'air expiré.

Or ce lapin est resté sans trouble apparent, pendant près de trois mois, dans la cage où arrivait de l'air fortement chargé des émanations que l'on supposait être toxiques. Il est clair, conséquemment, qu'elles ne l'étaient pas et qu'il n'est plus possible de considérer une quantité considérablement plus minime de ces émanations comme contribuant, à un degré quelconque, à causer la mort si rapide des animaux soumis à la respiration d'air expiré.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 2 JUILLET 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MAURICE PERRIN.

M. le ministre de l'Instruction publique transmet les testament et codicille par lesquels M. *Nativelle*, en son vivant pharmacien à Bourg-la-Reine, a légué à l'Académie une somme de 10 000 francs pour, avec les intérêts de cette somme, fonder un prix annuel qui sera décerné au meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif, défini, cristallisé, non encore isolé d'une substance médicamenteuse.

MM. les docteurs *Horteloup*, *Nicaise*, *Périer* et *Richelot* se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section de médecine opératoire.

M. *Albot*, étudiant en médecine à Toulon, envoie un *Pli cacheté* dont le dépôt est accepté.

MM. les docteurs *Geschwind*, médecin-major au 2e tirailleurs, *Sicard*, médecin des hôpitaux de Béziers, *Fiessinger* (à Oyonnax, Ain), *Chabenat* (à La Châtre), *Jenot* (à Dercy), *Tartière*, médecin-major au 8e hussards, adressent des mémoires sur *diverses épidémies* qu'ils ont observées.

M. le docteur *Constan*, médecin-major de 1re classe au 122e de ligne, envoie une Note complémentaire sur *les diverses formes de la tuberculose dans l'armée*.

MM. les docteurs *de Welling* (à Rouen), *Laurent*, médecin-major de 1re classe au 22e d'artillerie, *Delobel* (à Noyon) et *Deschamps*, adressent des rapports sur *les vaccinations et les revaccinations qu'ils ont pratiquées en 1888*.

M. le docteur *Goldschmidt* (à Strasbourg) envoie un mémoire manuscrit sur *la vaccine obligatoire et la vaccine animale*.

MM. les docteurs *Ledé*, *Bertrand* (à Châlon-sur-Saône) et *Lavergne* (à Novers) adressent divers travaux concernant *l'hygiène de l'enfance*.

M. le docteur *Blanc* envoie un mémoire sur *l'histoire et les propriétés médicales de l'établissement thermal d'Aix-les-Bains de 1789 à 1889*.

M. le docteur *Nicolas* adresse plusieurs brochures sur *le traitement de la tuberculose au Mont-Dore*.

M. *Brouardel* présente la 4e édition du *Manuel pratique des maladies de l'enfance*, par MM. les docteurs *d'Espine* et *Picot* (de Genève).

M. *Féréol* dépose: 1° de la part de M. le docteur *Spillmann* (de Nancy) et de son collaborateur, M. le docteur *Haushalter*, un travail intitulé: *Recherches sur l'action thérapeutique de la coronille dans les affections cardiaques*; 2° plusieurs brochures de M. *Lallemand* sur *l'assistance*; 3° au nom de M. le docteur *Gros* (d'Alger), des *observations d'abcès et de kyste hydatique trilobulaire du foie*, ainsi qu'un *tableau synoptique par le diagnostic des maladies de la poitrine*.

M. *Laboulbène* présente un ouvrage, en langue grecque, de M. le docteur *Costomiris* (d'Athènes) sur *l'ophthalmologie et l'otologie des anciens Grecs dès les temps les plus reculés jusqu'à Hippocrate*.

M. *Lagneau* dépose un ouvrage de M. le docteur *Collineau* sur *l'hygiène à l'école*.

M. *Charpentier* fait hommage du premier volume de la seconde édition de son *Traité d'accouchements*.

PRESCRIPTION DES ANTISEPTIQUES PAR LES SAGES-FEMMES. — A la suite d'une demande officiellement adressée à l'Académie sur le point de savoir s'il convient de permettre aux sages-femmes de prescrire les antiseptiques, M. *Budin* propose, au nom d'une Commission, de n'autoriser les pharmaciens qu'à délivrer des solutions aqueuses contenant de 1 à 4 pour 100 d'acide borique et de 1 à 5 pour 100 d'acide phénique, sur la prescription d'une sage-femme, prescription datée et signée.

Cette proposition est renvoyée à la Commission, à laquelle MM. *Brouardel*, *Tarnier* et *Nocard* seront adjoints, après un court débat dans lequel MM. *Brouardel*, *Tarnier* et *Charpentier* soutiennent que l'importance de l'antisepsie obstétricale est telle qu'il y a lieu de permettre aux sages-femmes d'employer tous les antiseptiques sans exception, de les prescrire en cas de besoin et même d'en posséder à leur domicile s'il n'y a pas de pharmacien dans la localité où elles exercent. Ils estiment, d'autre part, que les antiseptiques dont la prescription, aux termes de la proposition de la Commission, serait seule permise, sont insuffisants dans la pratique des accouchements et qu'il convient de ne pas entraver l'usage d'antiseptiques plus efficaces, actuellement usités ou à connaître. — M. *Guéniot* craint qu'il ne soit pas sans danger de laisser entre les mains des sages-femmes des produits antiseptiques, ni surtout de s'exposer à ce que ces produits soient abandonnés chez des gens ignorants. — Il faut aussi mieux instruire les sages-femmes, fait observer M. *Léon Le Fort*.

INTOXICATION ARSENICALE. — M. *Brouardel* lit, au nom de M. *Gabriel Pouchet* et au sien, un mémoire sur

quelques-uns des symptômes de l'intoxication arsenicale aiguë et chronique, ainsi que sur les modes et la durée de l'élimination hors du corps humain de l'arsenic et de ses composés. Les recherches cliniques et chimiques, dont ce mémoire rend compte, ont été faites à l'occasion de récentes affaires médico-légales. On peut diviser les symptômes observés suivant quatre périodes, caractérisées la première par des troubles digestifs; la seconde par des éruptions cutanées et du catarrhe laryngo-bronchique; la troisième par des troubles de la sensibilité et la quatrième par des paralysies. La guérison est fréquente, mais très lente lorsque la paralysie est constituée; la mort survient le plus souvent par le cœur, mais elle peut aussi se produire par un autre mécanisme. La quantité de poison ingérée peut n'être pas suffisante pour déterminer la mort dans les quelques jours qui suivent son absorption. Le poison peut même avoir le temps de s'éliminer, mais les modifications anatomiques survenues dans les cellules hépatiques, rénales et dans les fibres musculaires, survivent à sa présence et la mort en est la conséquence par un processus qui peut se comparer à celui de l'intoxication alcoolique. Il importe, on le conçoit, de bien connaître les moyens de diagnostiquer l'intoxication arsenicale pendant la vie. Tout d'abord le médecin doit faire analyser les urines. Il faut qu'il les recueille lui-même pour éviter une substitution. La recherche de l'arsenic dans les urines ne présente aucune difficulté et elle constitue un précieux moyen de contrôle, car l'arsenic existe dans l'urine non seulement quelques minutes après l'ingestion, mais encore lorsque cette ingestion a cessé depuis un temps relativement long (quarante jours dans une observation du docteur Gaillard). On peut en outre faire couper les cheveux et la barbe pour y faire la même recherche.

Ces résultats, applicables en clinique, sont d'ailleurs expliqués par ceux que M. Pouchet a obtenus par des analyses chimiques: quel que soit le mode d'introduction de la substance toxique, ingestion gastro-intestinale, injection hypodermique ou intraveineuse, l'arsenic s'accumule très sensiblement dans le tissu spongieux des os et s'y fixe de telle façon que sa présence peut être décelée dans les os du crâne et les vertèbres notamment, quelque temps après que toute trace du poison a disparu des viscères dans lesquels il se localise en plus grande quantité, tels que le foie. Cette localisation dans le tissu spongieux est particulièrement nette et intense lorsque l'arsenic est absorbé par petites doses longtemps prolongées. C'est, au contraire, plutôt dans les os riches en tissu compact que l'arsenic se retrouve lorsque le poison a été absorbé à doses capables de déterminer en quelques heures des accidents sérieux. L'arsenic ainsi localisé est éliminé avec une grande lenteur et, sur un certain nombre d'animaux, on retrouve des traces nettement appréciables d'arsenic jusqu'à huit et dix semaines après la cessation de toute absorption arsenicale.

La recherche de l'arsenic dans les différents viscères des animaux sacrifiés a conduit, au contraire, à des résultats absolument négatifs, en général à partir de la troisième semaine. L'expérimentation sur les animaux a permis également de constater une élimination assez intense de l'arsenic par la peau et les poils sur les chiens et les lapins. Ces conclusions, jusqu'ici purement expérimentales, ont été confirmées par les recherches toxicologiques faites au sujet des empoisonnements du Havre. La présence de l'arsenic constatée dans les os du crâne, les vertèbres, la peau, les cheveux, les ongles des personnes ayant succombé à l'intoxication, doit faire ranger, parmi les faits définitivement acquis à la toxicologie humaine, la localisation de l'arsenic dans le tissu spongieux des os, ainsi que son élimination par les cellules épidermiques. Il n'est pas sans intérêt, tant au point de vue toxicologique qu'au point de vue de la parenté chimique, de rapprocher cette localisation, dans le tissu spongieux des os, de l'arsenic ingéré à de petites doses, de celle que l'on observe dans le même tissu et dans les mêmes conditions avec le phosphore.

M. *Armand Gautier* fait remarquer que M. le docteur Skolobousoff, médecin de l'hôpital des ouvriers à Moscou, a depuis longtemps insisté sur les symptômes cliniques qui viennent d'être rappelés. En Russie, à Moscou en particulier, les paysans, pour se préserver de la vermine, ont l'habitude de répandre sur le sol et les meubles de leurs cabanes, et même sur leur propre corps, une poudre arsenicale que leur procurent des marchands ambulants. L'usage de cette poudre n'est pas inoffensif; elle donne souvent lieu à des accidents toxiques: ce sont ces accidents qui ont aussi donné à M. Skolobousoff l'idée de rechercher les différentes localisations de l'arsenic dans l'économie. Il résulte des recherches auxquelles M. Armand Gautier s'est autrefois livré avec M. Skolobousoff, que l'arsenic se localise d'abord dans la moelle, puis ensuite dans le foie, les muscles et finalement dans les os. Quant à ce qui concerne la substitution de l'arsenic au phosphore dans les os, c'est un fait qui a été mis en lumière pour la première fois par M. Papillon, et ensuite par M. Rabuteau. M. Dragendorff, cité par M. Brouardel, n'a fait que continuer les recherches de ces auteurs. C'est donc là une découverte d'origine française.

M. *Brouardel* ne croit pas que M. Skolobousoff ait signalé la présence de l'arsenic dans les os au bout d'un temps aussi long que celui dont il a parlé. Chez une femme morte quarante jours après avoir cessé toute absorption d'arsenic, M. Pouchet ne trouva plus de poison ni dans le foie, ni dans la rate, mais il en existait encore dans les os. La lenteur avec laquelle l'arsenic disparaît des os est un fait très important en médecine légale.

M. *Armand Gautier* ne croit pas non plus que M. Skolobousoff ait constaté la présence de l'arsenic dans les os au bout de quarante jours. Si ses souvenirs sont exacts, il croyait qu'il disparaissait beaucoup plus tôt. Aussi n'a-t-il pas voulu faire une revendication de priorité, mais seulement rappeler l'existence de ses travaux et de ceux de M. Skolobousoff.

M. *Ollivier* a observé fréquemment, dans les cas d'intoxication arsenicale des vomissements sanguinolents.

Exstrophie de la vessie. — M. le docteur *Paul Berger* présente une petite fille de neuf ans qu'il a opérée avec succès pour une exstrophie complète de la vessie à l'aide du procédé suivant:

Il a commencé par reconstituer un urèthre allant de l'orifice des urétères jusqu'au voisinage de l'anus, par la superposition de deux lambeaux pris aux grandes lèvres, suivant un mode d'opération analogue à celui que Thiersch a préconisé pour la cure de l'épispadias. Quelque temps après, M. Berger a recouvert la totalité de la surface vésicale au moyen de deux lambeaux adossés par leur surface cruentée. Enfin, comme il restait en plusieurs points des fistules faisant communiquer la nouvelle cavité vésicale avec la région hypogastrique, une série d'opérations successives a été instituée dans le but d'en obtenir l'oblitération.

Le résultat est aujourd'hui complet, et la totalité des urines déversée au voisinage de l'anus par le canal de nouvelle formation, peut être recueillie dans un urinal. Malgré ce résultat opératoire satisfaisant M. Berger signale les crises vésicales douloureuses dont sa malade est encore atteinte. Il s'agit d'un état de cystite chronique, antérieur aux opérations, et que la soustraction de la surface vésicale au contact de l'air a amélioré sans le faire disparaître complètement. Pendant les premiers temps la cavité nouvelle qui tient lieu de vessie était le siège d'incrustations calcaires qui furent à plusieurs reprises extraites par l'urèthre.

Cette tendance a disparu depuis que les dernières fistules sont closes; mais, malgré le traitement dirigé contre elles, les crises douloureuses persistent, bien que plus rares. Il s'agit évidemment des conditions anormales dans lesquelles se fait encore actuellement l'émission des urines et que la restauration des voies excrétrices de l'urine est insuffisante à faire disparaître.

—L'Académie se forme ensuite en comité secret, afin d'entendre la lecture d'un rapport de M. *Nocard* sur les *candidats au titre de correspondant national dans la troisième division* (*Médecine vétérinaire*). — La liste de classement est la suivante : 1° M. Peuch (de Toulouse); 2° M. Signol (de Villiers) (Indre-et-Loire); 3° *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Baillet (de Bordeaux); Cornevin (de Lyon); Galtier (de Lyon); Laulanié (de Toulouse).

— L'ordre du jour de la séance du 9 juillet est fixé ainsi qu'il suit : 1° rapport de M. *Hérard* sur un travail du docteur *Laval* concernant le traitement de l'occlusion intestinale par l'électricité; 2° discussion sur le chloroforme et l'anesthésie. Inscrits: MM. *Léon Le Fort*, *Laborde*; 3° lecture par M. le docteur *Galezowski* sur le décollement de la rétine et son traitement par les sutures.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 28 JUIN 1889. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

Note sur un cas d'empyème pulsatile: M. Millard. — Traitement de l'épilepsie par l'application répétée de pointes de feu sur le cuir chevelu (Présentation de malades): M. Féré. — Coxalgie hystérique avec atrophie musculaire: M. G. Ballet. — Anévrysme disséquant de l'aorte: M. Ferrand. — Note pour servir à l'histoire de la pneumonie infectieuse: M. Renault (Discussion: M. Netter). — Fin de la discussion sur la prophylaxie des maladies contagieuses dans les maladies d'enfants: MM. Comby, Netter, Legroux, Juhel-Rénoy, Cadet de Gassicourt, Bucquoy, E. Labbé, Sevestre, D'Heilly, Chauffard, Richard, Lailler, Hervieux, Millard. — Note pour servir à l'histoire de la pneumonie infectieuse: M. Renault. — Élection.

M. *Millard* lit une note sur un cas d'empyème pulsatile. (Sera publié.)

— M. *Féré* présente à la Société deux malades épileptiques, traités par l'application de pointes de feu sur le cuir chevelu. L'un, mis en traitement depuis le 10 février 1887, avait eu 21 accès en 1886, et 7 en 1887; il n'en eut qu'un en 1888, et n'en a pas présenté depuis. Le second, mis en traitement en avril 1887, a eu 63 accès en 1886, 45 en 1887, 5 en 1888. Ces deux faits semblent prouver l'utilité du traitement, ainsi que les améliorations momentanées et les modifications des paroxysmes obtenues chez d'autres malades.

— M. *Gilbert Ballet* montre un malade présentant les déviations caractéristiques d'une coxalgie vraie, flexion de la cuisse avec abduction légère, déviations vertébrales compensatrices, *atrophie musculaire de la cuisse très marquée*. Cependant, malgré l'*atrophie*, considérée par Brodie comme caractéristique de la coxalgie vraie, il s'agit d'une fausse coxalgie. Ce malade est un hystérique, un dégénéré, qui après une ribote a été pris d'hémiplégie droite avec hémianesthésie; de ces troubles, la contracture des muscles pelvitrochantériens a seule persisté. Cette observation montre combien le signe de Brodie a perdu de sa valeur au point de vue du diagnostic des coxalgies.

— M. *Ferrand* présente l'aorte d'un malade mort d'un cancer des ganglions du hile du foie. Au niveau du hile du poumon, le vaisseau se dédouble en deux canaux accolés comme deux canons de fusil, jusqu'à l'origine de l'hypogastrique. S'agit-il d'une aorte double ou d'un anévrysme disséquant? M. Ferrand incline vers cette dernière opinion.

— M. *Comby* termine la lecture de son rapport sur la prophylaxie des maladies contagieuses dans les hôpitaux d'enfants. Les conclusions VI, VII, VIII, IX, X, XI sont adoptées. Dans la conclusion XII, il demande que l'amphithéâtre d'autopsie soit considéré et traité comme un pavillon d'isolement, pourvu de blouses, de manches imperméables, d'eau chaude et froide, de tout ce qui est nécessaire pour le nettoyage aseptique des mains.

M. *Netter* demande qu'on isole les enfants morts de maladies contagieuses, afin d'éviter la contagion des parents qui viennent reconnaître les cadavres.

Cette proposition soulève une discussion à laquelle prennent part MM. *Comby*, *Netter*, *Sevestre*, *Legroux*, *Juhel-Rénoy*, *Cadet de Gassicourt*, *D'Heilly*, *Bucquoy*, *E. Labbé*, *Chantemesse*, *Richard*, *Chauffard*, *Lailler*, *Hervieux*.

M. *Sevestre* croit qu'il vaudrait mieux désinfecter les cadavres.

M. *Legroux* demande comment on pourrait désinfecter un cadavre de diphthéritique.

M. *Richard*. En l'enveloppant dans un suaire, imbibé d'eau phéniquée à 5 pour 100, on empêche les germes de se propager.

Après quelques observations de MM. *Cadet de Gassicourt*, *Sevestre*, *Lailler*, *Legroux*, *Hervieux*, *M. Comby* ajoute à la conclusion XII la proposition suivante: *Les cadavres des enfants morts de maladies contagieuses seront soumis à des mesures de désinfection.* — Adopté par la Société.

M. *Millard* demande la suppression de la conclusion XIII du rapport de M. Comby, demandant que la somme de 200 000 francs, destinée par le Conseil de surveillance à l'amélioration du mobilier des hôpitaux, soit intégralement attribuée aux hôpitaux d'enfants. En effet, depuis le vote de cette somme, le Conseil de surveillance, en juin 1889, a décidé pour l'emploi d'une somme complémentaire de 402 000 francs, provenant du prélèvement sur le pari mutuel, un certain nombre de mesures parmi lesquelles sont les suivantes: *Création d'un service de douteux dans chacun des deux hôpitaux d'enfants*, 100 000 francs; *création à l'hôpital Tenon d'un service d'isolement pour les enfants du service de chirurgie atteints d'affections contagieuses*, 50 000 francs.

— M. *Renault* lit une *note pour servir à l'histoire de la pneumonie infectieuse*. Tandis que certains auteurs avec Jürgensen admettent que la pneumonie est d'emblée une maladie générale, d'autres, avec M. G. Sée, la considèrent comme primitivement locale et secondairement générale, *infectante*. Il rapporte l'observation d'un jeune homme qui est entré à l'hôpital Necker le 12 octobre, se plaignant de maux de tête, courbature générale, point de côté, avec une température de 40°,7. Les deux jours suivants, douleur vive à l'épaule droite, avec empâtement considérable dans le creux de l'aisselle (température oscillant entre 38 et 39 degrés). Le 17, fluctuation à ce niveau. Le 18, incision du phlegmon. Le 19, on entend, pour la première fois à gauche, en bas et en arrière, un souffle pneumonique très net, avec râles crépitants. Le 24, défervescence complète. Le 26, élévation de la température, due à l'apparition d'un abcès du médius droit (pas de pneumocoques, mais seulement des streptocoques dans le pus). Le 12 novembre, le malade sort guéri.

L'inflammation pulmonaire ayant commencé seulement cinq jours après l'entrée du malade à l'hôpital, ce fait semble être en faveur de la théorie de Jürgensen. N'y a-t-il pas eu dans ce cas un état infectieux avec localisation pulmonaire ? Dans les cas de pseudo-pneumonies, la localisation pulmonaire a des caractères cliniques différents. Les signes sont habituellement mobiles, les symptômes

généraux prédominent et masquent les phénomènes pulmonaires ; la fièvre présente de grandes oscillations, sans défervescence brusque. Le cas précédent ne répond pas à ce type morbide.

M. *Netter* a observé un cas analogue et en a relevé plusieurs dans la littérature médicale. L'examen bactériologique en fournirait probablement la clef. On sait déjà, et M. Jaccoud a montré, que les suppurations qui apparaissent à la fin de la pneumonie, sont dues à des migrations de *microbes pyogènes* survenues secondairement dans le foyer pneumonique. Ce qui explique l'abcès du doigt dont le pus ne contenait que des streptococcus pyogènes. S'il y a eu, dans le cas de M. Renault, infection générale pneumonique avant l'apparition de la pneumonie, le fait ne nous est prouvé ni par des recherches bactériologiques, ni par la vérification anatomique. M. Renault ne croit pas ici à une pseudo-pneumonie, à une broncho-pneumonie, due à un autre microbe que le pneumocoque. Mais la suppuration observée après la défervescence implique la participation du streptocoque pyogène, qui peut, lui, déterminer la broncho-pneumonie ; or il est identique à celui de l'érysipèle, et dans l'érysipèle on observe la défervescence brusque et la délitescence. Enfin, on pourrait admettre ici une pneumonie survenue à titre d'épiphénomène au cours d'un phlegmon thoracique.

M. *Renault* a voulu prouver que la pneumonie était plutôt une maladie infectieuse qu'une maladie infectante.

— Pendant la séance, MM. Dreyfous, André Petit et Variot sont nommés, à l'unanimité, membres de la Société.

— La séance est levée à cinq heures vingt.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 26 JUIN 1889. — PRÉSIDENCE DE M. NICAISE.

Discussion sur le traitement des myomes utérins : MM. Nicaise, Terrillon, Polaillon, Championnière.

M. *Nicaise* désire d'abord attirer l'attention sur quelques données historiques. Après que Ciniselli (de Crémone) eut fait de la galvanocaustie chimique une méthode définie, cette méthode a été appliquée par divers auteurs au traitement des néoplasmes, et on peut citer, à ce point de vue, Neftel (de New-York), Semmola (de Naples). Pour les myomes utérins, en particulier, elle leur a été appliquée en 1875 (ainsi qu'aux kystes ovariques), par Semelder qui a publié à ce sujet un mémoire intitulé : *Plus d'ovariotomies.* En 1878, Cutter faisait connaître le résultat de cinquante myomes ainsi traités. Puis, en 1882, vint la communication de M. Apostoli à l'Académie de médecine. Quelques auteurs ont cru que l'électricité pourrait faire fondre les néoplasmes : on n'a pas tardé à se convaincre que cette opinion est erronée. D'autre part, on a reconnu qu'il est dangereux d'user de la galvanopuncture de façon à provoquer la destruction par gangrène. D'ailleurs, il semble bien que l'électrisation donne des résultats. Comment peut-on les expliquer ? Avant tout, pour s'en rendre compte, il ne faut pas oublier que la marche des myomes est, bien souvent, spontanément irrégulière ; que la cause des accidents est, en outre, fréquemment dans des lésions de voisinage. Elle est souvent dans de l'endométrite fongueuse ou glandulaire ; en 1887, Wider a insisté sur cette dernière forme : voilà pourquoi le curettage de l'utérus est parfois un excellent palliatif des métrorrhagies, comme l'ont montré Coe, Max Runge. Ailleurs, il faut faire entrer en ligne de compte une sténose du col, et la dilatation fait cesser les accidents, comme dans des observations de Chadwick, Kaltenbach, Trélat, Terrillon. C'est dans cette catégorie d'opérations chirurgicales palliatives qu'il faut ranger l'électrisation, et le temps seul permettra de se prononcer entre ces divers moyens. Mais c'est entre eux qu'il faut les mettre en parallèle, et non avec les opérations réellement curatives. Ces opérations certes sont graves, et surtout elles l'étaient. Il ne faut pas oublier que H. Fritsch (de Breslau) n'a eu que 5 décès sur ses 33 dernières myomectomies, alors qu'autrefois il en avait perdu 11 sur 27.

M. *Terrillon* n'a soumis au traitement électrique que 7 des 113 femmes qu'il a soignées pour myomes utérins. Trois fois il a confié le traitement à M. Apostoli, et il y a eu 1 résultat nul, 1 mort, 1 amélioration. Il ne serait pas juste d'attribuer la mort à la méthode ; le cas, en effet, était mauvais : le fibrome, enclavé, n'avait pu être extrait par une laparotomie exploratrice. Dès la première séance d'électrisation, des accidents septico-pyohémiques se sont déclarés et l'autopsie a révélé l'existence d'un fibrome kystique suppuré à l'avance. Mais, par contre, rien ne prouve qu'il faille mettre le succès à l'actif de l'électrisation : la femme, âgée de soixante ans, avait une métrorrhagie très intense, mais elle portait précisément un fibrome qui, presque toujours bien toléré, avait déjà causé, à de grands intervalles, des métrorrhagies inquiétantes qui avaient cessé par des traitements peu actifs. Les quatre femmes que M. Terrillon a électrisées lui-même n'ont guère bénéficié davantage : une fois l'hémorrhagie s'est arrêtée, mais pour reparaître au bout de six semaines et il a fallu recommencer ; deux fois elle a continué comme si de rien n'était. Une fois cependant les douleurs ont été nettement amendées et — d'après deux autres faits où l'électrisation a été faite sur l'intestin dont l'occlusion compliquait un fibrome utérin douloureux — M. Terrillon admet que c'est là le résultat le plus réel de l'électricité. En somme, on a donc là un traitement palliatif, qu'il ne faut pas repousser, mais qu'on doit laisser au rang d'adjuvant du traitement médical. M. Terrillon, en effet, reste sceptique vis-à-vis des diminutions de volume dont parlent quelques auteurs. N'a-t-on pas attribué à l'ergotine, aux eaux de Salies de Béarn une efficacité analogue, aujourd'hui contestée ? Rien ne varie comme le volume d'un fibrome, ou plutôt l'apparence de ce volume, sous l'influence des déplacements de la masse, du degré de distension de l'intestin. Et quant aux disparitions, M. Terrillon pense qu'il s'agit de salpingites méconnues ; c'est une erreur de diagnostic qu'on faisait presque toujours, il y a quelques années, pour les salpingites accompagnées de métrorrhagies ; cette erreur aujourd'hui est moins fréquente, mais elle est loin d'être rare.

M. *Polaillon* rappelle qu'en 1882 M. Segond a soutenu sa thèse sur les résultats obtenus, dans le service de Gallard, par l'électrisation galvanique des myomes : ces résultats étaient nuls. M. Polaillon continue à penser que ce traitement ne fait rien du tout, que quelquefois il est mortel ; que par conséquent il faut être partisan, en principe, des opérations curatives. La gravité de ces opérations diminue peu à peu. Sur 20 myomectomies abdominales M. Polaillon n'en a perdu que 5, dont 2 doivent être défalquées, car une des malades avait une dégénérescence kystique des reins et l'autre a été opérée dans un état d'anémie intense.

M. *Lucas-Championnière*, origine du débat, le clôt en constatant que presque tous les auteurs sont d'accord sur l'efficacité de l'électrisation comme traitement palliatif. M. Boreilly semble se méfier à cause de la trop grande rapidité d'action ; cette rapidité est précisément un des caractères spéciaux de la méthode, et le point faible est la difficulté de maintenir, autrement que par un traitement d'une prolongation fastidieuse, cette amélioration obtenue en quelques jours. M. Championnière constate encore que nombre des malades dont les orateurs précédents ont parlé et qui ont subi les hautes intensités ont ressenti des souf-

frances notables; d'autre part, il y a quelques décès imputables à la méthode. Il maintient donc son opinion sur la préférence à donner aux basses intensités. Maintenant est-ce à dire que l'électrisation doive supplanter l'intervention sanglante? Absolument pas, malgré certains chirurgiens, américains surtout, qui vont plus loin que M. Apostoli lui-même, et prétendent que, si l'on emploie une intensité suffisante, les myomes fondent comme par enchantement. A ce point de vue, M. Championnière est tout à fait de l'avis de M. Terrillon sur les causes de l'erreur. Dès lors la chirurgie opératoire garde tous ses droits et le traitement électrique n'est indiqué que lorsque l'opération radicale est contre-indiquée, soit que la tumeur soit inopérable, soit que le malade approche de la ménopause et que le fibrome ne cause pas des accidents trop pressants.

A. Broca.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

De la valeur de l'antipyrine, de l'antifébrine et de la phénacétine contre la coqueluche, par M. Leubuscher. — L'auteur a étudié comparativement ces trois médicaments durant la dernière épidémie d'Iéna.

La phénacétine, même à la dose de 50 centigrammes par jour, était absolument inefficace. Ces résultats démentent les succès annoncés par Katz.

L'antifébrine a été plus efficace, mais son emploi n'est pas sans danger, puisqu'elle peut provoquer la cyanose.

L'antipyrine était administrée selon la méthode de Sonnenberger, c'est-à-dire à raison de trois ou quatre doses, dont la totalité représente autant de centigrammes que l'enfant est âgé d'années. Prescrite dès le début de la maladie, l'antipyrine paraît diminuer la durée et l'intensité des quintes. A une période avancée de la maladie, les effets thérapeutiques ne sont pas supérieurs à ceux des autres médicaments. Enfin, dans aucun cas, malgré les affirmations de ses avocats, cette médication n'a pu couper la maladie. (*Centrabl. f. klin. Medic.*, 1889, n° 7.)

Du traitement de la constipation habituelle par le massage, par M. Eccles. — Dans un premier groupe, l'auteur place les individus des deux sexes en puissance de neurasthénie et chez lesquels la constipation est de cause trophonévrotique. Le traitement demande alors six à dix semaines et consiste dans : 1° le repos au lit pendant trois semaines; 2° l'emploi du massage général deux fois chaque jour et des massages abdominaux à raison de trois à quatre séances quotidiennes; 3° l'augmentation de la quantité des boissons; 4° la substitution au massage, mais graduellement, d'exercices gymnastiques plus violents.

S'agit-il de la constipation des individus menant une vie sédentaire ou de ceux qui abusent des purgatifs? On doit combiner le massage avec les exercices physiques pour combattre leur paralysie intestinale.

Dans les cas où il existe de la dyspnée, des palpitations et de l'œdème des extrémités, accompagnant les troubles digestifs, la perte d'appétit, l'état saburral de la langue, la flatulence, l'acidité l'haleine et des troubles de la digestion stomacale, on doit encore de exiger le repos au lit pendant quelques jours et pratiquer de vigoureuses manipulations abdominales. Ces dernières seront répétées une ou deux fois dans les vingt-quatre heures, dureront dix à trente minutes et, après dix jours, devront être alternées avec les exercices physiques. On obtient ainsi la guérison de la constipation dans l'espace de quelques semaines (*The Practitionner*, avril 1889.)

BIBLIOGRAPHIE

L'hygiène du vélocipédiste, par M. le docteur Philippe Tissié. In-16 de 321 pages. — O. Doin, Paris, 1888.

Ce livre est conçu à un point de vue très pratique; il renferme des données d'hygiène générale, et plus particulièrement celles qui conviennent aux vélocipédistes. L'auteur insiste avec raison sur l'influence produite par l'exercice, la marche, la course, l'ensemble du travail produit par le vélocipédiste sur la respiration. Cette partie de l'ouvrage est intéressante pour les physiologistes.

Des tracés de l'amplitude variable de la respiration, suivant la rapidité de la course ou l'état d'entraînement, montrent que l'importance de l'étude des modifications de la respiration n'est pas moindre dans l'exercice du vélocipède que dans les efforts similaires des diverses manœuvres de gymnastique. Des recherches analogues, que nous avons faites sur l'activité de la réduction et sur la quantité d'oxyhémoglobine à la suite de courses vélocipédiques, sont quant à présent en accord avec les conclusions de l'auteur; nous aurons occasion de revenir sur ce sujet fort important quand nous les publierons.

M. Tissié est convaincu de l'avenir du vélocipède comme moyen de locomotion. Un vélocipédiste peut remplacer trois cavaliers, et en temps de guerre peut rendre des services d'une grande importance; mais l'emploi du vélocipède présente des inconvénients de diverses sortes si l'on ne se soumet pas à l'entraînement. C'est pourquoi il est nécessaire de suivre, dans ce genre d'exercice, des règles d'hygiène précises, et M. Tissié aura rendu, par son exposition simple et très précise des préceptes les plus indispensables, un réel service aux vélocipédistes, en même temps que son livre présente le plus grand intérêt pour les éducateurs et pour les médecins, dont l'attention doit se porter constamment sur l'étude de la régénération ou de l'amélioration physique de la jeunesse.

A. H.

Anatomie normale et pathologique de l'œil, par M. le docteur Emile Berger. In-8° de 205 pages, avec 12 pl. O. Doin, Paris, 1889.

Les progrès des procédés de l'étude histologique de l'œil et de ses lésions ont donné des résultats fort précis et très importants, et bien que les manuels et traités d'ophthalmologie, tels que celui de Wecker et Landolt, aient réuni les principaux résultats obtenus, il reste un grand nombre de sujets peu connus dans cet ordre de recherches. Il n'existe pas en France de traité complet de l'anatomie normale et pathologique de l'œil; c'est pourquoi la monographie de M. Berger sera accueillie avec le plus grand intérêt. Il n'a pas fait un travail d'ensemble complet, mais il a traité à fond et par des recherches personnelles un grand nombre de sujets qui étaient insuffisamment explorés.

Ce livre résume les recherches que l'auteur a faites durant plusieurs années, en anatomie normale, sur la chambre postérieure de l'œil, sur le ligament suspenseur du cristallin, sur le ligament pectiné de l'iris, sur le développement de la membrane de Descemet, sur la structure du corps vitré et sur l'ora serrata.

Les recherches d'anatomie pathologique ont trait aux altérations séniles, à l'iridocyclite, à l'atrophie du globe oculaire et au glaucome, etc., et, chemin faisant, l'auteur, en comparant ces dernières altérations à toutes celles qui peuvent atteindre les yeux, a jeté un coup d'œil général sur l'anatomie pathologique de l'œil.

Des planches histologiques accompagnent et éclairent les descriptions. Ce livre se présente sous une forme très soignée, et avec une recommandation précieuse, celle de l'Académie des sciences, qui sera certainement confirmée par les pathologistes et par les spécialistes.

A. H.

VARIÉTÉS

CRÉATION D'UN FONDS D'ENCOURAGEMENT POUR LES ÉTUDES SUR LA GUÉRISON DE LA TUBERCULOSE.

Vingt-sixième liste.

M. le docteur Tessier	300 fr.	
M. le docteur Chassinat	100	
M. le docteur Ricochon	40	
M. le docteur Lortet	29	10
M. le docteur Leviviers	20	
M. le docteur de Toma	20	
M. le docteur Mariano Salajar	20	
M. Roux	20	
M. Delobray	20	
Ville de Nice	199	65
— de Meaux	100	
— d'Auxerre	99	85
— de Mézières	99	30
— de Tarbes	50	
— de Toul	49	35
Commune d'Ammi-Moussa	100	
— d'Ozoir-la-Ferrière	50	
— de Saint-Quentin-des-Prés	35	
— de Boujan	25	
— d'Hennebont	25	
— de Mony	25	
— de Lizy	23	61
— de Poissy	20	
— de Mareuil	20	
— de La Madeleine	20	
— de Dampierre	20	
— de La Chapelle	20	
— d'Enghien	20	
— d'Hanawilliers	10	
— de Nolay	10	
— d'Oiserey	9	75
— de Précy	3	
Total	1.603 fr.	61
Montant des listes précédentes	77.328	74
TOTAL GÉNÉRAL	78.932 fr.	35

AUTONOMIE DU CORPS DE SANTÉ DE L'ARMÉE. — Voici les articles du décret en date du 1er juillet 1889, qui assure l'autonomie du corps de santé de l'armée, et modifiant la loi du 16 mars 1882.

Art. 16. — Les directeurs du service de santé dans les corps d'armée, ainsi que les chefs du service de santé dans les hôpitaux, ambulances et établissements pharmaceutiques, sont pris parmi les membres du corps de santé militaire.

Les rapports de ces fonctionnaires entre eux et avec le commandement et les autres services sont réglés par les articles qui précèdent.

Ils ont, en ce qui concerne l'exécution du service de santé, autorité sur tout le personnel militaire et civil, attaché d'une manière permanente ou temporaire à leur service. Ils donnent des ordres, en conséquence, aux pharmaciens, aux officiers d'administration et aux infirmiers des hôpitaux et ambulances, ainsi qu'aux troupes des équipages militaires et aux hommes de troupe momentanément détachés auprès d'eux pour assurer le service de santé. Les infirmiers et les hommes de troupe ainsi détachés relèvent de leurs chefs de corps respectifs en ce qui concerne l'administration, la police et la discipline intérieures du corps.

Les prescriptions du directeur ou des chefs du service de santé sont exécutoires par le personnel chargé de la gestion dans la limite des règlements et des tarifs.

Ils peuvent, dans les cas urgents, prescrire sous leur responsabilité, même pécuniaire, des dépenses non prévues par les règlements; mais, en ce cas, ils donnent leurs ordres par écrit et en prévenant immédiatement le commandement.

Art. 17. — Les pharmaciens et officiers d'administration chargés d'exécuter les ordres du directeur ou des chefs du service de santé peuvent être rendus pécuniairement responsables du montant des dépenses non prévues par les règlements, pour lesquelles l'ordre écrit susmentionné ne leur aurait pas été délivré.

Art. 18. — Les directeurs du service de santé, dans les corps d'armée, ordonnancent toutes les dépenses de ce service. Ces directeurs, ainsi que les médecins chefs de service, vérifient la gestion en deniers et en matières des pharmaciens et officiers d'administration placés sous leurs ordres. Ils leur donnent directement des instructions pour la bonne tenue des écritures et l'observation des lois et règlements sur la comptabilité.

Le service de santé est également chargé, sous l'autorité du commandement, d'assurer la fourniture du matériel et des approvisionnements nécessaires aux hôpitaux et aux ambulances.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON. — Par décision du 30 juin 1889, le ministre de la guerre a fixé au lundi 7 octobre 1889 l'ouverture, à l'école du Val-de-Grâce, d'un concours pour deux emplois de répétiteur à l'école du service de santé militaire de Lyon.

Ces emplois se rapportent aux parties de l'enseignement ci-après indiquées :

1° Médecine opératoire et accouchements;

2° Matière médicale, thérapeutique, hygiène et médecine légale.

Le concours aura lieu dans les conditions et conformément aux dispositions de la décision ministérielle du 28 décembre 1888, insérée au *Bulletin officiel* du ministère de la guerre, partie réglementaire, 2e semestre, page 1363.

Les médecins-majors de 2e classe qui désireraient concourir pour ces emplois en feront la demande par la voie hiérarchique au ministère de la guerre (7e division).

Ces demandes devront parvenir au ministère avant le 15 septembre 1889, au plus tard; elles seront accompagnées de l'avis motivé de tous les chefs hiérarchiques des candidats, y compris celui du directeur du service de santé du corps d'armée auquel ils appartiennent.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (séance du vendredi 12 juillet. — *Ordre du jour:* M. Richard : Statistique comparée de la rougeole, de la scarlatine et de la coqueluche. — M. Fornet: Des injections intra-pleurales antiseptiques dans les pleurésies infectieuses. — M. Juhel-Rénoy: Traitement des kystes hydatiques du foie.

MORTALITÉ A PARIS (25e semaine, du 16 au 22 juin 1889. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 11. — Variole, 2. — Rougeole, 19. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 15. — Diphthérie, croup, 28. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 166. — Autres tuberculoses, 16. — Tumeurs : cancéreuses, 46; autres, 7. — Méningite, 46. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 39. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 9. — Maladies organiques du cœur, 38. — Bronchite aiguë, 19. — Bronchite chronique, 32. — Broncho-pneumonie, 22. — Pneumonie, 22. — Gastro-entérite: sein, 15; biberon, 68. — Autres diarrhées, 3. — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 20. — Sénilité, 27. — Suicides, 20. — Autres morts violentes, 12. — Autres causes de mort, 165. — Causes inconnues, 15. — Total : 894.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

19639. — MOTTEROZ. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 10 juillet 1889.

Académie des sciences : **La technique anatomique.**

En rappelant à l'Académie des sciences, dans une série de communications que nous avons résumées (p. 420 et 449), les brillants résultats que lui a donnés la méthode de recherches thermo-chimiques, M. le professeur Sappey avait le droit de protester contre la prééminence que l'on accorde de nos jours à la technique purement histologique. Il est évident que, pour bien étudier la structure des organes et des tissus, ainsi que l'agencement des divers éléments qui les constituent, ce n'est point à la méthode des coupes qu'il convient de recourir. M. Sappey, à qui l'on doit de si belles recherches sur l'anatomie des tendons, des glandes, des vaisseaux lymphatiques, etc., a été le premier à indiquer les procédés qui permettent la dissociation des éléments qui les forment, et d'arriver ainsi à donner une vue d'ensemble de leur composition. Par la méthode des coupes, on arrive ensuite à indiquer avec précision la structure intime de ces éléments primordiaux. Les procédés de durcissement qui se trouvent indiqués dans les traités d'histologie ne peuvent donc suffire à l'anatomiste. Il convient d'y associer l'emploi des agents chimiques — et pour certains tissus des agents thermiques — qui ont pour effet de détruire certaines fibres et de rendre plus transparents les vaisseaux, les nerfs et les appareils glandulaires. Un grand nombre d'histologistes ont déjà adopté la méthode recommandée par M. Sappey. C'est à elle que, pour l'étude des localisations cérébrales, le regretté Baudelot s'était adressé; c'est par une méthode à peu près semblable que M. Luys est parvenu à démontrer dans le cerveau les connexions intimes et l'organisation des fibres et des commissures du cerveau. En appelant de nouveau l'attention sur la méthode qui lui a donné tant de résultats utiles, M. Sappey a rendu service à tous les anatomistes contemporains.

CLINIQUE MÉDICALE

De la maladie de Weil.

I

On sait quel retentissement eut en Allemagne le mémoire que Weil publia en 1886 dans la *Deutsch. Archiv. für klin. Medicin*, sur une *maladie infectieuse spéciale avec tuméfaction de la rate, ictère et néphrite*, dont il rappor-

FEUILLETON

Le médecin à l'Exposition universelle de 1889.

(Premier article.)

Le médecin n'a pas moins à apprendre qu'un autre visiteur, parmi les multiples attractions de l'Exposition universelle. Depuis le sommet de la tour Eiffel dont la physiologie doit tenter de tirer parti pour ses investigations, jusqu'aux éclatants souterrains des fontaines lumineuses d'où la salubrité est bannie pour faire place à des préoccupations bien différentes, tout y est matière à observations médicales. Ici c'est une exhibition d'appareils de chirurgie, là de longues rangées d'objets mobiliers pour les malades, ailleurs des spécimens d'installations sanitaires, des plans d'hôpitaux, d'hospices et d'asiles, des procédés et des méthodes d'investigations cliniques, les multiples produits de la matière médicale, etc., etc. Jamais peut-être les sujets d'étude n'ont été plus nombreux ni plus variés; jamais aussi les distractions instructives n'ont été plus brillamment aménagées pour le plaisir des yeux et quelquefois aussi pour le délassement et la culture de l'esprit. C'est, il est vrai, qu'aucun cadre plus élégant, plus grandiose ni plus attrayant n'a jamais été offert à une multitude plus affamée de connaissance et de plaisirs!

Dans ce troublant assemblage des merveilles du travail humain en notre siècle, dans cet admirable ensemble, le médecin soucieux de s'instruire a d'abord quelque peine à se reconnaître; ce n'est pas qu'il ne puisse à la longue retrouver les classes dont les objets lui sont plus particulièrement familiers, mais il risque de laisser de côté maintes parties tout aussi dignes de son intérêt. C'est pourquoi nous voudrions lui épargner cette peine et ce chagrin, en attirant ici son attention sur les parties de l'Exposition qui appellent ses visites et commandent son examen.

tait quatre exemples, parmi lesquels deux empruntés à Friedreich. Bientôt affluèrent les observations de même ordre, les unes récentes, les autres sorties des cartons où elles sommeillaient depuis longtemps, en même temps que surgirent les interprétations les plus dissemblables sur la nature de la *maladie de Weil*, de « l'ictère fébrile de Weil ».

En France, l'attention fut appelée sur cette question par plusieurs revues critiques, celles notamment de Longuet, de Ricklin et de Chéron, et des observations similaires furent publiées par divers auteurs, tels que Rendu (*Journal de médecine pratique*, 1889, p. 149); Benech (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, juin 1889); Perret (*Lyon médical*, juin 1889). Notre contribution serait bien plus considérable si, comme on l'a fait à juste titre, on rapprochait des observations allemandes une partie de celles qui ont été mises au jour en France sous les dénominations d'ictère pseudo-grave, d'ictère grave curable, de typhus hépatique bénin (Brouardel, Mossé, Rondot, Mathieu, etc.).

Pas plus qu'en Allemagne, l'entente ne semble encore s'établir en France au sujet de la signification nosologique de la maladie de Weil et, sur les deux rives du Rhin, trois interprétations sont en présence. Pour quelques-uns, le syndrome de Weil constitue une entité morbide nouvelle ou non encore décrite; pour d'autres, elle n'est qu'une modalité d'une maladie connue, fièvre récurrente ou fièvre typhoïde ; d'autres, enfin, n'y voient qu'une expression symptomatique, relevant d'états morbides divers.

Ces divergences ne sauraient surprendre, si l'on songe qu'il faut faire aujourd'hui l'histoire de la maladie de Weil avec des documents cliniques souvent disparates, dont un grand nombre, peu probants, doivent être mis de côté, si l'on songe aussi que les données anatomo-pathologiques font presque absolument défaut. La seule autopsie, en effet, qu'on puisse invoquer, celle qu'ont rapportée Brodowsky et Dunin, ne jette aucune lumière sur la question, car les lésions que ces auteurs ont trouvées sont des altérations en quelque sorte banales qui se rencontrent dans beaucoup de processus infectieux. Leur procès-verbal peut se résumer en quelques mots : à l'œil nu, hypérémie pulmonaire, hypertrophie et ramollissement de la rate, hypertrophie du foie et des ganglions lymphatiques et enfin, congestion rénale; à l'examen histologique, infiltration d'éléments jeunes dans le tissu interstitiel des poumons, des reins et du foie.

Quant aux recherches bactériologiques, elles sont restées à peu près négatives, puisqu'on n'a pu cultiver d'autres micro-organismes que le *staphylococcus albus*.

C'est donc à l'étiologie et à la séméiologie seules qu'il faut demander la solution du problème.

II

Voyons d'abord si les données étiologiques sont assez précises pour être démonstratives.

La maladie paraît frapper surtout des individus vigoureux, dans la force de l'âge (de quinze à trente-quatre ans), n'ayant pour la plupart aucun antécédent pathologique; dans certains cas on a relevé l'influence du surmènement, d'excès alcooliques, d'une nourriture défectueuse, d'une eau contaminée.

Les malades exerçaient les professions les plus diverses, cependant Fiedler a observé neuf cas chez des garçons bouchers qui travaillaient à l'abattoir central de Dresde; d'autre part, un certain nombre de faits ont été recueillis chez des militaires (Hueber, Kirchner, Benech, etc.).

La maladie semble revêtir parfois un caractère quasi épidémique (Fiedler, Hueber, Haas), les cas se produisant par séries qui coïncidèrent ou non avec des épidémies soit de typhus abortif, soif de fièvre récurrente. Le plus souvent, au contraire, ils se sont montrés isolés; d'ailleurs, la contagion n'a jamais pu être invoquée; c'est ainsi que les huit hommes frappés dans l'épidémie de Breslau (Kirchner) appartenaient à des corps différents de la garnison.

Comme on le voit, aucune donnée formelle ne se dégage des documents étiologiques.

III

Si pour tracer l'histoire clinique de la maladie de Weil, on prenait en considération toutes les observations publiées sous cette rubrique, la confusion serait extrême, et il faut en élaguer un certain nombre passibles d'interprétations diverses, pour rester en présence de faits qui aient entre eux un air de parenté indéniable.

Le premier caractère constant, ou à peu près, est la brusquerie du début. C'est, sans prodromes, habituellement par un ou plusieurs frissons que commence la maladie; aussitôt survient une céphalalgie intense, et une grande dépression des forces, qui peut aller jusqu'à la stupeur, sans délire toutefois. Ordinairement aussi, les malades accusent des crampes et des douleurs musculaires très vives,

---

Pour la première fois dans les grandes Expositions internationales les affaires médicales ont été subdivisées en deux classes : l'une, consacrée à la médecine humaine et vétérinaire; l'autre, à l'hygiène et à l'assistance publique. L'importance accordée en France à ces dernières depuis quelques années a permis, en effet, de leur donner une sorte d'autonomie dans les expositions, comme elles tendent à en avoir une de plus en plus marquée dans les préoccupations administratives.

C'est surtout à la suite des expositions d'hygiène de Bruxelles en 1876, de Londres en 1881, de Genève en 1882, de Berlin en 1883, de Londres en 1884 et de la caserne Lobau, à Paris, en 1886, que l'hygiène s'est plus nettement séparée de la médecine dans ces exhibitions. L'essor considérable donné, dans ces dernières années, en France aux études et aux applications sanitaires, a conduit à donner à l'hygiène une classe à part, à laquelle l'assistance, autre branche de la médecine publique, devait être forcément associée. De là cette classe 64 qui occupe des pavillons spéciaux sur l'esplanade des Invalides. L'ensemble des constructions qui les abritent est imposant d'aspect extérieur; les façades sont polychromes, suivant la mode actuelle renouvelée des anciens, les marbres y échangent des reflets nacrés avec les peintures à fresques, les devises; les noms des hygiénistes les plus réputés depuis l'antiquité jusqu'à nos jours y sont reproduits à profusion; bref, on a voulu forcer presque brutalement l'attention du public et lui donner une idée de la puissance qu'on se voit de plus en plus obligé de donner à l'hygiène et à l'assistance dans notre société. Plus modeste est restée la médecine. Reléguée dans une partie mal éclairée des galeries du Champ de Mars, elle occupe un espace par trop restreint, et la classe 14 n'a, pour briller, que l'éclat des élégants instruments qui ornent ses vitrines.

En dehors de ces deux grands emplacements, la médecine et l'hygiène se retrouvent de divers côtés; elles sont

particulièrement dans les membres, plus rarement dans le dos et la nuque. Le pouls s'accélère, atteint de 100 à 140 pulsations, pendant que la température s'élève à 40 degrés et davantage dès le deuxième jour. En même temps se produisent des troubles digestifs plus ou moins accusés : langue blanche, offrant les caractères plutôt de l'embarras gastrique que de la fièvre typhoïde, anorexie absolue, nausées, vomissements, gargouillement dans les fosses iliaques, avec constipation ou au contraire avec diarrhée. Bientôt, au bout de deux à quatre jours en général, les téguments prennent une teinte ictérique plus ou moins accusée; les selles alors sont habituellement décolorées, et les urines, hautes en couleur, renferment du pigment biliaire et le plus souvent une proportion notable d'albumine.

En même temps que l'ictère, on note parfois des éruptions, herpès labial, érythème, voire roséole rappelant l'exanthème de la fièvre typhoïde. Comme signes physiques, on trouve de l'hypertrophie du foie, avec endolorissement de l'hypochondre droit et une augmentation de volume très sensible de la rate.

En présence de cet ensemble morbide, où domine l'adynamie, mais où, fait négatif qui a son importance, les phénomènes thoraciques font presque toujours défaut, on est en droit de craindre une évolution rapidement fatale; mais voici qu'à la fin du premier septénaire se produit une détente marquée dans les symptômes généraux et surtout dans le mouvement fébrile, détente qui aboutit quelquefois sans secousses à la convalescence, mais qui plus souvent n'est que de courte durée. Dans ce dernier cas, la fièvre reprend pour remonter à peu près à son niveau primitif; l'état typhoïde semble s'accentuer ; parfois même il se produit des hémorrhagies, notamment sous la peau et au niveau de la pituitaire, qui paraissent assombrir singulièrement le pronostic. Mais cette rechute est plus courte encore que la première période de la maladie; brusquement la température tombe et le pouls revient à la norme, pendant que les phénomènes généraux adynamiques disparaissent. C'est une véritable crise, ainsi qu'en témoigne l'examen des urines, devenues très abondantes. L'ictère s'efface assez rapidement; le foie et la rate reprennent leurs dimensions physiologiques, et la convalescence commence ; elle est lente, pénible et il se passe quelquefois trois à quatre semaines avant que la guérison soit complètement achevée.

En somme, début brusque par une fièvre intense, des accidents adynamiques, des troubles digestifs divers, qui s'accompagnent bientôt d'ictère et d'albuminurie, avec hypertrophie du foie et de la rate; habituellement, au bout de quelques jours, rémission surtout dans les phénomènes fébriles, suivie d'une rechute où de nouveaux symptômes graves, tels que des hémorrhagies, se produisent; enfin, défervescence rapide avec crise urinaire, telle est la marche de l'affection dans la majorité des cas.

IV

Qu'on attribue à une intoxication ou à une infection un syndrome dont les traits essentiels sont, en dehors de la rechute, la fièvre, l'ictère, l'albuminurie et enfin l'adynamie, rien de plus légitime. Mais de là à conclure à l'existence d'une entité morbide nouvelle, il y a loin, alors que les documents cliniques, d'ailleurs peu nombreux, sont fort disparates et que l'enquête étiologique n'a donné que des résultats contradictoires.

D'autre part, comme, à tout prendre, ces phénomènes sont de ceux qu'on rencontre dans maints processus infectieux très répandus, on conçoit que divers auteurs n'aient vu dans la maladie de Weil qu'une modalité, exceptionnelle il est vrai, de l'un ou l'autre de ces processus; leurs conclusions ont nécessairement varié suivant qu'ils ont attaché une importance prépondérante à tel ou tel des symptômes morbides.

C'est ainsi que des pathologistes comme Haas à Prague, et Longuet en France, ont invoqué la note adynamique qui domine la scène dans la maladie de Weil pour rapprocher celle-ci de l'affection asthénique par excellence, de la fièvre typhoïde, dans sa forme abortive en particulier. Mais la brusquerie du début, l'envahissement en quelque sorte foudroyant de l'économie, l'ascension rapide de la température, qui atteint son fastigium dès le deuxième ou le troisième jour, l'apparition si précoce de l'ictère, l'intégrité de l'appareil respiratoire, voilà autant de caractères de la maladie de Weil qui n'appartiennent point à la fièvre typhoïde. D'ailleurs les données d'épidémiologie ne plaident pas en faveur de cette interprétation; la coexistence observée à Prague, par Haas, d'une épidémie de typhus abortif et d'une série d'ictères de Weil, n'a été, je crois, signalée d'une manière positive par aucun autre auteur, et, lorsqu'il s'agit d'une maladie aussi répandue que la dothiénentérie, plus que jamais on peut invoquer le vieil adage : *Testis unus, testis nullus.*

---

disséminées aussi bien sur les pentes des jardins du Trocadéro que dans les galeries du quai et dans certaines parties des divers palais. On aura une idée de cette dissémination — à coup sûr excessive — lorsqu'on songera que le jury de la classe 64 seule doit occuper plus de vingt séances très remplies à faire un examen sommaire des objets qui y sont exposés. Aussi nous permettra-t-on de ne signaler dans les lignes qui vont suivre que les particularités les plus intéressantes par leur nouveauté et leur valeur, en les groupant suivant un ordre aussi rationnel que possible. Nous passerons ainsi successivement en revue l'hygiène, la médecine proprement dite, la chirurgie, la thérapeutique, enfin l'assistance publique et privée.

I. *Hygiène.* — La prévention des maladies et leur prophylaxie nécessitent une variété d'autant plus considérable de procédés et d'appareils qu'elles dépendent de causes multiples. Il ne s'agit pas seulement de faire application de doctrines étiologiques pour supprimer tel ou tel foyer pestilentiel, pour empêcher la transmission de tel ou tel microbe pathogène à l'aide d'éléments et d'objets divers; il faut aussi prévoir le retour des fléaux épidémiques par une application stricte et rigoureuse des règles de la salubrité, par des travaux d'assainissement en rapport avec les conditions climatériques et les habitudes locales. Un axiome bien connu de toute antiquité consiste à dire que les maladies naissent et se propagent surtout dans les milieux insalubres; mais il n'y a pas longtemps que ses conséquences se sont généralisées, qu'elles sont tombées, en quelque sorte, dans le domaine public, et que l'assainissement, comme l'exécution des mesures sanitaires, ont cessé d'être l'objet de préoccupations passagères pour s'imposer, d'une manière constante et rationnelle, tant aux pouvoirs publics qu'aux simples particuliers. Lors des effroyables hécatombes que produisaient autrefois si fréquemment les maladies pestilentielles, d'excellentes précautions étaient édictées et exé-

Mais il est une affection qui offre des analogies bien plus manifestes avec la maladie de Weil : c'est la typhoïde bilieuse de Griesinger, où l'on retrouve fièvre adynamique à type rémittent, ictère et albuminurie. Aussi Weil avait-il quelques droits à rapprocher ces deux syndromes; malheureusement pour cette thèse les dissemblances sont également accusées, dans les cas même où la rechute existe, ne serait-ce qu'au point de vue de l'évolution thermique et du pronostic qui, dans la typhoïde bilieuse, est souvent fatal. N'oublions pas, du reste, que l'on a cherché en vain les spirogènes d'Obermeyer dans la maladie de Weil, et aussi que celle-ci a été observée dans des régions où n'existe point le *relapsing fever*.

D'ailleurs, de ce que fièvre rémittente et maladie de Weil sévissent simultanément dans un pays, est-on en droit de conclure à leur identité pathogénique! En aucune façon, pas plus qu'il ne serait légitime d'attribuer à l'influenza ou à la fièvre intermittente des affections qui, nées en pleine épidémie grippale ou paludéenne, rappellent à certains égards l'un ou l'autre de ces états morbides.

Aussi, sans repousser absolument la doctrine de Weil, pour quelques cas du moins, croyons-nous qu'elle n'est pas applicable à la généralité des faits.

Reste la conception qui a rencontré le plus de faveur en France, celle qui rapproche la maladie de Weil des ictères graves; elle nous séduirait davantage, précisément parce qu'elle ne tranche pas la question de pathogénie. Cette dénomination doit, en effet, s'appliquer non à une entité morbide, mais à un syndrome d'intensité très variable, qui est l'expression clinique de l'insuffisance hépatique, quelle qu'en soit l'origine : infection, hétéro ou auto-intoxication. Entre l'ictère le plus manifestement infectieux et l'ictère catarrhal le plus bénin, il existe, les travaux français l'ont démontré, une série d'états pathologiques intermédiaires, où la gravité des phénomènes tient tantôt à la nature de l'agent pathogène (microbes, substances toxiques provenant d'une alimentation vicieuse ou d'une dépuration organique insuffisante), tantôt à la débilitation antérieure de l'économie par la misère ou les excès alcooliques. D'où les dénominations d'ictère pseudo-grave, de typhus hépatique bénin, qui s'appliquent à merveille à la maladie de Weil, et sous lesquelles on a décrit antérieurement au professeur de Heidelberg des faits absolument du même ordre; car on y retrouve non seulement l'ictère et l'albuminurie, mais encore la rechute et la polyurie de la fin.

Mais, dira-t-on, comment expliquer les faits à caractère épidémique? Ne peut-on pas invoquer tantôt une constitution saisonnière déterminant des ictères pseudo-graves, comme il en est qui amènent une série de congestions pulmonaires et d'embarras gastriques, tantôt l'action d'une même cause morbide, telle qu'une alimentation défectueuse ou le surmènement, s'exerçant sur un certain nombre d'individus qui vivent dans des conditions identiques : soldats, garçons bouchers de Dresde, etc.?

L. DREYFUS-BRISAC.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

La posologie et le mode d'administration de la cornutine.

Recommandée par H. Thomson et d'autres, comme un succédané de l'ergot de seigle et de l'ergotine ; cette substance peut être prescrite en pilules ou en solution pour l'usage hypodermique.

1° *Pilules de cornutine.* — Utilisables surtout pour activer le travail de l'accouchement ou combattre les métrorrhagies consécutives aux métrites et aux inflammations des annexes de l'utérus; elles ont pour formule :

Cornutine............	10 centigrammes.
Argile...............	4 grammes.
Glycérine............	q. s.

Diviser en vingt-cinq pilules semblables, que l'on administre à raison de deux à trois par dose en répétant au besoin la dose deux ou trois fois par jour.

2° *Injections sous-cutanées de cornutine.* — On les emploie surtout contre les métrorrhagies puerpérales, après l'accouchement ou l'avortement, pour combattre l'inertie utérine ou arrêter le flux sanguin. Elles ont pour formule :

Cornutine.............	10 centigrammes.
Eau distillée..........	20 grammes.
Acide chlorhydrique....	X gouttes.

De trois à quatre injections quotidiennes.

Ch. ÉLOY.

---

cutées momentanément; il en fut de même en Europe jusqu'à l'apparition de la peste en 1821, du choléra en 1832 ; l'Angleterre, dès cette époque, commença cet admirable mouvement de réforme sanitaire, administrative et privée, dont elle recueille aujourd'hui les fruits. Il a fallu chez nous le choléra de 1884 pour nous sortir de notre torpeur ; depuis cette époque, l'hygiène fait chaque année des pas de géant en France, et l'on n'a jamais pu encore autant s'en convaincre qu'en parcourant à l'Exposition actuelle les galeries et les pavillons qui lui sont consacrés.

S'agit-il d'assurer la prophylaxie, nos constructeurs se sont ingéniés à constituer un arsenal naguère encore totalement inconnu; doit-on assurer la salubrité de l'habitation, l'assainissement de la ville, voie publique et sous-sol, les appareils abondent, qui ont pour but d'assurer l'éloignement immédiat et complet des matières usées, la destruction absolue des immondices de toutes sortes, de déterminer un chauffage qui n'enlève pas à l'atmosphère ses qualités vivifiantes, d'établir une ventilation lente et parfaite, d'obtenir l'aération continue des locaux habités sans gêne pour ceux qui les occupent.

Le plus remarquable exemple que nous présente l'Exposition de l'ensemble de ces réalisations industrielles nous est donné dans le pavillon spécialement édifié sur l'esplanade des Invalides par MM. Geneste et Herscher. Aucune maison dans le monde entier ne représente ainsi les diverses applications du génie sanitaire pour le chauffage, l'aération, la ventilation, la désinfection et l'assainissement. Elle est l'exemple de ce que peut une volonté commune appliquée à un but déterminé, combien le domaine de l'industrie sanitaire est vaste, mais combien aussi il comprend des solutions aisées, élégantes et efficaces lorsqu'une même idée guide l'invention dans les différentes branches qu'il comporte. A ce point de vue, la partie de la vaste exposition de cette maison qui se rapporte à la désinfection est tout spécialement intéressante pour la médecine. Le matériel

REVUE DES COURS ET DES CLINIQUES

M. LE PROFESSEUR ED. VON WAHL (DE DORPAT).

Sur le diagnostic clinique de l'occlusion intestinale par étranglement ou par volvulus.

Dans son étude sur les obstructions et les rétrécissements de l'intestin, dans le compendium de Ziemssen, Leichtenstern affirme que le diagnostic sur le vivant doit être anatomique. Il ne suffit pas de reconnaître qu'il y a obstacle, mais il faut, à l'aide des symptômes objectifs, à l'aide des anamnestiques, déterminer le siège, la cause et la nature de cet obstacle.

Mais quand on étudie les travaux récents sur la matière, et en particulier ceux qui s'efforcent de préciser les indications chirurgicales, on est étonné de voir combien peu on obéit à ces préceptes si clairement formulés en théorie; combien peu nous sommes avancés dans la connaissance des faits cliniques qui répondent à des modifications anatomiques déterminées; et combien, dès lors, nos tentatives opératoires et leurs résultats portent la marque de nos incertitudes.

Certes on ne saurait nier que, grâce à l'antisepsie, grâce à l'innocuité des actes opératoires, on n'ait depuis dix à quinze ans fait des progrès réels. Nous avons appris, à l'aide de règles précises, à nous orienter dans le ventre, à surmonter les difficultés que présente la réduction de l'intestin météorisé, mais les indications opératoires sont restées aussi vagues qu'autrefois. On se borne à constater que le cours des matières est suspendu, mais on ne cherche pas à faire un diagnostic anatomique précis; une fois le ventre ouvert, on verra bien ce qu'est l'obstacle! Et on opère au hasard; on marche sans savoir ce que l'on a devant soi.

De cette insuffisance des notions cliniques résulte la stérilité des nombreuses discussions qui se sont déroulées devant diverses Sociétés savantes. Les jeunes, dans leur audace, préconisent la laparotomie, sans tempérament: les cas sont bien rares, disent-ils, où l'on ne puisse pas lever l'obstacle; et l'incision exploratrice rend superflu un diagnostic anatomique préalable. Mais les plus rassis, parmi les membres de notre profession, hochent volontiers la tête à cette assertion, et parlent plutôt de l'entérotomie, opération purement palliative, s'adressant au symptôme principal. Mais cette opération, elle aussi, n'est-elle pas entreprise au hasard?

L'impression personnelle que chacun tire de sa propre expérience conduit donc à des contradictions. La méthode statistique ne fournit pas de résultats plus convaincants. Le fait brutal d'un tant pour cent de mortalité parmi les opérés n'a pas une signification bien importante; et Schramm paraît exagérer l'optimisme quand il donne comme preuve d'un progrès réel que la mortalité, de 64 pour 100 avant l'antisepsie, s'est abaissée de nos jours à 58 pour 100.

En réalité, aux yeux de quiconque est habitué à faire autant que possible une étude d'ensemble des modifications pathologiques de l'organisme, l'acte chirurgical apparaît bien moins tout-puissant. Celui-là pense, en effet, qu'en levant l'obstacle matériel on ne supprime pas, sans plus tarder, toutes les conditions morbides coexistantes; qu'entreprendre une opération sans une connaissance précise des altérations anatomiques engendrées par la maladie est toujours un de ces jeux de hasard qu'en toute circonstance notre art et notre science doivent réprouver.

Nous ne ferons donc des progrès que si nous renonçons à la vivisection sur nos semblables et si nous nous astreignons de nouveau à ce précepte qu'avant de prendre le couteau, nous devons avoir établi le diagnostic anatomique de l'occlusion, de son siège, de sa nature. Mais comment y parvenir?

Voyons donc si les études cliniques ont conduit à la connaissance de quelques symptômes permettant d'arriver à ces notions.

L'examen des travaux récents, et en particulier de ceux de Leichtenstern, Peyrot, Treves, ne nous fournit aucune réponse satisfaisante. Les variétés anatomiques de l'occlusion sont décrites avec soin, mais l'étude symptomatique est toujours faite d'ensemble. Les symptômes classiques, communs à toutes les formes, sont seuls indiqués: arrêt des matières, vomissement, anurie, collapsus; de l'état physique du ventre, il n'est guère fait mention que du météorisme, abstraction faite de quelques cas spéciaux: le boudin de l'invagination, la masse fécale appréciable à la palpation, ou la tumeur, sentie de la même manière, qui comprime l'intestin. Quant au météorisme, les variétés qu'on lui décrit sont plus théoriques que pratiques; tels sont le ballonnement colique circulaire pour les obstacles coliques inférieurs; le ballonnement péri-ombilical pour les obstacles de la partie inférieure de l'intestin grêle. On signale bien l'asymétrie du météorisme, mais sans y insister assez. Et si Frantzel prétend distinguer, à la percussion, les anses situées en amont et celles qui sont en aval de l'obstacle; d'autres auteurs, Leichtenstern en particulier, n'accordent que peu de valeur à ce symptôme.

Mais on s'étonne qu'au milieu de ces propositions contradictoires on ne cherche pas à élucider certaines questions à l'aide de ce qu'on voit se passer dans les hernies extérieures étranglées. Si l'obstacle mécanique au cours des matières et des gaz était la seule cause du météorisme au-dessus de cet obstacle, on devrait, dans ces hernies, établir par l'examen

---

qui y est réuni comprend en effet: 1° des étuves, fixes et mobiles, à vapeur directe sous pression, avec surfaces chauffantes intérieures complémentaires; 2° des étuves pour la stérilisation des caisses à biscuits; 3° des appareils pour la désinfection des murs des habitations, des parois des salles d'hôpitaux, casernes, navires, écuries, wagons à bestiaux, voitures de blessés, etc., par la projection de liquides antiseptiques; 4° des appareils spéciaux pour la désinfection et le nettoyage des crachoirs des phthisiques; 5° des appareils pour nettoyer et désinfecter le matériel des marchés d'animaux et des abattoirs; 6° des appareils pour la stérilisation des instruments de chirurgie; 7° des appareils pour l'incinération des rebuts provenant du nettoyage des salles de malades et des objets de pansements.

Quelle que soit la théorie adoptée pour expliquer la propagation des diverses affections transmissibles, il est un fait absolument certain, admis par tous les auteurs, c'est que les objets salis par le malade renferment de nombreuses causes de transmission. Or, si la chimie fournit des matières capables de détruire les germes et virus aujourd'hui connus, il importe aussi, pour les administrations publiques, d'être en possession de procédés de désinfection capables, s'il est possible, d'obtenir cette destruction sans détérioration appréciable des objets soumis à la désinfection. Lorsque des administrations procèdent à la désinfection des objets de literie, de linges et des vêtements d'un malade, des cargaisons de navires, etc., elles sont en quelque sorte responsables des dommages que cette opération sanitaire, quelque nécessaire qu'elle soit, peut causer, et elles s'exposeraient souvent à des demandes reconventionnelles très onéreuses, si elles se servaient de procédés exerçant une action destructive. Or, il ne faut pas songer, lorsqu'il s'agit de tels objets, à l'emploi de composés chimiques, dont l'effet n'est réellement efficace qu'à des doses entraînant leur altération constante; on ne peut songer non plus à l'emploi du feu, surtout si l'on parvient à un résultat aussi efficace à l'aide de

du ballonnement sur quelle anse porte l'étranglement; les autres conditions de nature et de siège sont en effet déterminées. Mais la pratique de tous les jours nous démontre que ces localisations dont on a parlé suivant que l'obstacle porte sur le côlon ou l'iléon ne correspondent pas à la réalité, et que, d'ailleurs, dans la hernie étranglée, le météorisme est toujours beaucoup moins accentué que dans l'étranglement interne. Au reste, on sait que de temps à autre le bout supérieur est allégé par des vomissements, et pourtant dans l'occlusion par étranglement ou par volvulus, le météorisme ne subit pas de variations corrélatives à ces évacuations. Une fois, cependant, dans un cas d'obstruction lente par myome calcifié de la paroi intestinale, M. Wahl a observé cette détente intermittente du météorisme à chaque vomissement, et il en a conclu, en l'absence des symptômes classiques de l'iléus, qu'il y avait dans l'espèce une simple coprostase.

Mais ce n'est pas tout, et il semble certain que dans les occlusions par étranglement interne ou par volvulus, on ne tient pas assez compte de la distension subie par l'anse étranglée elle-même. Les recherches expérimentales de Schweninger nous ont pourtant appris que cette anse est le siège d'une accumulation de gaz rapide et considérable et qu'elle prend vite dans l'abdomen une position fixe. Et cependant, à part une remarque accidentelle de Treves, nulle part il n'est dit que cette distension de l'anse étranglée peut être la cause principale du météorisme. En particulier, dans ces cas si fréquents de volvulus de l'S iliaque, cette anse peut acquérir le volume du bras; elle s'applique fortement contre la paroi abdominale, et elle est la cause à peu près exclusive de son soulèvement; la stase au-dessus de l'obstacle devient presque un facteur négligeable du météorisme.

Lorsque donc il s'agit d'une occlusion par une cause qui isole une anse intestinale, c'est cette anse qui est la première météorisée, et dans ces cas le météorisme sera d'abord localisé. Aussi devons-nous demander à la clinique les moyens de reconnaître un semblable état. Nous pouvons nous attendre à une réponse ordinairement positive. Cette anse, en effet, ne peut se vider par un quelconque des bouts de l'intestin; et, d'autre part, elle prend une position fixe au milieu des autres anses, encore mobiles.

Ainsi, la présence dans l'abdomen, en un point fixe, d'une anse distendue, résistante, immobile, est la preuve d'un étranglement par hernie interne ou d'un volvulus. A côté de cela on sent, à la palpation, que les autres régions de l'abdomen subissent dans leur tension des variations inconnues au point qui vient d'être signalé. La palpation n'est pas seule à révéler ces symptômes, mais en outre on constate à l'inspection une asymétrie du météorisme. Si avec cela on tient compte du complexus symptomatique, de la marche des accidents, des commémoratifs, on conçoit que la laparotomie — seule capable en pareil cas de lever l'obstacle — ne soit plus une opération faite au hasard, mais bien un acte chirurgical raisonné à l'avance, une véritable herniotomie interne. (*Ueber die klinische Diagnose der Darmocclusion durch Strangulation oder Achsendrehung*, in *Centr. f. Chir.*, 1889, p. 154.)

Peu de temps après cet exposé théorique, M. von Wahl a publié dans les archives de Langenbeck (*Die Laparotomie bei Achsendrehung des Dunndarms*, in *Arch. f. klin. Chir.*, 1889, t. XXXVIII, p. 233) les faits cliniques sur lesquels il s'appuie. Nous y trouvons cinq observations personnelles, dont quatre laparotomies avec deux guérisons. Une de ces guérisons a été obtenue sur une femme enceinte de six mois ayant avorté au cinquième jour de la maladie. Il est à noter que de ces faits un seulement concerne l'S iliaque, et les quatre autres l'intestin grêle.

Parmi les faits à relever dans ce mémoire, nous signalerons les considérations de l'auteur sur la pneumonie, qui est un des accidents fréquents des opérations, et les complique d'autant plus qu'elles ont été plus tardives. Elles sont d'origine septique, dues à l'infection générale qui ne tarde pas à se manifester chez ces sujets. (C'est à rapprocher des congestions pulmonaires si fréquentes après la kélotomie et sur lesquelles le professeur Verneuil insiste depuis si longtemps.)

[A ce propos nous rappellerons une observation intéressante publiée en 1886 par M. Hartmann à la *Société anatomique* (p. 384). Il est noté dans l'observation clinique de cette occlusion aiguë, que « le ventre est très tendu, ballonné d'une manière spéciale; le ballonnement est limité aux régions occupées par l'intestin grêle et laisse déprimés les flancs et l'épigastre ». On eût donc dû admettre un étranglement siégeant vers le bas de l'intestin grêle. Or l'autopsie a constaté que l'étranglement provenait du volvulus d'une anse supérieurs du jéjunum et « le ballonnement était exclusivement dû à la distension de cette anse. L'intestin n'était dilaté ni au-dessus ni au-dessous..., l'estomac n'était pas dilaté. » Ce n'est d'ailleurs pas à ce point de vue que Hartmann étudiait sa pièce, mais bien pour prouver — fait incontestable d'ailleurs — qu'en pareil cas l'anus contre nature eût fatalement été frappé de stérilité, car il eût porté sur l'anse tordue. M. Trélat, dans la discussion de la *Société de chirurgie* (1887, p. 304), a mis en relief cette particularité, et, si nous le rappelons, c'est que dans le procès-verbal de cette discussion la distension de l'anse tordue est le seul fait omis quoique M. Trélat y ait insisté dans son argumentation (1).] A. B.

(1) Voyez sur le même sujet p. 454.

procédés moins violents. D'où est venue l'idée de renfermer les objets à désinfecter dans des boîtes métalliques dont la température intérieure pourrait être suffisante pour détruire tous les micro-organismes pathogènes. Le problème à résoudre était celui-ci : obtenir dans tous les points, sans exception, d'un objet à désinfecter, et quel que soit cet objet, une température suffisante pour détruire tous les microbes spécifiques des affections transmissibles; puisque cette opération s'effectue dans un temps très court, à une température assez modérée, sous une pression assez faible et dans des circonstances de sécurité assez grande pour que les objets soient réellement désinfectés sans être détériorés.

Toutes les expériences faites tant en France qu'à l'étranger au cours de ces dernières années, et les résultats de la pratique aujourd'hui assez considérable des administrations sanitaires, concordent en faveur de la supériorité des étuves à vapeur sous pression de MM. Geneste et Herscher dont on peut voir à l'Exposition des spécimens, fixes et locomobiles. L'un de ces derniers est même journellement employé pour la désinfection des objets de campement, des vêtements et des linges du nombreux personnel exotique qui loge dans son enceinte. Le séjour des objets dans ces étuves, prolongé pendant quinze minutes, suffit à détruire la virulence et la végétabilité de tous les microbes aujourd'hui connus, sans détérioration appréciable de ces objets même après six passages consécutifs. Il serait oiseux de rappeler tous les services que ces étuves ont rendus en France dans nos lazarets et sur les navires; dans un certain nombre de villes, et pendant plusieurs épidémies, à la campagne; grâce à elles, les mesures quarantenaires ont pu être évitées aux navires qui en possédaient, de telle sorte que les pratiques de notre régime sanitaire international ont pu être considérablement améliorées. Actuellement, grâce à l'initiative de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques du ministère de l'intérieur, des installations

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Note sur un cas d'empyème pulsatile. Communication faite à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 28 juin 1889, par M. docteur Millard, médecin de l'hôpital Beaujon.

Dans notre dernière séance, notre collègue Féréol a rappelé notre attention sur les *pleurésies pulsatiles* en nous présentant un de ses malades qui, après avoir subi en 1883 l'opération d'Estlander pour une affection de ce genre, et après être resté guéri pendant cinq ans, a vu s'ouvrir une fistule au niveau de sa cicatrice.

Ces formes si curieuses de pleurésies purulentes, animées de battements isochrones avec les pulsations cardiaques, sont extrêmement rares et encore imparfaitement connues de la majorité des médecins, malgré l'étude très remarquable qui en a été faite dans ces dernières années, surtout par notre distingué secrétaire le docteur Comby. Le nombre des observations qu'il a pu recueillir à grand'peine ne dépasse pas vingt-sept. Plusieurs fois des erreurs de diagnostic ont été commises, et on a cru à des tumeurs anévrysmales. Le mécanisme des pulsations est loin d'être encore bien expliqué : la théorie ingénieuse de M. Féréol, qui fait intervenir la coexistence nécessaire d'un pneumothorax fermé, n'est pas admise sans contestation. Enfin le pronostic et le traitement réclament aussi de nouvelles recherches.

Pour toutes ces raisons, je crois qu'il est de notre devoir de ne laisser perdre aucun des faits qui peuvent s'offrir à nous, et je vous demande la permission de vous en communiquer un que j'ai observé l'année dernière. C'est, du reste, le premier et le seul que j'aie jamais rencontré dans ma longue carrière. Je vous en apporte l'observation détaillée, recueillie par mon excellent interne, M. Jacquinot.

Je la résumerai brièvement. C'est, comme vous le verrez, un exemple typique d'*empyème pulsatile*, dit *de nécessite*, et ceux qui la liront seront frappés de la fidélité de la description tracée par M. Comby (*Archives générales de médecine*, novembre et décembre 1883).

Il s'agit d'un homme de trente-six ans, ayant perdu son père et un frère de tuberculose pulmonaire, sujet lui-même, depuis douze ans, à des bronchites et à des congestions pulmonaires, mais n'ayant pourtant jamais eu d'hémoptysies. Depuis le mois de décembre 1885 notamment, il avait une toux continuelle; en mai 1887, il avait été pris d'une pleurésie gauche, compliquée bientôt d'un pneumothorax indiscutable. Il avait pu néanmoins entrer assez vite en convalescence, et reprendre tant bien que mal ses occupations, lorsque, en décembre 1887, à la suite d'une course, il fut pris d'une dyspnée subite, avec retour manifeste de tous les signes du pneumo-thorax; le bruit de succussion s'entendait à distance. Depuis cette époque, il gardait le lit presque constamment et languissait. Au mois de juillet 1888, pour la première fois on voit apparaître en bas et en arrière du dos, à gauche de la colonne vertébrale, une tumeur au niveau des dernières côtes, laquelle grossit rapidement, atteint le volume d'une orange, et présente bientôt des battements assez forts et isochrones avec les pulsations du cœur. Le médecin qui soignait habituellement et depuis longues années le malade, M. le docteur Bailly, de Chambly (Oise), l'inventeur du stypage, avait été forcé de s'absenter à ce moment, et, à son retour, il fut très surpris de constater cette poche pulsatile que son remplaçant, un interne de nos hôpitaux, n'hésitait pas à rattacher à un anévrysme de l'aorte descendante. Le hasard d'une consultation m'ayant amené dans la localité, le docteur Bailly, qui ne partageait pas d'ailleurs l'opinion de son jeune confrère, me proposa de me faire voir son intéressant malade, et, après que nous eûmes établi le diagnostic de vaste pleurésie purulente sans signes actuels de pneumothorax et d'empyème pulsatile de nécessité, j'offris de le prendre dans mon service, à l'hôpital Beaujon. Le malade accepta sans difficulté, et entra dès le lendemain; il avait supporté assez bien le voyage; pourtant la dyspnée était telle que, dès le 10 août, en présence du docteur Bailly, une première thoracentèse fut pratiquée et donna issue à 3 litres et demi d'un pus crémeux et inodore. La tumeur pulsatile s'affaissa, et les battements disparurent immédiatement, preuve évidente qu'il ne pouvait être question d'anévrysme, et il était facile de constater qu'il s'agissait uniquement d'une poche purulente sous-cutanée, communiquant avec l'intérieur de la plèvre par une éraillure des muscles intercostaux.

La ponction procura un grand soulagement et ne fut suivie ni de fièvre, ni d'aucun autre accident; mais elle ne pouvait être que la préface d'un traitement plus radical, et je songeais naturellement à la pleurotomie avec ou sans résection des côtes; mais, malgré le bon état général de notre malade, j'étais un peu refroidi par la lecture des conclusions du dernier mémoire de M. Comby, qui affirmait l'incurabilité de l'empyème pulsatile et l'inutilité de l'intervention chirurgicale, à moins d'être faite dès le début des accidents. Or ici, le début remontait déjà à quinze mois. Je soumis mes hésitations à notre collègue; il me répondit de ne pas me laisser influencer par ses conclusions qui étaient trop absolues, et me cita un cas d'em-

---

spéciales sont en cours d'exécution dans plusieurs villes françaises pour établir des stations de désinfection, munies de ces appareils et pouvant être utilisées à la fois par le public et par l'hôpital dans l'enceinte duquel elles sont placées; de cette façon les frais de la désinfection hospitalière et municipale se trouvent soldés par les redevances payées par les particuliers. C'est assurément là l'une des innovations les plus heureuses de notre administration sanitaire.

(*A suivre.*)

Hôpitaux de Bordeaux. — Le concours pour deux places de médecin-adjoint vient de se terminer par la nomination de MM. Anché et Mesuard. Le concours pour deux places de chef de clinique chirurgicale s'est terminé par la nomination de MM. Seugensse et Lamarque.

Faculté de médecine de Lille. — M. Lamy est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Locquette, des fonctions d'aide-préparateur de physique.

M. François est nommé aide-préparateur du laboratoire des cliniques (emploi nouveau).

Hospice général de Tours. — Un concours pour une place de médecin-adjoint à l'hôpital civil de Tours s'ouvrira le lundi 21 octobre 1889, à l'hospice général de Tours. Pour tous renseignements, s'adresser à M. l'économe de l'hospice général.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Reibell, ancien médecin de l'hôpital civil de Strasbourg, qui a laissé dans la ville où il passa de si longues années, le souvenir d'un praticien consciencieux, honnête et expérimenté.

— Nous avons aussi le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Decnjis (d'Antony), Dujardin (d'Armentières), Pichard (de Rémalard), Rambaud (de Saint-Vivien).

pyème pulsatile traité et guéri par la pleurotomie antiseptique. Peut-être aurais-je dû m'en tenir à cette méthode de traitement lorsque l'idée me vint d'employer la méthode des injections intra-pleurales de teinture d'iode avec alcool et solution iodurée, qui venait de nous être communiquée (séance du 27 juillet 1888) par notre collègue Moizard, pour le traitement du pneumo-thorax. J'allais partir en vacances. Je donnai mes instructions dans ce sens à mon interne M. Jacquinot, remarquablement doué pour la chirurgie. En mon absence, du 28 août au 22 septembre, cinq ponctions suivies chaque fois de l'évacuation de 1300 à 1500 grammes d'un pus rougeâtre et de l'injection d'une dose croissante de teinture d'iode iodurée (de 80 à 115 grammes) furent pratiquées et bien supportées. Le 1er octobre, je retrouvai le malade presque constamment apyrétique, s'alimentant bien, se levant dans la salle et ayant bonne apparence. Le 4, il me demanda à aller passer quelques jours chez lui pour mettre ordre à ses affaires, et il rentra dans le service le 15. Ce voyage avait malheureusement coïncidé avec un refroidissement très marqué de la température. Le 21 octobre, nous reprîmes les ponctions suivies d'injections intra-pleurales, toujours avec le même liquide; mais, pendant l'évacuation du pus, le malade, pour la première fois, se plaignit vivement d'une sensation de constriction thoracique, avec dyspnée, en même temps qu'on constatait nettement une dépression de toute la région thoracique antérieure gauche sus et sous-mammaire. Ce retrait était du reste en rapport avec la mensuration du thorax, qui, pratiquée le lendemain, donna 45 centimètres à droite et 42 centimètres à gauche, soit une différence de 3 centimètres, qui nous paraissait de favorable augure; mais, quelques jours plus tard, le malade accusait une légère douleur du côté sain, à *droite*, et nous lui trouvions de gros frottements pleuraux, indices d'une pleurésie sèche. A la suite de cette complication, état général un peu moins bon : anorexie, tendance à la diarrhée. Le côté gauche se dilate de nouveau; le creux sous-claviculaire bombe progressivement, et, le 6 novembre, on pratique une septième ponction suivie d'une sixième injection de liquide iodo-ioduré (115 grammes). Cette fois, on ne retire plus que 1250 grammes de pus. Tout se passe bien en apparence comme d'habitude; ni fièvre, ni dyspnée; mais, le lendemain, après une bonne nuit, quel n'est pas notre désappointement de constater pour la première fois la reproduction de tous les signes du pneumo-thorax qui avait été constaté antérieurement à deux reprises différentes par le docteur Bailly en mai et en décembre 1887!

Le 11 novembre, le malade se plaint d'une douleur en bas et en arrière, à gauche de la colonne vertébrale, au niveau de l'ancienne poche. Celle-ci ne s'est pas reproduite, et on n'y constate pas de battements, mais la neuvième côte, à ce niveau, semble gonflée, épaissie, et est un peu douloureuse au toucher.

En présence de ces signes nouveaux, je crus devoir recourir à l'expérience et à l'intervention de mon collègue et ami le docteur Peyrot, qui a fait des pleurésies purulentes une étude spéciale. Après être venu examiner notre malade, il le fit passer, le 16 novembre, dans son service de Lariboisière. La poche du dos commençait alors à se reformer, mais n'était plus animée de battements. L'épanchement pleural augmentait rapidement. Il y avait un peu de fièvre et de diarrhée. L'urgence de l'intervention chirurgicale s'imposait. Le 21 novembre, le malade fut opéré sous le chloroforme sans incident. La neuvième côte fut réséquée dans l'étendue de 3 centimètres; il s'écoula environ 3 litres d'un pus roux et fétide; on fit des lavages avec de l'eau iodée et alcoolisée jusqu'à quatre fois par jour; mais la fièvre hectique, avec diarrhée colliquative, n'en persista pas moins, et emporta le malade le 27 novembre, six jours après l'opération. L'opposition de la famille ne permit pas, malheureusement, de pratiquer l'autopsie, et le fait reste incomplet. Il eût été bien intéressant de vérifier dans quelle situation se trouvait le poumon gauche, si son tissu était sclérosé, et surtout s'il était refoulé vers le médiastin; s'il adhérait intimement à la face latérale gauche du péricarde; si, en un mot, il réalisait l'ensemble des dispositions auxquelles M. Comby, sous la dénomination de *fusion péricardio-pulmonaire*, attache une importance capitale pour expliquer les battements systoliques de l'empyème pulsatile.

M. Féréol ne manquera sans doute pas d'invoquer notre observation à l'appui de sa théorie; car notre malade, avant de présenter les signes de l'empyème pulsatile de nécessité, avait eu à deux reprises différentes et de la façon la plus nette un pneumo-thorax, lequel, après être devenu latent ou fermé, s'était rouvert le lendemain de la septième ponction.

Pour trouver l'explication vraie de ces battements si curieux des pleurésies pulsatiles, et qui intriguent si justement les observateurs, il faudrait, ce me semble, et comme l'a lui-même insinué M. Féréol, instituer dans un laboratoire de physiologie des expériences analogues à celles qu'avait imaginées l'ingéniosité de Marey dès ses premières recherches sur la circulation. C'est un problème de mécanique animale qui mériterait de tenter un de nos jeunes savants. Tant qu'on ne raisonnera que sur des hypothèses, la question ne pourra être définitivement résolue.

REVUE DES CONGRÈS

Troisième Congrès des médecins russes.

(Fin. — Voyez les numéros 26 et 27.)

Ligature de la sous-clavière, par M. *Morozoff* (1). — Étude fondée sur le dépouillement de 434 observations. Elles sont réparties en quatre catégories. 1° *Ligature en dedans des scalènes* : 22 cas dont 2 où l'opération resta inachevée, et 5 où il y eut ligature concomitante de la carotide primitive. Tous furent mortels, la plupart par hémorrhagie secondaire. 2° *Entre les scalènes :* 16 observations, avec 7 guérisons, 8 morts, 1 inconnu, mais 6 des morts sont dues à des accidents qui ne sont pas liés à l'opération en soi : hémorrhagies antérieures abondantes, pyohémie, gangrène nosocomiale. 3° *En dehors des scalènes :* 338 cas, dont 53 où la carotide a été liée en même temps : sur les 285 cas où la sous-clavière a été liée seule, 12 fois l'opération est restée inachevée; 4 fois on lia à sa place la veine ou un nerf; 7 fois les détails sont insuffisants. Restent donc 262 cas, dont 37 postérieurs à la méthode antiseptique. Des 225 pré-antiseptiques, 121 furent mortels; mais 34 décès semblent devoir être éliminés, et au total il y eut 44,3 pour 100 de mortalité. Les 37 opérations antiseptiques ont fourni 15 décès, mais 8 par complications accidentelles. Il reste, en somme, 24,1 pour 100 de mortalité. 4° *Au-dessous de la clavicule* (dans notre nomenclature anatomique c'est l'axillaire): 56 opérations, dont 7 inachevées. Des 49 restantes, 45 datent d'avant l'antisepsie, avec 65,1 pour 100 de mortalité; on peut réduire ce chiffre à 44 pour 100 en éliminant les décès par cause accidentelle. 4 opérations antiseptiques ont fourni 3 morts, mais 2 par causes accidentelles. Au total, si on ne tient pas compte des ligatures en dedans des scalènes, la mortalité par ligature de la sous-clavière seule serait de 43,4 pour 100 avant l'antisepsie; de 25,8 pour 100 depuis l'antisepsie.

Pour les *ligatures de la sous-clavière et de la carotide*, deux faits seulement concernent l'artère au-dessous de la clavicule: 1 décès, 1 guérison. 53 sont relatifs à la sous-clavière en dehors des scalènes. Parmi eux 41 (dont 40 à droite) ligatures furent faites en une séance; 4 seulement sont pré-antiseptiques, avec 2 décès; 37 depuis l'antisepsie avec 11 décès, dont 3 accidentels, soit en réalité 23,5 pour 100 de mortalité. Des ligatures en deux

(1) Ce compte rendu ne vient pas du *Centralblatt*, comme les autres, mais des *Annal. of Surgery*, t. IX, p. 361, où nous l'avons trouvé plus détaillé.

séances, 5 pré-antiseptiques furent toutes mortelles; 7, depuis l'antisepsie, ont fourni 28,5 pour 100 de mortalité.

Si d'un autre côté on tient compte de la cause pour laquelle la ligature a été pratiquée, on constate que la mortalité est bien plus faible quand il s'agit d'anévrysmes (33 pour 100) que quand il s'agit d'hémorrhagies traumatiques (plus de 50 pour 100).

GANGRÈNE SÉNILE, par M. *A.-C. Koretzki* (de Saint-Pétersbourg). — L'auteur reconnait, selon la doctrine classique, que l'artério-sclérose est la cause principale de ces gangrènes. Elle entraîne un ralentissement évident du cours du sang. A cette modification il faut reconnaître deux causes. Le cœur fonctionne d'une manière insuffisante, et d'autre part, il y a de la gêne de la circulation en retour, de par la sclérose des veines. De là des troubles de la circulation capillaire et de la stase. Cette « phlébo-sclérose » favorise l'action nocive de l'artério-sclérose. La clinique et le microscope démontrent qu'elle s'y associe souvent.

[La fréquence de cette association est signalée par bien des auteurs depuis que l'on a remarqué l'analogie du processus histologique dans les varices et dans l'artério-sclérose. Dans l'espèce, l'auteur fait jouer un rôle à l'altération veineuse dans une lésion où les artères sont cause principale. Nous ajouterons à ce propos que l'athérome artériel joue sans doute un rôle dans les ulcères variqueux, où les lésions veineuses sont cause principale.]

COMMUNICATIONS DIVERSES. — Nous relevons encore quelques communications dont l'indication sommaire suffira.

M. *K.-A. Silbernik* (de Moscou) a communiqué deux faits d'autoplastie par la méthode de Maas pour vastes ulcères de jambe.

Les substances antiseptiques ont fait l'objet de notes de M. *G.-J. Bogomolow* (de Gatschino) sur le térébène; de M. *M.-S. Tolmatschew* sur une ouate particulière.

M. *A.-A. Stoll* a fait une étude sur l'*ostéotomie chez les anciens* et a indiqué la pratique d'Héliodore. Il a ensuite décrit une *trephine* spéciale pour l'évidement des os éburnés.

M. *P.-G. Morosoff* (de Kiew) a étudié l'*action destructive des projectiles modernes;* il passe en revue les diverses théories qui ont été émises à ce sujet. En chirurgie militaire encore M. *A.-S. Tauber* s'occupe de la question toujours pendante du pansement antiseptique sur le champ de bataille.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

PARALLÈLE DE LA MÉTHODE THERMOCHIMIQUE ET DE LA MÉTHODE DES COUPES, par M. *Sappey*. — M. le professeur Sappey continue le parallèle qu'il a déjà commencé entre la méthode des coupes histologiques et la méthode dite thermochimique. Reposant sur des principes opposés, les deux méthodes présentent des défauts et des qualités contraires. Chacune d'elles se trouve ainsi appelée à rendre des services très différents de ceux que nous pouvons demander à l'autre : d'où l'absolue nécessité de les associer dans la plupart de nos recherches.

Pour le démontrer, M. Sappey rappelle que, dans les tissus fibreux, on peut arriver, par la méthode thermochimique, à mettre en relief les parties qui président à leur nutrition ou qui assurent leur sensibilité. Par la méthode des coupes, on n'aperçoit que les éléments sans connexions entre eux. Pour l'étude du système nerveux au contraire, c'est à la méthode histologique qu'il faut avoir recours; de même lorsqu'il s'agit de l'étude de l'embryologie. Enfin la plupart des glandes, le sens du tact, le sens du goût, le sens de l'odorat, toutes les membranes muqueuses et d'autres encore nécessitent l'emploi combiné des deux méthodes.

Appliquée à l'étude de la peau, la méthode thermochimique donne des résultats tout à fait comparables à ceux qu'on obtient lorsqu'on l'applique à l'analyse des parties fibreuses. Dans l'un et l'autre cas, ces résultats dérivent de la propriété qu'elle possède de ramollir le tissu conjectif condensé et de le transformer en une pulpe molle et transparente; dans l'un et l'autre cas, après cette transformation, nous voyons apparaître les organes premiers, et ces organes premiers, elle nous les montre sous tous les aspects et dans toutes leurs variétés.

Par la méthode des coupes appliquée à l'étude du système cutané on constate la structure des glandes qui s'y trouvent et celle des vaisseaux sanguins. La méthode thermochimique révèle la présence des glandes partout où elles existent, et la méthode des coupes dévoile leur structure intime. La méthode thermochimique opère par voie de ramollissement; elle substitue la transparence à l'opacité; elle sépare les organes que nous cherchons et nous en présente un tableau si saisissant que l'observateur, surpris à ce spectacle inattendu, se plaît à le contempler longtemps dans ses moindres détails. La méthode des coupes procède d'une manière bien différente : elle durcit les tissus afin de mieux fixer, dans leur situation corrélative, les éléments qui contribuent à les former; elle les divise ensuite pour nous montrer ces éléments.

Atteindre les organes premiers, tel est, en un mot, le but de la première; atteindre les cellules qui s'unissent pour les constituer, tel est celui de la seconde. L'une et l'autre possèdent donc des avantages qui leur sont propres. Toutes deux se recommandent par leur égale utilité et leur égale importance. Isolées, elles ne nous montrent les objets que par une de leurs faces : associées, elles nous les montrent sous tous leurs aspects. Leur association, par conséquent, s'impose désormais comme une nécessité.

— Dans cette même séance, M. Arloing (de Lyon) a été nommé correspondant de l'Institut.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 9 JUILLET 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MAURICE PERRIN.

MM. les docteurs *Paul Berger*, *Terrier* et *Terrillon* se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section de médecine opératoire.

M. le docteur *Bard* envoie une brochure sur *la propagation et la prophylaxie des épidémies de diphthérie.*

M. le docteur *Garnier* adresse un mémoire sur *l'emploi du sulfonal comme hypnotique chez les aliénés* et une notice sur *l'ancien dépôt de mendicité, l'hospice départemental et l'asile d'aliénés de la Charité-sur-Loire.*

M. le docteur *Jablonski* envoie un Rapport sur *les travaux du Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Vienne en 1888.*

M. le docteur *Moussu*, médecin principal de 1re classe, envoie un Rapport manuscrit sur le *service de l'hôpital thermal militaire d'Amélie-les-Bains en 1887-1888.*

M. *Féréol* dépose, au nom de M. le docteur *Vidart* (de Divonne), une brochure intitulée : *Du traitement de quelques formes de paralysies, de scolioses, de névralgies, du rhumatisme chronique, etc., par la gymnastique suédoise.*

M. *Le Roy de Méricourt* présente le programme de *l'Œuvre médicale missionnaire latine et celtique.*

M. *Potain* dépose un ouvrage de M. le docteur *H. Huchard* sur *les maladies du cœur et des vaisseaux.*

M. *Dujardin-Beaumetz* présente : 1° au nom de M. le docteur *Cazeaux*, une brochure sur *les diverses méthodes du traitement de la phthisie pulmonaire;* 2° de la part de M. le docteur *Rauzier* (de Montpellier), un mémoire sur *la diminution de l'urée dans le cancer.*

M. *Tarnier* dépose un ouvrage de Mme *H. Carrier* sur *les origines de la Maternité de Paris.*

ÉLECTIONS. — M. *Peuch* (de Toulouse) est élu correspondant national dans la division de médecine vétérinaire, par 31 voix sur 34 votants; 1 à M. Signol et 2 bulletins blancs.

M. *Signol* (de Villiers, Indre-et-Loire) est ensuite élu correspondant national dans la même division par 39 voix sur 40 votants; 1 bulletin nul.

INTOXICATION ARSENICALE. — A propos du procès-verbal, M. *Brouardel* fait observer que ni les travaux de Papillon et de Rabuteau, pas plus que les publications de MM. Scolo-

suboff et Armand Gautier, n'ont, contrairement à ce qui avait été annoncé à la dernière séance, signalé la présence de l'arsenic dans les os, ni la succession par périodes bien déterminées des accidents dus à l'intoxication arsenicale. Le mémoire qu'il a lu au nom de M. le docteur G. Pouchet et au sien, lui donne donc ainsi qu'à son collaborateur la priorité de ces découvertes.

Décollement de la rétine. — M. le docteur *Galezowski* préconise l'emploi des sutures pour le traitement du décollement de la rétine. — (Commission : MM. *Maurice Perrin* et *Panas*.)

Hygiène infantile. — Lecture est faite par M. le docteur *Cohen* d'un mémoire sur les causes et le traitement hygiénique de la gastro-entérite des enfants.

Règlement. — La séance a été coupée en deux parties par un Comité secret, afin de discuter une proposition de modification au règlement concernant les nominations au titre de correspondant. Après un exposé de la question par M. *Moutard-Martin* et après discussion, l'Académie a adopté les conclusions ci-après :

1° Les médecins, chirurgiens, etc., résidant à Paris ne peuvent prétendre au titre de correspondant de l'Académie ;

2° Les médecins exerçant temporairement en province et qui résident à Paris ne peuvent être correspondants.

— L'ordre du jour de la séance du 16 juillet est ainsi fixé : 1° rapport de M. *Hérard* sur un travail de M. Larat concernant le traitement électrique de l'occlusion intestinale ; 2° communication de M. *Mesnet* sur l'hypnotisme ; 3° discussion sur le chloroforme et l'anesthésie. — (Inscrits : MM. *Léon Le Fort* et *Laborde*.)

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 3 JUILLET 1889. — PRÉSIDENCE DE M. LE DENTU.

Péritonite par électrisation d'un myome : M. Terrier. — Résection du maxillaire supérieur : M. Leprévost (du Havre). — Adénopathies pelviennes : M. Terrier (Discussion : MM. Pozzi, Championnière). — Localisations cérébrales et trépanation : M. Terrillon (Discussion : M. Th. Anger, Championnière). — Extraction des projectiles encastrés dans le rocher : M. Kirmisson (Discussion : MM. Chauvel, Reynier).

M. *Terrier* pense que la méthode d'Apostoli peut être bonne s'il s'agit d'un myome et si l'opérateur est antiseptique. Mais il a vu une dame chez qui une salpingite a été prise pour un myome et chez qui l'électrisation a amené une poussée très grave de péritonite.

— M. *Horteloup* fait connaître, d'après M. *Leprévost* (du Havre), un procédé pour *reconstituer la voûte palatine après résection du maxillaire supérieur*. La muqueuse vestibulaire, bien conservée, est suturée sur la ligne médiane à la muqueuse palatine du côté non réséqué. M. *Pozzi* a agi de la sorte il y a déjà douze ans.

— M. *Terrier* fait une communication sur une *adénopathie pelvienne ayant simulé une salpingite*. La malade est une femme de vingt et un ans qui, mariée depuis un an mais n'ayant pas eu la moindre velléité de grossesse, a vu se produire depuis cette époque des irrégularités menstruelles, des douleurs iliaques, et même une poussée de péritonite. L'anémie devint rapidement notable. A la palpation, M. Terrier sentit dans la fosse iliaque droite une tuméfaction profonde ; d'autre part, le toucher vaginal faisait constater dans le cul-de-sac gauche, près de l'utérus immobilisé, une masse saillante, bosselée. Un état analogue, mais bien moins prononcé, existait à droite. En présence de ces signes, M. Terrier diagnostiqua une salpingite et pratiqua la laparotomie. Mais, après avoir libéré et récliné le tablier épiploïque adhérent, il vit apparaître, sains, l'utérus et les annexes. Tout provenait d'une masse ganglionnaire rétro-péritonéale, grosse comme le poing. Le péritoine fut incisé, et la masse ganglionnaire fut extirpée. Un point y était suppuré et avait ulcéré le rectum. Le péritoine fut drainé, et la malade guérit, après avoir souffert pendant quelque temps d'une fistule stercorale. Cette observation démontre que la laparotomie est la vraie voie chirurgicale pour attaquer ces adénopathies pelviennes, même si le diagnostic permettait de les différencier des salpingites, ce à quoi on n'est pas encore arrivé.

M. *Pozzi* a observé une malade fort analogue. Il a été à la recherche du foyer morbide en décollant le péritoine, et cette observation est insérée dans son mémoire sur *la laparotomie sous-péritonéale*.

M. *Lucas-Championnière* s'est trouvé deux fois en présence de faits de ce genre. Une fois, il y a trois ans et demi, malgré l'analogie avec une salpingite, il a diagnostiqué une masse ganglionnaire siégeant au détroit supérieur et, par une incision extra-péritonéale, il a évacué de la bouillie ganglionnaire. Le résultat thérapeutique a laissé à désirer. L'autre malade fut laparotomisée en prévision d'une salpingite datant d'un accouchement. Or, derrière de nombreuses adhérences intestinales et épiploïques, il existait seulement une volumineuse adénopathie rétro-péritonéale, que M. Championnière ne jugea pas à propos d'extirper. Il fit bien, car elle a peu à peu diminué, et les accidents douloureux, liés sans doute aux adhérences de voisinage, ont complètement cessé.

M. *Terrier* ne croit pas son observation semblable à celle de M. Pozzi. M. Terrier, en effet, a abordé, à travers le péritoine, une masse qui ne faisait pas saillie vers la paroi abdominale. Or c'est pour les abcès pelviens pointant de ce côté que M. Pozzi recommande la laparotomie sous-péritonéale. Même alors, d'ailleurs, M. Terrier la rejette ; car dans ces conditions les annexes sont le plus souvent malades et doivent être enlevés si l'on veut obtenir une guérison définitive. La première observation de M. Championnière ressemble à celle de M. Pozzi, et la seconde prouve que la laparotomie seule pouvait être efficace.

M. *Pozzi* conteste que dans son cas il y eût une saillie vers la paroi abdominale. Il y avait une tumeur réellement profonde. Au reste, il ne se déclare nullement l'adversaire de la laparotomie.

M. *Championnière* fait une déclaration analogue.

— M. *Terrillon* communique une observation de *trépanation guidée par les localisations cérébrales*, sur un enfant atteint d'un abcès du cerveau consécutif à une ostéomyélite aiguë du temporal. Fait intéressant au point de vue pathogénique, car la dure-mère séparait l'os malade du foyer encéphalique. Les accidents avaient simulé, au début, une fièvre typhoïde ; puis un phlegmon temporal apparut, qui fut débridé sans que le lendemain les phénomènes cérébraux qui le compliquaient eussent disparu. Ces phénomènes consistaient en une monoplégie brachiale, avec aphasie et paralysie faciale. M. Terrillon trépana donc sur la moitié inférieure de la frontale ascendante, comptant trouver un foyer entre la dure-mère et l'os. Rien de semblable n'existait. Mais, confiant dans la physiologie, M. Terrillon fit des ponctions exploratrices et à la troisième vit sourdre du pus ; le bistouri, conduit par l'aiguille, incisa largement cet abcès cérébral, et, dès que le malade fut réveillé, on constata que les accidents paralytiques avaient presque complètement cessé. Au bout de trois jours, il est vrai, des accidents inflammatoires aigus emportèrent l'opéré ; mais il n'en reste pas moins prouvé par ce fait que la doctrine des localisations est d'une importance chirurgicale indiscutable.

M. *Th. Anger* rapporte une observation non moins pro-

baute sur un homme de trente-huit ans, atteint d'une fistule mastoïdienne assez ancienne, puis d'une paralysie du membre supérieur gauche. M. Tuffier lui a évacué sans hésitation une collection purulente du cerveau. Il est mort en quarante-huit heures.

M. *Championnière* ne croit pas devoir défendre une fois de plus cette doctrine. Il ajoute seulement qu'il y a peu de temps il a ouvert un foyer d'hémorrhagie cérébral à un monoplégique (membre supérieur) souffrant d'accès épileptiformes. On n'a pas pu régénérer la zone détruite, aussi la monoplégie a-t-elle persisté. Mais les crises convulsives ont cessé.

— M. *Kirmisson* se déclare partisan de l'*extraction des balles logées dans le rocher*, et il ajoute une observation à celles qu'ont publiées MM. Berger, Périer, Terrier. Son malade est un homme qui s'était tiré quatre balles dans la tête : deux au sourcil, une à la tempe, une dans l'oreille. La plaie temporale était grave. Le blessé a guéri pourtant, mais en conservant de l'otorrhée, si bien que, pour l'en débarrasser, M. Kirmisson a enlevé la balle, en deux morceaux, après décollement du pavillon de l'oreille et trépanation mastoïdienne, comme le conseille M. Berger; une tentative d'extraction par le méat avait échoué. L'opéré a guéri. Aussi M. Kirmisson s'élève-t-il contre l'abstention, que préconise M. Tachard. De plus, M. Tachard conteste l'utilité de l'explorateur électrique de Trouvé. M. Kirmisson, au contraire, s'en loue; il n'a, d'autre part, obtenu aucun renseignement par le stylet de Nélaton.

M. *Chauvel* rappelle que, dans son rapport sur le travail de M. Tachard, il a combattu les conclusions de cet auteur et a affirmé que la méningo-encéphalite, loin d'être une contre-indication, est au contraire une indication à l'extraction. Mais il ne faut intervenir que s'il y a des accidents. L'explorateur de Trouvé est un bon instrument, quand il donne un renseignement positif; mais il ne faut pas croire sans réserves à ses négations. En temps de guerre, il rendrait probablement peu de services.

M. *Reynier* a fait deux opérations calquées sur celles de M. Kirmisson, et s'est bien trouvé de l'explorateur électrique. Il pense que, pour les trajets de quelque profondeur, le stylet de Nélaton est un instrument très infidèle.

A. BROCA.

Société de biologie.

SÉANCE DU 27 JUIN 1889. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Présentations d'ouvrages : MM. E. Berger et Roger. — Sur la périnéphrite : M. Albarran. — Production de courants électriques dans la peau sous l'influence des excitations sensorielles ou psychiques : M. de Tarchanoff. — Appareil pour la pêche sous-marine : M. le prince A. de Monaco. — Effets des injections de liquide testiculaire : M. Variot. — Action des injections d'extraits de divers organes glandulaires : M. Brown-Séquard. — Expériences sphygmométriques : M. Bloch. — Passage de l'oxyhémoglobine dans la bile de la vésicule après la mort : MM. Meyer et Wertheimer. — Photographies du sang : M. d'Arsonval. — Importance de la température pour la détermination des espèces microbiennes : M. Rodet. — Développement du bacille typhique dans le moût de cidre : M. L. Olivier.

M. *Dumontpallier* présente, de la part de M. *E. Berger*, un ouvrage intitulé : *Anatomie normale et pathologique de l'œil*; et, de la part de M. *G. H. Roger*, un mémoire extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, l'article INTESTIN (physiologie).

— M. *Albarran* a étudié les lésions et le développement de la périnéphrite suppurée. C'est une affection que l'on confond souvent avec la pyélo-néphrite, mais qui peut, en réalité, en être distinguée très nettement, ce qui est fort important au point de vue du traitement.

— M. *de Tarchanoff* (de Saint-Pétersbourg) a observé que, sous l'influence des excitations sensorielles ou de l'activité psychique, sous quelque forme que ce soit, chez l'homme à l'état normal, il se développe dans la peau des courants électriques assez intenses que le galvanomètre décèle aisément. Ces courants vont toujours du point où il y a le moins de glandes sudoripares au point où il y en a le plus, et paraissent par conséquent liés au fonctionnement de ces glandes; ils persistent quelques secondes après que l'excitation a cessé. Quand le sujet en expérience se trouve fatigué par un travail musculaire préalable, on ne constate plus ces courants. M. de Tarchanoff propose d'expliquer ces faits par le rôle régulateur qu'exercerait l'appareil sudoripare vis-à-vis des fonctions cérébrales. Les actions psychiques tendent en effet à augmenter la température et les processus de désassimilation; les glandes sudoripares interviennent pour diminuer la transpiration, et, d'autre part, comme organe d'élimination.

— M. *le prince de Monaco* présente et décrit un filet qu'il a fait construire pour la pêche sous-marine à des profondeurs différentes.

— M. *Variot* a fait, sur trois sujets différents, des injections sous-cutanées d'extrait de testicules, d'après le procédé récemment indiqué par M. Brown-Séquard, et il a observé d'une façon générale les effets signalés par ce dernier : retour des forces, fonctions digestives régularisées, etc.

M. *Brown-Séquard* fait observer combien sont variables les effets obtenus à la suite d'injections pratiquées avec des extraits de différentes glandes : ainsi le liquide pulmonaire est très toxique, comme l'ont montré les expériences qu'il a faites avec M. d'Arsonval; le liquide testiculaire a au contraire des effets favorables à l'organisme; les extraits du foie ou du rein n'ont aucune action.

— M. *Bloch* présente les résultats de nombreuses observations qu'il a faites sur lui-même à l'aide du sphygmomètre qu'il a imaginé et décrit, il y a un an déjà; ces observations ont trait surtout aux variations de la pression artérielle avant, pendant et après le repas.

— M. *Gley* dépose une note de MM. *Meyer* et *Wertheimer* (de Lille) sur le passage de l'oxyhémoglobine dans la bile de la vésicule quelques heures après la mort. C'est un phénomène cadavérique dont les auteurs expliquent le mécanisme.

— M. *d'Arsonval* montre des photographies du sang qui révèlent toutes une bande dans la région ultra-violette du spectre, bande que l'on retrouve dans le sang veineux comme dans le sang artériel. Pour constater ce fait, il faut, bien entendu, se servir d'un spectroscope qui n'absorbe pas les radiations ultra-violettes.

— M. *Chauveau* présente une note de M. *Rodet* (de Lyon) qui montre l'importance de la température dans la détermination des espèces microbiennes, et particulièrement du bacille typhique.

— M. *L. Olivier* a constaté que la fermentation qui se produit dans la fabrication du cidre ne nuit pas à la vitalité du bacille typhique.

SÉANCE DU 6 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. DUMONTPALLIER.

Recherches sur la phase de la contraction musculaire pendant laquelle a lieu le dégagement de chaleur : M. Mendelsohn. — Divers effets du froid sur l'homme : M. Féré. — De la circulation retrograde du courant sanguin dans les veines : M. Thomayer. — Sur les modifications de l'immunité naturelle par les associations microbiennes : M. Roger. — Applications thérapeutiques du chlorhydrate d'hyoscine : MM. Magnan et Wolf. — Traitement du tétanos par la greffe palustre : M. Bossano. — Culture du bacille typhique dans l'eau d'égout : M. Louis Olivier.

M. *Mendelsohn* a cherché à savoir à quel moment de la contraction du muscle a lieu le dégagement de chaleur qui accompagne cette contraction. De ses expériences il résulte qu'entre l'excitation et le début du dégagement de chaleur, il existe une période latente de 5 à 6 millièmes de seconde, plus courte que la période latente de la contraction. Le dégagement de chaleur commence donc dans la période latente, se continue dans la phase de raccourcissement, et cesse quand apparaît la phase de relâchement.

— M. *Féré* présente quelques faits qu'il a eu occasion d'observer chez les malades de son service sous l'action du froid. L'action de l'air sur la peau, à une température peu élevée, produit une vaso-constriction générale, mais accompagnée d'une production de sueur dans les aisselles. L'ingestion brusque d'un verre d'eau froide augmente la pression, l'ingestion lente l'augmente beaucoup moins. Sous l'influence du refroidissement d'un membre, chez des hystériques, le temps de réaction de ce membre s'accroît; il diminue sous l'influence de la chaleur. Il ne se passe rien dans le membre symétrique. D'ailleurs, M. Féré, en répétant les expériences de Brown-Séquard et Tholozan, est toujours arrivé à des résultats négatifs.

— M. *Dastre* présente une note de M. *Thomayer*. Celui-ci a constaté, par l'auscultation et la palpation, sur des veines variqueuses du membre inférieur, l'apparition d'un courant rétrograde sous diverses influences, pendant un effort de ténesme, par exemple. Il a pu constater le même fait sur une saphène normale.

— M. *Roger* a recherché si l'action du *micrococcus prodigiosus*, qui supprime l'immunité naturelle du lapin pour le charbon symptomatique, peut être rapportée à une altération de tissus, comme celle que produit l'acide lactique. Il n'en est rien, car ses expériences lui ont montré que cette action du *micrococcus prodigiosus* s'exerce tout aussi bien si on l'inocule en un point éloigné de celui où on inocule le charbon, ou bien si on injecte un peu de culture dans les veines. Dans ce dernier cas, il suffit même d'une dose très minime.

— MM. *Magnan* et *Wolf* ont employé le chlorhydrate d'hyoscine contre l'agitation des maniaques. Ils ont obtenu des effets de sédation très remarquables par l'injection sous-cutanée d'un milligramme par jour. Ils ont produit régulièrement un repos de cinq à dix heures.

— M. *Laborde* présente une note de M. *Bossano* (de Marseille). Celui-ci a essayé de rendre le tétanos intermittent pour le rendre curable. Il a inoculé à des cobayes du virus palustre en même temps que le virus tétanique. Tous ces animaux sont morts du tétanos, mais moins vite que les témoins.

— M. *Louis Olivier* a pu cultiver le bacille typhique dans de l'eau des égouts du Havre, filtrée à la bougie Chamberland.

— M. *Charrin* fait hommage à la Société d'un exemplaire de son livre sur le *bacille pyocyanique*.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 26 JUIN 1889. — PRÉSIDENCE DE M. FERNET.

Dosage du sucre dans les urines des diabétiques : M. Duhomme (Discussion : MM. Édouard Labbé, Bocquillon, Constantin Paul, Buquoy).

M. *Duhomme* lit une communication sur la saccharimétrie clinique, en réponse à un article paru dans l'*Union pharmaceutique* de juillet 1888. Les dosages du sucre contenu dans les urines de diabétiques pratiqués avec la liqueur cupro-potassique donnent des résultats très irréguliers, parfois même contradictoires. Le polarimètre lui-même trompe quelquefois, car il peut ne pas donner de déviation alors qu'il y a du sucre dans les urines examinées, ce qui tiendrait à une déviation de compensation produite par une autre substance. Par suite, les analyses d'un même liquide pratiquées avec le réactif cupro-potassique d'une part, avec le polarimètre d'autre part, fournissent souvent des données absolument différentes. Pour les besoins de la clinique, il serait plus utile de renouveler souvent les analyses d'urines diabétiques que de chercher à obtenir des dosages rigoureusement exacts.

M. *Constantin Paul* fait remarquer que depuis quelques années on fait analyser les urines diabétiques beaucoup plus fréquemment qu'autrefois ; or il est étonné de voir la multiplicité de détails que comprennent les analyses faites par les pharmaciens en un temps véritablement très court, quelques heures seulement. Les malades peu confiants dans l'exactitude de ces dosages font souvent analyser les mêmes urines dans deux pharmacies différentes, et presque toujours les résultats fournis par les deux maisons diffèrent et souvent dans des proportions considérables. Comment savoir alors de quel côté est l'erreur ?

M. *Duhomme*. Cela n'est pas possible absolument. Des analyses polarimétriques faites avec un ami, dans des conditions identiques, nous ont donné des différences. Du reste on pose au polarimètre une question à laquelle il ne peut répondre, il ne peut qu'indiquer la quantité des substances lévogyres et dextrogyres. D'autre part ce n'est pas l'exactitude du dosage qui importe le plus au médecin, car la quantité du sucre n'est pas toujours en rapport avec la gravité de la maladie. Ce qu'il est bien plus important de savoir, c'est si cette quantité augmente ou diminue, si elle est influencée par le traitement et le régime.

M. *Édouard Labbé* a employé fréquemment les procédés de recherches de M. Duhomme et les a trouvés excellents. D'autre part, il croit que le polarimètre peut rendre de bons services, en révélant les variations subies par la quantité de sucre dans les urines, suivant le régime. Il observe ainsi plusieurs malades, à la maison de santé, chez lesquels le sucre diminue beaucoup et même disparaît sous l'influence du traitement, pour se montrer à nouveau si le régime est abandonné. Pour démontrer l'importance de ces observations, il rapporte le fait d'un homme âgé, diabétique, à prostate grosse, qui, à chaque écart de régime, voyait son sucre augmenter et était pris d'une prostatite dont l'une l'emporta. Dans d'autres cas le diabète peut subir presque exclusivement les variations d'une affection concomitante du foie. C'est ce qui se passe chez un malade qui a eu jadis des coliques hépatiques violentes, et maintenant a une vésicule biliaire distendue, remplie de calculs, qu'on sent facilement par la palpation. Chaque fois que l'accumulation des calculs est trop grande, l'ictère apparaît avec une abondante glycosurie. Aussitôt les calculs expulsés, celle-ci disparaît, quel que soit le régime.

M. *Bocquillon* considère la méthode de M. Duhomme comme très simple, rapide et pratique, même pour le pharmacien.

M. *Duhomme* croit que ces malades n'ont rien de commun avec les diabétiques vrais, de même pour les individus qui sans éprouver aucun phénomène pathologique, aucune altération de la santé, rendent du sucre dans leurs urines. C'est là un diabète purement chimique. Quant aux malades soumis au régime restreint, ils doivent avoir leurs urines analysées presque chaque jour afin que le médecin juge quelles modifications il peut apporter à celui-ci. La question de savoir si on peut leur permettre du lait ou du pain, ce dont ils sont le plus privés, ne peut être tranchée qu'après le résultat de l'examen des urines. Le lait par exemple doit être défendu à certains et peut être permis à d'autres, suivant qu'il fait reparaître ou non le sucre dans les urines.

Pour toutes ces raisons il est dangereux de s'en rapporter à une analyse unique faite dans une pharmacie.

M. *Constantin Paul.* Certaines nourrices atteintes de glycosurie ne peuvent être, sans inconvénients, soumises à un régime sévère. Une femme, excellente nourrice, vit aussi disparaître son sucre sous l'influence du traitement de Bouchardat, mais elle devint bientôt complètement malade. On lui rendit le régime ordinaire, la santé revint et avec elle toutes ses qualités de bonne nourrice.

M. *Bucquoy.* Ce qui se passe pour le lait chez les diabétiques, s'observe pour l'emploi des œufs dans l'alimentation des albuminuriques. Parmi ceux-ci, il en est qui digèrent bien les œufs, tandis que d'autres ne peuvent en prendre sans voir leur albuminurie augmenter. L'analyse seule faite avec le tube d'Esbach, suffit à nous guider dans cette question.

M. *Duhomme* conclut à la nécessité pour le médecin de faire lui-même ses analyses et à l'impossibilité d'être absolu pour le traitement, particulièrement en ce qui concerne l'usage du lait.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Georges Baudouin.

REVUE DES JOURNAUX

Du traitement de la diphthérie par insufflation de sucre en poudre, par M. Lorey. — Suivant le conseil d'Œrtel, il faut avant tout chercher à obtenir l'élimination des fausses membranes. La réaction inflammatoire provoquée par la diphthérie ne doit pas être combattue; il est bon au contraire qu'elle aboutisse à la formation du pus. On obtient ce résultat par les insufflations de poudre de sucre; elles doivent être fréquentes, et le tube en verre qui sert à les faire doit être désinfecté après chaque opération. Dans le cas où la maladie se propage au larynx, les insufflations devront être faites à l'entrée de celui-ci.

Ce traitement a été appliqué dans quatre-vingts cas, chez des malades de tout âge; la durée de la maladie a été abrégée; les fausses membranes devenues moins épaisses, comme crémeuses, se sont éliminées facilement, et la muqueuse a sécrété un liquide abondant. Le sucre non seulement est un antiseptique, mais encore il calme la douleur. Il est bon en outre de faire de fréquents lavages avec une solution faible de sel de cuisine. En cas de propagation au larynx, l'auteur ajoute à ce traitement une potion de 120 grammes contenant 5 à 10 centigrammes d'apomorphine. (*Wiener medicinische Wochenschrift*, 13 janvier 1889.)

Emploi du sel de cuisine contre la diphthérie, par M. Seibert. — L'auteur recommande d'appliquer du sel en poudre sur les amygdales, avec le manche d'une cuillère à café, et d'exercer ainsi une certaine compression qui fera pénétrer le sel dans les fausses membranes. Les enfants supportent bien cette application et ne se mettent à tousser, à cracher et à expulser les fausses membranes que quand le sel commence à fondre. Sur les surfaces dénudées on fait une seconde application. Au bout de six heures déjà l'amélioration s'annonce par la diminution de la fièvre et de la douleur. Il suffit de faire deux applications par jour. Quand la maladie est très avancée, ce traitement n'est pas plus efficace que les autres. (*Wiener medicinische Wochenschrift*, 17 février 1889.)

Du traitement de la manie par l'opium, par M. Jolly. — Au Congrès des aliénistes de Carlsruhe l'auteur a recommandé de traiter la manie, surtout celle qui est caractérisée par une allure uniforme, par l'opium. Il emploie la teinture d'opium à la dose croissante de dix à cinquante gouttes, trois fois par jour. Il croit que l'opium agit directement sur la substance cérébrale. Les femmes supportent mieux l'opium, qui chez elles donne aussi de meilleurs résultats. Le professeur Fürstner le recommande aussi dans la manie chronique. (*Wiener medicinische Presse*, 27 janvier 1889.)

Du traitement de l'urémie par la morphine, par M. Stephen Mackenzie. — Chez une femme atteinte depuis cinq mois d'œdème des extrémités inférieures et d'ascite, et dont l'urine était riche en albumine et en cylindres granuleux, se montra de l'urémie avec dyspnée, palpitations et cyanose prononcée. On employa inutilement l'éther, l'ammoniaque et le nitrite d'amyle. Une injection hypodermique de morphine de 1 centigramme amena une grande amélioration en dix minutes. Le docteur Carter a aussi employé avec succès la morphine dans six cas d'urémie. (*Wiener medicinische Presse*, 9 juin 1889.)

Du gonflement de la rate dans les inflammations des poumons, par M. Gerhardt. — Selon l'auteur on constate de l'hypertrophie de la rate dans la moitié des cas de pneumonie; elle survient principalement au moment de la résolution de la maladie et se distingue ainsi de l'hypertrophie de la rate qui accompagne les autres maladies infectieuses. On peut la considérer comme étant « spodogène », c'est-à-dire provoquée par l'accumulation dans la rate des débris de globules rouges et blancs, qui y ont été entraînés. La peptonurie que l'on trouve plusieurs jours encore après la résolution de la pneumonie a sans doute une cause analogue, et est produite par de nombreux globules blancs qui sont morts, et qui proviennent de l'exsudat pneumonique. Il en est de même de l'ictère léger avec apparition de bilirubine dans l'urine, qui se montre chez les malades atteints de pneumonie, et qui est produit par le passage dans le plasma sanguin de la matière colorante des globules rouges détruits qui proviennent de l'exsudat pneumonique. (*Charité Annalen*, XIII, p. 325, 1888, et *Centralblatt für med. Wissensch.*, 2 mars 1889.)

De la localisation du tabes, par M. Jendrassik. — A la symptomatologie très variée du tabes on attribue une altération organique unique : la dégénérescence des cordons postérieurs de la moelle. L'auteur rappelle que Déjerine, Pitres et Vaillard, Oppenheim et d'autres ont constaté dans certains cas des altérations des nerfs périphériques. Il a eu l'occasion d'étudier deux cas de tabes caractéristiques, où à côté des lésions de la moelle il a trouvé des lésions du cerveau; celles-ci siégeaient dans l'écorce, et surtout dans les circonvolutions inférieures et postérieures; les antérieures étaient saines contrairement à ce qui a lieu dans la démence paralytique. Dans certaines circonvolutions il a constaté la disparition des fibres radiées, non seulement dans l'écorce, mais aussi de celles qui pénètrent dans la substance blanche; ailleurs les cellules nerveuses paraissaient être altérées. L'auteur, considérant que le centre de la coordination des mouvements ne se trouve que dans l'écorce du cerveau, émet l'opinion que le tabes est surtout une affection du cerveau et non de la moelle, et que la sclérose des cordons postérieurs est une altération consécutive. Les altérations de la sensibilité sont dues, non à une transmission incomplète, mais à un trouble dans la perception des impressions sensitives. (*Archiv für klinische Med.*, 20 décembre 1888, et *Centralblatt der med. Wissensch.*, 1er juin 1889.)

Travaux à consulter.

LA LAPAROTOMIE DANS L'OCCLUSION INTESTINALE, par M. OBALINSKI (de Cracovie). — Ce travail a été communiqué en 1888 au Congrès des médecins polonais, à Lemberg. L'auteur s'y déclare partisan de la laparotomie, mais ne s'appuie pour cela sur aucune considération nouvelle. Le seul point intéressant est sa statistique. Elle comprend 38 observations, dont 20 ont déjà été publiées en 1885 (*Wiener med. Presse*); 18 seulement sont donc rapportées ici *in extenso*. Ces 38 faits concernent 36 malades; ils donnent 23 morts et 15 guérisons, soit 60, 5 pour 100 de mortalité, chiffre concordant avec la mortalité de 58 pour 100 trouvé par Schramm depuis l'antisepsie. Le perfectionnement de l'opérateur joue un rôle important; sur les 19 premiers cas Obalinski a eu 67 pour 100 de décès, et 52, 6 pour 100 pour les 19 derniers. Si, d'autre part, on élimine 7 malades opérés *in extremis*, on a 31 opérations avec 16 morts, soit 51 pour 100. (*Ueber den Bauchschnitt bei innerem Darmverschluss*, in *Arch. f. klin. Chir.*, t. XXXVIII, p. 249.) A. B.

DES PROPRIÉTÉS MÉDICINALES DE L'HYSTERIONICA BAGLAHEN, par M. le docteur G. BAILLÉ. — Cette plante s'emploierait en infusion ou bien en teinture et arrêterait la diarrhée à la dose physiologique.

C'est vraisemblablement un astringent dont on peut prescrire la teinture alcoolique sans produire, paraît-il, la constipation. C'est cependant l'infusion que l'auteur emploie volontiers pour combattre la diarrhée des tuberculeux, des cancéreux et des cachectiques ou comme moyen préventif, pendant l'administration du mercure et des médicaments qui provoquent des perturbations intestinales. (*Bulletin général de thérapeutique*, 28 février 1889.)

DE L'APOMORPHINE DANS LES EMPOISONNEMENTS, par M. le docteur Oliver TAIT. — L'auteur a eu sept fois l'occasion de faire usage de ce médicament à la dose d'un sixième ou d'un douzième de grain pour provoquer les vomissements dans des empoisonnements. Les deux premières observations sont celles d'individus ayant ingéré du laudanum : l'injection hypodermique d'un sixième de grain provoqua en trois minutes l'évacuation des matières contenues dans l'estomac. Même succès après l'ingestion de l'arsenic, du chloroforme et de la préparation connue sous le nom de mort aux rats. Tous ces malades guérirent d'ailleurs dans l'espace de deux ou trois jours. (*The therapeutic Gazette*, 15 avril 1889, p. 242.)

DU TRAITEMENT DE LA DIPHTHÉRIE, par M. le docteur EVTUKHOWSKY. — L'auteur se fonde sur de nombreux succès pour recommander la médication suivante : 1° badigeonnages énergiques sur la muqueuse des parties malades cinq à six fois par jour avec une mixture composée de benzoate de soude, d'essence d'eucalyptus et de glycérine; 2° inhalations phéniquées, que l'on répète toutes les heures; 3° administration du sulfate de quinine à l'intérieur; alimentation du malade, avec le lait, des potages et du vin. Remarquons que ces moyens thérapeutiques ne sont pas inédits, mais que M. Evtukhowsky attribue surtout ses succès à leur association. (*Novosti Terap.*, 1889, n° 7, p. 98.)

DE L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DE L'ANTIPYRINE, par MM. les docteurs CHOLAS et HUGONNENQ. — Les expériences des deux observateurs lyonnais avaient pour objet de rechercher l'influence de l'antipyrine sur la sécrétion urinaire et les globules sanguins.

Ils déclarent, opinion contraire aux conclusions d'autres observateurs, que l'antipyrine ne diminue pas l'excrétion urinaire, mais augmente le chiffre de l'urée éliminée par l'urine, sans modifier celui de l'acide phosphorique. Elle ne favoriserait donc pas la dénutrition.

Son action sur les hématies serait nulle. Le nombre de ces dernières ne serait guère diminué. Par contre, fait contraire aux observations si remarquables de M. A. Hénocque, l'action de l'antipyrine ne se traduirait pas par une augmentation de la méthémoglobine. Ces conclusions, on le voit, diffèrent de celles des autres observateurs. (*Lyon médical*, 3 mai 1889.)

DE LA VALEUR THÉRAPEUTIQUE DE LA SPARTÉINE, par M. GLUZINSKI. — L'auteur a repris l'étude clinique et physiologique du sulfate de spartéine. C'est, dit-il, un médicament utile contre les cardiopathies mal compensées. On constate en effet la régularisation du cœur dans les premiers instants qui suivent son administration, car ce qui en caractérise les effets, c'est précisément la rapidité avec laquelle ils se produisent.

La spartéine ne modifie pas l'arythmie cardiaque et à tous les points de vue, telle est la conclusion générale de M. Gluzinski, ne peut être comparée à la digitale. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 14 mars 1889.)

DE LA STRYCHNINE DANS LA PARALYSIE DIPHTHÉRITIQUE, par M. B. NAUNYN. — C'est sous forme d'injection au niveau des muscles paralysés que l'auteur recommande cette médication. Il débute par une dose quotidienne de 3 à 5 milligrammes du médicament; il l'augmente progressivement et l'élève à 1 centigramme vers le huitième jour.

Dans le milieu du second septénaire, il suspend la médication et fait durer la période de repos durant sept ou huit jours. Les seuls inconvénients de ce remède sont l'excitation musculaire, la provocation des vomissements et parfois la diminution du sommeil. C'est un traitement, — inutile d'insister sur ses inconvénients, — que l'on doit employer avec la plus grande prudence. (*Med. chir. Rundschau.*, 1889, n° 4.)

BIBLIOGRAPHIE

Les agents provocateurs de l'hystérie, par M. Georges GUINON. Thèse de doctorat. — Paris, 1889. Aux bureaux du *Progrès médical*.

Il est assez curieux de jeter un regard en arrière et de constater pour ainsi dire année par année l'avancement de nos connaissances en neuropathologie générale. C'est surtout pour l'hystérie que cette marche en avant est sensible. M. le professeur Charcot, après avoir nettement établi le domaine symptomatique de cette affection, a montré que, quelle que fût son origine, la maladie restait toujours *une* et n'empruntait à la cause qui paraissait la déterminer que des caractères de second ordre, incapables de dissocier son unité symptomatique comme avait pu être dissocié le vieux syndrome épilepsie : après l'étude des localisations cérébrales. Qu'elle soit causée par l'alcool, le plomb, le sulfure de carbone, le mercure, le traumatisme ou la foudre, l'hystérie reste toujours la même, affirmée par sa constante clinique : l'ensemble de ses stigmates.

Georges Guinon, dans sa thèse inaugurale, étudie les *agents provocateurs de l'hystérie;* ceux tout au moins qui ont fait entrer cette dernière depuis quelques années dans une phase toute nouvelle.

Dans ses premiers chapitres l'auteur prouve que dans les cas d'intoxications, d'infection par maladie; au milieu des émotions violentes causées par la frayeur seule, le traumatisme, les tremblements de terre; à la suite du surmenage physique ou intellectuel on peut voir survenir une maladie nerveuse qui est l'hystérie, et rien autre chose que l'hystérie.

A l'appui de son dire Guinon rapporte les observations qui ont fixé la science sur ce point. Nous voyons ainsi défiler devant nous un lycéen devenu hystérique après des tentatives d'hypnotisation; une femme de trente-huit ans chez qui surviennent des attaques de nerfs, des contrac-

tures, des points hystérogènes, de l'hémianesthésie à la suite de séances de magnétisme faites dans une boutique de la foire; une famille de quatre enfants rendus hystériques par des pratiques de spiritisme, etc.

La question du shock nerveux est traitée d'une façon remarquable : l'auteur rapporte certaines observations remontant assez haut et prouvant que de tout temps on a pu constater des faits imputables au shock nerveux et ressortissant à l'hystérie. Il étudie les effets des accidents de chemin de fer, des tremblements de terre, de la foudre et montre l'importance des spéculations de l'esprit sur la production des phénomènes de paralysie, de contractures ou d'arthralgies qu'on observe en pareils cas.

Les maladies infectieuses ne causent l'hystérie qu'en créant un état d'anémie propre à l'éclosion des phénomènes hystériques, elles peuvent, au dire de Guinon, produire l'état de choc nerveux évidemment favorable à l'éclosion de la névrose. La fièvre typhoïde a provoqué d'emblée l'hystérie qui ne s'était pas encore manifestée jusque-là. Il en est de même de la pneumonie, des observations de M. Charcot, de Desterne en font foi; de la scarlatine, du rhumatisme articulaire aigu (Huchard, Furet), du diabète sucré, de l'impaludisme, de la syphilis.

Guinon nous montre ensuite l'hystérie survenant dans tous les états pathologiques où il y a un affaiblissement considérable du malade, les hémorrhagies, le surmenage, les excès vénériens et l'onanisme.

L'anémie et la chlorose constituent des agents provocateurs très importants de l'hystérie. La question des intoxications est très bien présentée et discutée. Plomb, alcool, mercure, ne sont plus que des agents provocateurs d'une hystérie qui existait en puissance la plupart du temps en vertu des lois de l'hérédité. Le sulfure de carbone agit comme les poisons cités plus haut, et M. Charcot a présenté à ses leçons du mardi un malade sulfo-carboné fort remarquable à cet égard.

L'hystérie est, il est vrai, intimement liée aux organes génitaux, mais dans un sens tout différent de celui qu'admettaient les anciens. L'accouchement, pour ne citer qu'un exemple, constitue un véritable et très grand traumatisme. Les tumeurs de l'utérus ou de ses annexes peuvent déterminer chez une prédisposée l'avènement de l'hystérie, mais non créer celle-ci de toutes pièces.

Guinon consacre un chapitre aux maladies nerveuses qui se combinent le plus souvent à l'hystérie.

Par ordre de fréquence il cite la sclérose en plaques, le tabes, la maladie de Friedreich, affections longues et affaiblissantes, qui jouent vis-à-vis de l'hystérie le rôle de puissants agents provocateurs. On peut en dire autant de la myopathie progressive primitive, du mal de Pott. Quoi qu'il en soit, l'hystérie combinée avec ces différentes affections ne présente aucun phénomène hybride, elle reste une et indivisible et constitue en somme une entité nosologique aussi solide et même plus solide qu'aucune autre maladie de la catégorie organique.

L'hystérie n'est pas la seule affection qui puisse suivre le traumatisme et les différentes perturbations dont on vient de faire l'énumération, la neurasthénie s'unit assez volontiers à l'hystérie ou bien se produit isolément, pour son propre compte, et c'est à elle qu'on doit imputer cet état d'affaiblissement, de dépression, ces douleurs de la tête et de la nuque qui, mêlées à d'autres symptômes et simulant les phénomènes d'ordre organique, ont donné le change aux auteurs qui ont décrit une *névrose traumatique*.

Après avoir très éloquemment démontré que tous les agents provocateurs dont il vient de faire l'historique n'agissent que comme cause occasionnelle, Guinon défend chaudement les idées de M. Charcot et montre les relations étroites de l'arbre arthritique et de l'arbre nerveux, il montre l'hérédité comme la vraie cause de l'hystérie dans toutes ses manifestations.

Peut-on dire que l'agent provocateur n'a aucune influence? Non assurément : un hystérique saturnin présentera par exemple une mononoplégie dans laquelle il y a paralysie des extenseurs, un mercuriel sera surtout un trembleur hystérique; l'alcoolique hystérique sera surtout violent dans ses manifestations; il aura des hallucinations, des rêves horribles comme en ont les alcooliques; le syphilitique aura une *céphalée* hystérique, etc.

Un des chapitres les plus intéressants de la thèse de Guinon est celui où l'auteur montre la manière dont se produisent sous l'impulsion des agents provocateurs les phénomènes hystériques : tantôt l'apparition est brusque, tantôt le phénomène se fait lentement, avec réflexion pour ainsi dire. Une longue période d'incubation sépare la cause occasionnelle, chute, intoxication, émotion morale vive, de son effet : l'hystérie confirmée.

Le travail de Guinon avec ses belles observations, ses schémas et ses indications bibliographiques sans nombre constitue un véritable monument dans l'histoire de l'hystérie. C'est là un de ces livres précieux qui dispensent le neuropathologue des recherches longues et fastidieuses. L'élévation du sujet, la clarté des discussions et des descriptions, l'élégance du style, assureront certainement le succès de ce livre qui fait honneur à son auteur et à l'école française tout entière.

P. B.

VARIÉTÉS

Faculté de médecine de Paris. — M. Hallopeau est nommé préparateur adjoint du laboratoire de chimie, en remplacement de M. Alard, démissionnaire.

Clinicat médical. — Le concours pour le clinicat médical vient de se terminer par les nominations suivantes :

M. Pignol, pour l'Hôtel-Dieu ; M. Marfan, pour Necker, et M. Guinon, pour la Salpêtrière.

Légion d'honneur. — Ont été promus ou nommés :

Officiers : MM. Lévy, Milon, Renard, médecins principaux de 1re classe; Bresson, Servent, Barthélemy, Weill, Lenoir, Lemardeley, médecins principaux de 2e classe; Landrin, Uiz, médecins-majors de 1re classe; Bouloumié, secrétaire général de l'Union des femmes de France; Johard, médecin en chef de la marine; Merlaux del Ponti, médecin principal de la marine.

Chevaliers : MM. Douat, Lelorrain, Catteau, Billet, Emmerique, Fournié, Castaing, Charvot, médecins-majors de 1re classe; Georges, Vuillemin, Kleinpetter, Philippe, Hussenet, Larroque, Cros, Lafille, Roblot, Girardin, médecins-majors de 2e classe, Gautier, médecin au fort de l'Ecluse (Ain); Reynaud, Auvray, Gallay, Pfihl, Cauvet, Le Landais, Kuenemann, médecins de 1re classe de la marine.

Cours de microbiologie du Val-de-Grace. — Un cours de microbiologie spécialement destiné aux médecins militaires a été institué au Val-de-Grâce et professé deux fois déjà. Une note publiée en tête du dernier numéro des *Archives de médecine et de pharmacie militaire* en annonce la réouverture et invite les médecins de l'armée à se perfectionner au préalable dans l'étude des travaux de laboratoire afin de mieux suivre cet enseignement dont voici le programme :

Caractères généraux des micro-organismes. — Formes principales. Moyens de multiplication et de reproduction. Conditions qui président à leur nutrition. Traits essentiels de leur biologie. Saprophytes. Bactéries pathogènes; ptomaïnes.

De la technique applicable à l'étude des microbes. — Méthodes de recherche :

Observation microscopique. Procédés de coloration.
Cultures.
Inoculation des animaux.

Préparation des milieux de culture. — Milieux liquides : bouillons.
Milieux solides : gélatine, gélose, pomme de terre.
Stérilisation des milieux nutritifs.
Procédés de culture. Aérobies.

Les microbes considérés dans l'air, le sol, l'eau. — Comment se comportent les agents pathogènes dans ces divers milieux. Étude pratique de l'eau. Numération des bactéries. Recherche des agents pathogènes. Procédés à employer pour leur isolement. Des cultures sur plaques de gélatine.

Microbes de la bouche et du tube digestif. — Saprophytes auxiliaires de la digestion. Bactéries pathogènes. Diagnose de quelques organismes communs dans les matières fécales, au point de vue de leur recherche dans les eaux potables.

Charbon bactéridien. — Importance de son étude au point de vue doctrinal.
Morphologie, biologie, culture de la bactéridie. Sa spore.
Le charbon des animaux; son étiologie.
Le charbon de l'homme : pustule maligue, charbon intestinal, pulmonaire.
Anatomie pathologique du charbon.
Atténuation du virus. Vaccination.

Charbon symptomatique. — Symptômes. Lésions. Morphologie, biologie, culture de l'agent pathogène. Procédés de culture applicables aux anérobies. Atténuation du virus. Vaccination par virus atténué, par les produits solubles.

Septicémie aiguë de Pasteur. — Morphologie. Biologie, culture du vibrion septique. Lésions qu'il détermine. Gangrène gazeuse. Vaccination par les produits solubles. De quelques septicémies expérimentales.
De l'immunité dans les maladies infectieuses.

De la suppuration. — Microbes pyogènes, furoncle; ostéomyélite; phlegmon; infection puerpérale; pyohémie et septicémie; clou de Biskra, de Gafsa; blennorrhagie et ses complications; pus bleu; érysipèle; de l'antisepsie en général.

Pneumonie. — Microbe de Frieldlander. Microbe de Pasteur, Talamon, Frænkel.
Morphologie, biologie, culture, inoculation aux animaux.

Anatomie pathologique de la pneumonie et de ses complications.
Localisations diverses de l'agent pathogène : méningite, endocardite, etc.

Fièvre typhoïde. — Bacille d'Eberth-Gaffky.
Morphologie, biologie, culture.
Comment il se comporte dans l'air, dans le sol, dans l'eau.
L'eau potable au point de vue de l'étiologie de la maladie.
Recherche du bacille typhique dans l'eau. Anatomie pathologique de la fièvre typhoïde. Septicémies secondaires.

Tuberculose. — Etude du bacille tuberculeux. Morphologie, biologie, culture (préparation du sérum), inoculation aux animaux. Tuberculose zoogléique.
Anatomie pathologique. Recherche de l'agent pathogène dans les tissus, les crachats, le pus, l'urine.
De la prophylaxie de la tuberculose.

Choléra asiatique. — Bacille de Koch. Morphologie, biologie, culture, microbes en virgule.
Anatomie pathologique du choléra.
Etiologie et prophylaxie du choléra.

Diphthérie. — Morphologie, biologie, culture de l'agent pathogène. Inoculation aux animaux. Produits solubles.

Tétanos. — Etat de nos connaissances actuelles sur cette maladie.

— *Visite à l'institut Pasteur.*
— *Conférence sur la rage et son traitement.*

Congrès international d'hydrologie et de climatologie. — La deuxième session du Congrès international d'hydrologie et de climatologie s'ouvrira à Paris le jeudi 3 octobre prochain.

Les séances générales se tiendront au Palais du Trocadéro, les séances de sections à la Faculté de médecine.

A dater du mardi matin 1er octobre, le secrétariat du Congrès, installé dans la salle des thèses de la Faculté de médecine, restera ouvert de neuf heures à midi et de deux à cinq heures. Les membres du Congrès sont priés de s'y présenter, dès leur arrivée, pour faire timbrer ou retirer leur carte, donner leur adresse, fournir ou recevoir les renseignements qui, de part et d'autre, pourront être nécessaires.

Outre les séances et excursions (à Pierrefonds, Enghien, etc.), qui auront lieu du 3 au 10 octobre, le Congrès a organisé du 11 au 20 octobre les excursions suivantes :

Vendredi 11 octobre. — Départ de Paris à 9 h. 25 du matin. Arrivée à Nancy à 4 heures. Diner. Coucher.

Samedi 12. — Visite de la Faculté, des hôpitaux, de la ville de Nancy. Déjeuner. Départ à 4 h. 45 pour Gérardmer. Arrivée à 10 heures. Coucher.

Dimanche 13. — Visite de l'établissement hydrothérapique de Gérardmer. Promenade sur le lac. Ascension de la Schlucht. Examen du col de la Schlucht au point de vue de l'installation d'une station hibernale en ce point (altitude de 1150 mètres). Retour et coucher à Gérardmer.

Lundi 14. — Départ de Gérardmer, à 8 heures du matin. Déjeuner à Bussang. Visite des sources minérales et de l'établissement hydrothérapique. Promenade au col de Bussang. Diner et coucher à Bussang.

Mardi 15. — Départ de Bussang à 8 heures, de Saint-Maurice à 8 heures et demie, pour Plombières. Arrêt et déjeuner à Remiremont. Départ de cette ville à 1 heure en voitures. Arrivée à Plombières vers 4 heures et demie. Diner et coucher.

Mercredi 16. — Visite des établissements thermaux de Plombières. Banquet réunissant les congressistes et les membres de l'Association des médecins des Vosges ayant reculé d'un mois, à cet effet, leur assemblée générale annuelle. Coucher à Plombières.

Jeudi 17. — Départ de Plombières à 8 heures et demie du matin. Arrivée à Luxeuil à 9 heures et demie. Visite des thermes et de la ville. Déjeuner. Départ pour Vittel à 3 heures. Arrivée à Vittel à 6 heures et demie. Diner, réception au casino, coucher.

Vendredi 18. — Visite de l'établissement de Vittel. Déjeuner. Départ pour Contrexéville, à midi et demi; visite de l'établissement. Retour à Vittel à 5 heures et demie. Diner, soirée au casino, coucher.

Samedi 19. — Départ à midi quarante de Vittel pour Martigny. Visite de l'établissement. Départ à 3 heures de Martigny pour Bourbonne. Diner, coucher.

Dimanche 20. — Visite de l'établissement de Bourbonne. Déjeuner. Départ de Bourbonne à 1 h. 27. Arrivée à Paris à 9 h. 25 du soir. Les congressistes qui voudront visiter Provins y arriveront à 8 h. 5 du soir, y coucheront et rentreront à Paris le lendemain.

N. B. — Les communications ou demandes de renseignements doivent être adressées au secrétaire général, M. le docteur F. de Ranse, à Paris, avenue Montaigne, 53, du 1er octobre au 1er juin; à Néris (Allier), du 1er juin au 1er octobre.

Les adhésions, accompagnées d'un mandat sur la poste de 20 francs, doivent être adressées au trésorier du Congrès, M. O. Doin, libraire-éditeur, à Paris, place de l'Odéon, 8.

Mortalité a Paris (26e semaine, du 23 au 30 juin 1889. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 16. — Variole, 0. — Rougeole, 26. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 15. — Diphthérie, croup, 27. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 164. — Autres tuberculoses, 16. — Tumeurs : cancéreuses, 44; autres, 8. — Méningite, 28. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 41. — Paralysie, 3. — Ramollissement cérébral, 12. — Maladies organiques du cœur, 52. — Bronchite aiguë, 19. — Bronchite chronique, 22. — Broncho-pneumonie, 21. — Pneumonie, 39. — Gastro-entérite: sein, 16; biberon, 74. — Autres diarrhées, 3. — Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 22. — Sénilité, 21. — Suicides, 14. — Autres morts violentes, 10. — Autres causes de mort, 142. — Causes inconnues, 15. — Total : 878.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

19774. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

TRENTE-SIXIÈME ANNÉE N° 29 19 JUILLET 1889

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 17 juillet 1889.

Académie de médecine : **Traitement de l'obstruction intestinale.— L'anesthésie par le chloroforme.**

Le traitement de l'occlusion intestinale est, depuis quelques mois, à l'ordre du jour de toutes les Sociétés savantes. Il en a été question dans la plupart des Congrès allemands qui se sont tenus cette année, et le dernier numéro de la *Gazette* (p. 445) contient sur ce sujet le résumé d'une leçon clinique du professeur von Wahl (de Dorpat). Si l'on étudie tous ces documents, on voit que les symptômes énumérés dans les observations d'occlusion intestinale ne permettent que bien rarement de poser un diagnostic précis. La constipation avec météorisme considérable, vomissements alimentaires puis fécaloïdes, l'anurie, le collapsus sont communs à toutes les formes d'obstruction, depuis celle qui dépend de l'accumulation dans le gros intestin de matières fécales ou d'aliments mal digérés jusqu'à celle qui est due à l'invagination d'une anse de l'intestin grêle. Bien plus, il est arrivé à diverses reprises que des hernies méconnues ont donné lieu à des symptômes presque identiques à ceux que l'on considère comme caractéristiques de l'iléus ou du volvulus.

Nous n'avons pas à insister ici sur les quelques symptômes vraiment importants signalés, soit dans la leçon clinique de von Wahl, soit dans la discussion qui s'est élevée récemment devant la Société de chirurgie ; mais, à l'occasion du rapport que vient de lire M. Hérard, nous devons faire remarquer combien souvent encore le praticien se trouve embarrassé lorsqu'il est appelé près d'un malade dont l'état s'aggrave d'heure en heure et auquel cependant il n'est point possible d'imposer d'emblée une opération chirurgicale. Ainsi que l'ont fait observer MM. Le Fort et G. Paul, la méthode préconisée par MM. Larat et Boudet (de Paris) est souvent utile, mais n'est pas toujours sans inconvénients; de plus, elle est souvent inefficace lorsqu'il s'agit d'un étranglement interne par bride cicatricielle ou par volvulus. Or, il ne faut point l'oublier, en pareille occurrence les instants sont précieux et le médecin ne doit pas s'attarder à des médications inutiles ou dangereuses. Lorsqu'il ne s'agit que d'accidents liés à une constipation opiniâtre, sans lésion intestinale, le diagnostic qui se déduit des commémoratifs et de l'exploration méthodique du ventre permet d'essayer pendant quelques heures soit les purgatifs (et en particulier le calomel associé à l'huile de ricin), soit les grands lavements huileux portés très haut à l'aide d'une sonde œsophagienne. A ces moyens peuvent sans inconvénients, et même avec quelque avantage, être associées les malaxations de la paroi ou l'application de courants induits assez énergiques. Alors, au contraire, qu'il s'agit d'une invagination intestinale, et surtout lorsque la rapidité et la forme du météorisme, l'existence dès le début d'un météorisme asymétrique limité à une anse intestinale qui reste distendue, immobile, résistante, ainsi que les symptômes généraux permettent d'affirmer le diagnostic, le seul traitement au début pourra consister dans l'injection, à l'aide d'une sonde œsophagienne, d'eau gazeuse froide, introduite à diverses reprises et en proportions considérables en même temps que l'on administrera l'opium à très hautes doses. Mais si, après quelques heures, ces moyens n'ont pas réussi, le médecin, sans essayer les nombreux traitements conseillés parce qu'ils ont réussi dans d'autres circonstances où l'ensemble des symptômes a permis une erreur de diagnostic, devra se hâter de faire appeler un chirurgien. La laparotomie, dans ces circonstances, ne peut réussir que si elle est pratiquée de bonne heure. Une exploration très attentive de l'abdomen, une discussion très approfondie des symptômes observés et des lésions qui ont pu leur donner naissance, donneront quelque précision au diagnostic anatomique. De cette consultation résultera, dans quelques cas, la nécessité d'une intervention immédiate, dans d'autres circonstances l'opportunité d'une expectation plus prolongée. Dans ce dernier cas les lavements électriques et la faradisation de la paroi pourront être essayés sans inconvénients.

— La discussion sur l'anesthésie chloroformique se continue devant l'Académie. M. L. Le Fort a rappelé les résultats que lui a donnés le chlorure de méthyle et montré qu'il fallait incriminer le médicament et non pas son mode d'administration lorsque l'on observait, chez un malade anesthésié, des vomissements ou de l'agitation. M. M. Perrin a

rappelé les bons résultats que donne parfois l'association du chloroforme et du chloral. Enfin M. Trélat nous paraît avoir exprimé avec une grande netteté l'opinion de la plupart des chirurgiens expérimentés en affirmant que la manière d'administrer le chloroforme exerçait une influence indéniable sur la marche de l'anesthésie. Il n'est pas donné, en effet, à tout le monde de savoir bien se servir des agents anesthésiques. C'est, dit M. Trélat, affaire d'attention, d'intelligence et de flair qui ne s'acquiert que par l'usage. Seuls, dans les hôpitaux, des internes expérimentés; seuls, dans la pratique de la ville, des aides habitués à manier le chloroforme devraient être chargés, sous la surveillance du chirurgien, de pratiquer l'anesthésie. A ce point de vue nous appelons l'attention sur l'intéressante leçon de M. le professeur Arloing (p. 462). Remarquons toutefois que les dangers de l'anesthésie sont relativement peu prononcés. On a raison de signaler avec tant d'insistance les accidents qu'a pu provoquer le chloroforme; mais il sont très rares et l'on pourrait n'en pas dire autant d'opérations que l'on pratique bien fréquemment aussi ou de préparations pharmaceutiques que l'on administre souvent sans bien connaître les inconvénients, voire les accidents qu'elles provoquent.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Des névralgies vésicales.

En 1887, nous avons rendu compte ici des recherches du professeur Guyon et de M. Hartmann, son élève si distingué, sur les cystites douloureuses et leur traitement. De cette étude clinique et pathogénique découlaient les conclusions pratiques suivantes : les douleurs sont dues à la contracture spasmodique de la vessie enflammée, et, dès lors, la thérapeutique aura pour dernière ressource, dans les cas rebelles, la suppression, par la taille et le drainage, de la vessie en tant que réservoir contractile.

Ces indications chirurgicales justifiaient l'individualisation des cystites douloureuses, jusqu'alors le plus souvent englobées dans l'ensemble confus des cystalgies. Restaient à étudier les cas où la vessie n'est pas ainsi enflammée, c'est-à-dire le groupe des névralgies. Ce sujet était mis au concours par l'Académie de médecine en 1887, et nous avons vu paraître, il y a quelques mois, les mémoires des deux lauréats : M. Hartmann et M. Chaleix-Vivie. C'est sur eux que nous allons nous appuyer, sur le premier surtout, car l'auteur en a éliminé avec soin tout ce qui appartient aux cystites douloureuses. Il en résulte une clarté plus grande, surtout au point de vue des indications thérapeutiques.

I

C'est de ce siècle seulement qu'est née l'étude des névralgies vésicales, et l'on ne saurait s'en étonner, puisque Bichat fut le premier à affirmer avec netteté l'existence des « véritables névralgies du système nerveux de la vie organique ». Depuis cette époque, les névralgies vésicales ont acquis droit de cité dans la science, et même elles n'ont pas tardé à envahir.

Pour la vessie en particulier, une forme a d'abord été étudiée, sous le nom de névralgie ano-vésicale, par Campaignac, Ullmann, Roux, Velpeau. Cette forme, en effet, qui répond souvent à une étiologie spéciale, est une des plus nettes. Puis, peu à peu, toutes les souffrances de la vessie ont attiré l'attention des médecins et des chirurgiens, en sorte que Civiale ne consacra pas moins de deux cents pages à l'étude de ces « affections nerveuses du col vésical ». Mais, dans cette description, toutes les variétés sont réunies, et Civiale en arrive à admettre que la névralgie du col peut être suivie de catarrhe de la vessie, de lésions rénales. Malgré une protestation de Brodie, cette manière de voir devint bientôt classique, et rien n'était moins bien défini, il y a quelques années, que les cystalgies. Ce n'était pourtant pas faute de travaux sur la question. Les thèses et les mémoires s'étaient succédé, dus à Bourguignon, Ferra, Gergaud, Caudmont, Delefosse, Tillaux, Sokeel, Spiegelberg, etc., sans parvenir à débrouiller ce chaos, en l'embrouillant même trop souvent.

Le chapitre de M. Le Dentu, dans son livre classique, marque un grand progrès, quoique M. Hartmann relève encore, par exemple, plusieurs observations où la tuberculose vésicale, au début, est au moins très probable. La netteté s'accentue dans le traité de M. Duplay. Là il n'est question que des phénomènes douloureux non spasmodiques, occupant le corps ou le col de la vessie, et sans lésion matérielle appréciable de ce réservoir. L'affection ainsi comprise est très rare, dit M. Duplay, et il est à peu près impossible d'en donner une description satisfaisante. Cette rareté vient, en grande partie, de ce que M. Duplay consacre des paragraphes spéciaux à l'irritabilité vésicale, à la contraction du col. Mais, se plaçant à un point de vue différent, M. Hartmann fait la synthèse de tous ces états nerveux mal définis, où l'élément névralgique, *sine materia*, est le fait clinique dominant.

II

L'étiologie doit être scrutée avec soin, car c'est d'elle que l'on déduira la pathogénie et le traitement des symptômes. Mais nous n'adopterons pas dans son intégrité la classification de M. Hartmann.

Notre collègue divise les névralgies vésicales en symptomatiques et idiopathiques. Les premières tirent leur origine, dit-il, de lésions du système nerveux, de l'appareil urinaire, des organes voisins. Les secondes sont celles où la lésion initiale est nulle, ou absolument insignifiante, et pour celles-là la disposition générale du sujet, la névropathie, joue le rôle prépondérant.

Il faut, nous semble-t-il, mettre tout à fait à part les crises vésicales du tabes. Ces névralgies des ataxiques, aujourd'hui bien connues grâce aux travaux de Charcot, de Guyon, de Fournier et de leurs élèves Geffrier, Ch. Féré, ces névralgies ont une physionomie clinique assez spéciale, malgré une assez grande variété de formes. Souvent, c'est une fréquence insolite des mictions, avec des besoins impérieux « à vide », très douloureux. Ailleurs, on notera, à la fin de la miction, des souffrances très vives, rappelant celles de la cystite blennorrhagique. Ces douleurs, survenant par crises d'une intensité parfois extrême, s'accompagnent de douleur profonde, obscure, avec irradiations vers l'urèthre, les lombes, le rectum. Dans ce dernier cas, le ténesme anal peut acquérir une importance réelle, et l'on est en présence de ces névralgies ano-vésicales bien vues depuis longtemps déjà. Il n'est pas rare, enfin, que les douleurs soient moins marquées, mais qu'il existe des troubles notables de la miction : l'émission de l'urine est retardée, un peu plus fréquente que la normale, douloureuse; le jet est filiforme, et l'on croirait à un rétrécissement, si un arrêt brusque de

l'écoulement ne venait, de temps à autre, démontrer l'existence d'un état spasmodique insolite.

Il est donc indiscutable qu'on observe chez les tabétiques, et plus rarement chez des malades atteints d'autres lésions cérébro-spinales, des phénomènes douloureux, névralgiques. Mais, de ce que le clinicien doit en être averti, pour dépister un tabes au début, s'ensuit-il qu'il faille, dans l'étiologie, rapprocher ces névralgies de celles qu'engendre une lésion du rein ou de l'utérus? Absolument pas. Chez l'ataxique, une lésion matérielle des cordons postérieurs de la moelle et des racines correspondantes est la cause de ces crises douloureuses, et la névropathie du sujet est un facteur de second ordre. Chez la femme atteinte de métrite, la pathogénie change du tout au tout. Une lésion périphérique entraîne une irritation nerveuse qui devrait être médiocre, et cependant est cause d'une douleur vive, d'une névralgie. Il y a un désaccord évident entre la lésion causale et l'effet produit, et c'est la névropathie du sujet qui entre en jeu pour expliquer cette disproportion. Cette conclusion est, d'ailleurs, celle que M. Hartmann est le premier à tirer du fait qu'il nous reste à exposer.

Il n'est pas rare, en effet, qu'une lésion existe dans l'appareil urinaire ou dans son voisinage. Mais cette lésion n'amène de névralgie vésicale que chez la minorité des malades. Cette névralgie n'est que contingente.

Un cas des plus importants est celui où une cystite légère s'accompagne d'irradiations névralgiques. C'est un point sur lequel nous aurons à revenir à propos du diagnostic. Il est plus fréquent que la douleur, réflexe cette fois, ait sa source dans le rein. Des autopsies déjà anciennes en font foi : une fois, Morgagni a trouvé des calculs rénaux et la vessie intacte; plus près de nous, Brodie a constaté de même que la cause des douleurs vésicales était une lithiase rénale; c'est d'une pyonéphrose que souffrait un malade de Pratt. A maintes reprises, M. Verneuil a insisté sur ces névralgies vésicales d'origine rénale, et la clinique fournit des observations aussi probantes que des autopsies, quand elle nous montre des sujets que Schwartz, Morris, Bouilly ont soulagés de douleurs de la vessie par des opérations sur les reins. Et la malade de M. Bouilly souffrait si bien de la vessie qu'elle avait subi un nombre invraisemblable de cathétérismes par des chirurgiens multiples à la recherche d'une pierre.

A l'autre bout de l'appareil urinaire, nombre de chirurgiens ont vu cesser les douleurs après la circoncision d'un prépuce phimosique. Les irritations, les rétrécissements du méat ont, chez l'homme, un rôle qu'Otis a bien mis en lumière; tout comme, chez la femme, les polypes uréthraux, dans des observations de Richet, Tillaux, Pollock, Duncan. Puis s'engageant — et cette fois chez l'homme seulement — dans la profondeur, on incrimine souvent les inflammations chroniques de la prostate, parce que cet organe est riche en nerfs, pense Ultzmann. Cette opinion est anatomiquement et physiologiquement fausse. La prostate est un organe peu sensible. Il est certain toutefois que la prostatite chronique peut se compliquer d'accidents névralgiques, mais il faut affirmer que c'est l'exception.

Quittons maintenant l'appareil urinaire et examinons les parties qui l'entourent. Civiale, Lallemand, A. Stein, Guyon, ont vu des malades dont la névralgie relevait d'affections ano-rectales : accumulation de fèces, ascarides, hémorrhoïdes, fissures. Mais le rôle prépondérant revient aux organes génitaux de la femme, et les auteurs anglo-américains, Robert Barnes, Bache Emmet, John Upshier, ont fait ressortir cette influence. Ils ne l'ont pas découverte, toutefois. Civiale y insistait, et dès 1842, Le Roy d'Étiolles publiait l'histoire d'une femme chez laquelle le port d'un pessaire avait fait cesser les souffrances du réservoir urinaire. Tout comme, depuis, on a vu la douleur de voisinage disparaître après curage d'une endométrite, après dilatation d'un col atrésié.

Mais toutes ces maladies ne causent, à l'ordinaire, rien de semblable. Marion Sims, Winckel, s'appuient bien sur les cas où du vaginisme accompagne la névralgie vésicale pour soutenir que, par l'urèthre, un spasme se propage du vagin à la vessie. Cette théorie ne s'appliquerait, en tout cas, qu'à la minorité des faits et presque toujours, au contraire, on relève, dans l'étude générale des malades, les signes indéniables d'une irritabilité nerveuse exagérée. Cette irritabilité est plus grande encore, excessive parfois, dans la plupart des cas de névralgie vésicale dite idiopathique.

Cette variété, quoi qu'en ait dit Civiale, s'observe surtout chez l'homme, contrairement aux autres névralgies. Elle existe à tous les âges, mais l'adulte surtout y est exposé. Les sujets malades ne présentent que rarement les stigmates de l'hystérie franche; mais chez presque tous, si on les examine avec soin, on note les symptômes d'un état névropathique indéniable. Il n'est pas rare que ces sujets aient eu dans leur enfance de l'incontinence nocturne de l'urine, que plus tard ils aient subi des pertes séminales involontaires : adultes, ils souffrent de la vessie. A cet égard, l'observation de Jean-Jacques Rousseau, telle qu'il nous la conte lui-même dans ses *Confessions*, est une des plus intéressantes. L'hypochondrie est fréquente, et l'on sait, au reste, combien, chez les prédisposés, les affections génito-urinaires l'engendrent avec facilité. A un degré moindre, on note des migraines, des névralgies erratiques multiples, de la dyspepsie. Tel patient a eu un goitre exophthalmique autrefois. Tel autre est d'une émotivité exagérée.

L'influence du rhumatisme articulaire aigu a été invoquée, mais est douteuse. Il n'en est pas de même du rhumatisme chronique, de l'arthritisme; de la goutte notée par Scudamore, Barthez, Todd, Charcot. N'est-ce point probablement de l'arthritisme que dépend cette urticaire chronique dont Merklen a vu la disparition, suivie d'une répercussion vésicale. Dans nombre d'observations, des accidents arthritiques divers sont notés, au moins dans les antécédents héréditaires. Et l'on ne s'en étonnera pas, si l'on se souvient quelles relations étroites il y a, d'après Lancereaux, d'après Féré, entre l'arthritique et le névropathe.

On arrive ainsi à conclure que c'est dans la « famille névropathique » que sévit la névralgie vésicale. Reste à se demander si cette localisation spéciale n'a pas sa raison d'être dans quelque cause déterminante. Il est des faits où l'on trouve quelques indices de ce genre. L'abus du coït, de la masturbation peuvent intervenir, et l'on raconte l'histoire, assez grasse, de ce vieillard qui, durant un voyage en diligence, fit plusieurs fois appel à la main de sa voisine pour rompre la monotonie de ses sensations : Caudmont le soigna pour une névralgie vésicale, effet de ces prouesses. Il y a probablement un reste uréthral chez les sujets qui, d'une blennorrhagie en apparence tout à fait guérie, conservent une cystalgie comme reliquat. Un appel du même ordre est parfois fait par un coup, une chute sur le périnée, et à côté de ces causes, dont Civiale montre l'influence, on est

amené à mentionner cette névralgie vésicale observée par Whito chez certains mécaniciens de tramways, assis sur des sièges étroits et durs, qui transmettent à la vessie la trépidation de la machine. L'alcool ingéré avec excès agit sur le système nerveux, mais aussi il irrite les muqueuses urinaires; Brodie, Gant, A.-W. Stein admettent cette influence.

Mais souvent rien d'analogue n'est trouvé, et aucune cause physique n'explique la localisation vésicale de cette névralgie proprement idiopathique. Le savons-nous, toutefois, avec certitude? On peut en douter et il est fort possible que, sur un individu prédisposé, il suffise d'un de ces infiniment petits qui échappent à l'analyse médicale et sont cependant réels. Au reste, nul n'ignore avec quelle sollicitude l'homme s'enquiert de tout ce qui touche à sa vessie, à son urèthre. Un rien suffit à causer une inquiétude, une sensation légèrement pénible. Que le sujet soit névropathe, et la sensation ne peut-elle pas faire boule de neige, dégénérer en douleur? Ainsi se constitueraient bon nombre de névralgies vésicales, et c'est peut-être pour cela que cette détermination douloureuse idiopathique est d'une rareté relative chez la femme, que les choses de la miction laissent plus indifférente.

Nous voici donc en présence de cas où la cause matérielle est à peu près nulle, nulle même. Mais ce n'est pas un motif pour séparer tout à fait les névralgies idiopathiques et symptomatiques. Cette barrière serait artificielle, car c'est par gradations insensibles, pour ainsi dire, qu'on arrive des faits où la lésion initiale est grave à ceux où elle est impossible à reconnaître.

III

Vu la variété des causes, on ne saurait être surpris que les symptômes et surtout l'évolution des névralgies vésicales présentent, d'un sujet à l'autre, de notable différences.

Le début n'a rien de fixe. Il est quelquefois marqué avec netteté par une cause physique, une forte envie d'uriner non satisfaite, par exemple; par une cause morale, une « affection de l'âme », une émotion vive. Mais, le plus souvent, rien de semblable, et le début est obscur. « C'est après avoir souffert de douleurs rhumatoïdes, de névralgies variées, qu'un jour le malade commence à ressentir une douleur hypogastrique profonde, ou des chatouillements, tantôt localisés au gland, tantôt s'irradiant en même temps vers l'anus. »

La névralgie, au sens strict du mot, se caractérise par les seuls phénomènes douloureux, dont M. Duplay a donné une excellente description.

Une douleur siège à l'hypogastre, derrière le pubis, tantôt fixe, continue, tantôt sous forme de véritables accès, séparés par des intervalles où l'indolence est à peu près complète. Au moment des accès, la souffrance est très vive. Partie de la vessie, elle se propage jusqu'au méat, dans les aines, vers la région ano-coccygienne, et même parfois dans les membres inférieurs.

Ces accès ont souvent des causes déterminantes, variables d'ailleurs. Ils sont provoqués par l'impression du froid, les excès de la table ou de coït, les fatigues physiques. Le repos au contraire les calme. Tel malade souffre surtout par les temps d'orage; tel autre se plaint surtout après les repas; tel autre, enfin, mais le fait est plus rare, a des douleurs dont le maximum est nocturne. Il est usuel, surtout, que la miction exerce une influence manifeste, que les douleurs apparaissent à son occasion, soit au début, soit à la fin de l'acte; alors la pesanteur hypogastrique dégénère en vifs élancements vers la verge et le gland.

Malgré ces souffrances, la miction peut s'effectuer de manière à peu près normale. Mais cette névralgie, absolument pure, est fort rare et presque toujours l'excrétion de l'urine est troublée; l'appareil moteur de la vessie participe aux désordres de l'innervation. Quelquefois même ces accidents indolents, une gêne mécanique, une modification du jet précèdent pendant plus ou moins longtemps l'explosion névralgique.

Ces désordres de la motilité portent tantôt sur le corps de la vessie surtout, tantôt au contraire avant tout sur le col. Aussi quelques auteurs ont-ils cru devoir étudier à part les névralgies du col et celles du corps. Le siège de la douleur différerait dans les deux variétés, ainsi que les phénomènes dysuriques. Pour le siège de la douleur, cette opinion semble controuvée. Mais pour les accidents musculaires, elle est jusqu'à un certain point exacte, et l'on peut dissocier, dans une description didactique, la contracture du corps de celle du col. A condition, toutefois, de bien savoir que les deux formes alternent souvent sur le même sujet et que la clinique ne justifie pas, dans un cas déterminé, les oppositions absolues.

La contracture du corps constitue l'irritabilité vésicale. Les besoins d'uriner sont fréquents, impérieux, soit toujours, soit par moments. Dans cette seconde alternative, les crises ont quelquefois des conditions déterminantes, identiques à celles des accès douloureux. Ces crises sont rarement très intenses, mais elles peuvent le devenir, et l'on voit le malade, torturé d'envies incessantes, expulser l'urine goutte à goutte, avec effort. Le complexus symptomatique acquiert alors la même intensité que dans les cystites douloureuses. Mais ces grandes névralgies sont exceptionnelles.

Souvent cet état est attribué à une contracture du col. Il est aisé de se rendre compte que cette opinion est erronée; un explorateur à boule franchit avec facilité ce col qu'on prétendait contracturé.

La contracture existe cependant, quelquefois, dans le col ou plutôt dans tout l'appareil sphinctérien de la vessie. L'envie de pisser est pressante, mais difficile à satisfaire et lorsque, après quelques instants d'attente, le jet d'urine se décide à venir, il est petit, tortillé, divisé, etc. Parfois même le cathétérisme évacuateur est indispensable. On comprend que de pareils symptômes fassent croire sans peine à un rétrécissement, d'autant plus que le spasme des muscles péri-uréthraux cause volontiers un léger obstacle au cathéter explorateur, qui éveille en outre un peu de sensibilité. L'erreur est presque toujours évitée si la douleur concomitante est vive et attire l'attention. Mais il ne faudrait pas croire que la névralgie soit une conséquence forcée de cette dysurie spasmodique; c'est dans les variétés indolentes que l'erreur de diagnostic avec le rétrécissement est banal. Pour l'éviter, le cathétérisme fournit des renseignements d'une haute valeur. Il est rare, en effet, qu'un rétrécissement blennorrhagique de la portion périnéale ne soit pas précédé d'une ou de plusieurs coarctations de la portion pénienne. Le rétrécissement unique est en général d'origine traumatique, cas auquel le commémoratif est presque toujours bien connu du malade. Mais à ces règles il est des exceptions, contre lesquelles on aura principalement pour guide l'étude générale du sujet.

IV

Le diagnostic est à l'ordinaire posé au bout de quelques instants d'interrogatoire. N'est-il pas névropathe, ce malade, dont la narration est surchargée d'un luxe de détails, qui se plaint de toute une série de phénomènes plus ou moins bizarres, douloureux surtout, chez qui on constate une disproportion évidente entre les causes invoquées et les effets produits?

Si l'on n'oublie pas ces préceptes, on ne soumettra pas le patient à des explorations multiples — à la taille même — en prévision d'un calcul imaginaire. Aussi bien les pierres s'accompagnent-elles d'hématurie et leurs symptômes sont-ils aggravés d'une manière évidente par la marche, les secousses. Enfin, les calculs ne sont guère douloureux que lorsque la cystite les complique.

Là est en effet le point capital du diagnostic: est-ce une névralgie vésicale ou une cystite douloureuse? Au premier abord, la réponse semble toute simple, la purulence des urines sera un symptôme infaillible. Ce serait fort bien, si chez les névropathes une cystite légère n'était pas l'occasion possible d'une névralgie vésicale. En pareille occurrence, on étudiera avec soin l'état général du sujet, et surtout l'exploration physique surmontera la difficulté. Dans la cystite douloureuse, la pression sur la vessie à travers l'hypogastre, le vagin, le rectum, ou directement par une sonde, éveille la douleur du muscle contracturé. Le contact, la pression, sont au contraire tolérés sans impatience par les vessies dont la cystite n'est que le prétexte à une localisation névralgique. Il en est de même chez les malades dont la pyurie est la conséquence d'une lésion rénale, cause en même temps d'une névralgie vésicale réflexe.

La cystite douloureuse une fois éliminée de la sorte, il reste à se demander si la cystalgie est idiopathique ou symptomatique. Si en théorie cette distinction est arbitraire, en clinique elle est indispensable, pour bien séparer les cas où la douleur provient d'une lésion contre laquelle la thérapeutique peut avoir localement prise. Le praticien ne s'y trompera pas s'il est instruit des lésions diverses dont la névralgie vésicale peut être l'extérioration douloureuse; s'il songe qu'il faut explorer la région ano-rectale, la vulve et le vagin, l'utérus, l'urèthre, les reins surtout. C'est par exclusion de ces causes multiples qu'on arrivera à admettre un état douloureux indépendant d'une lésion du voisinage.

Mais alors est-ce une vraie névralgie chez un névropathique ou une crise vésicale relevant d'une affection du système nerveux central? La question serait oiseuse si toutes les cystalgies survenaient à une période où le tabes est confirmé; si même l'ataxie se manifestait toujours, en même temps, par les autres phénomènes prodromiques, dont l'ensemble est aujourd'hui bien connu. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et, lorsque les crises vésicales sont tout à fait précoces, on ne dépistera la lésion médullaire que par une recherche minutieuse de symptômes légers dont le groupement deviendra caractéristique. Au reste, c'est surtout affaire de pronostic, car le traitement n'a rien de bien spécial. Le traitement, au contraire, est absolument différent dans les cystalgies symptomatiques et dans les cystalgies idiopathiques. Il est inutile d'insister sur la thérapeutique des cystalgies symptomatiques : elle doit viser la lésion causale, et nous aurions honte de développer l'adage *sublata causa tollitur effectus.*

Restent donc les cystalgies idiopathiques, qu'il faut opposer aux cystites douloureuses.

Pour les cystites douloureuses, les narcotiques généraux ont sans contredit une influence heureuse, mais le professeur Guyon et son élève Hartmann se sont attachés à démontrer qu'il faut surtout combattre la cystite et la contracture qu'elle provoque. De là les indications aux injections médicamenteuses, à la dilatation du col, à la taille.

Ces moyens ont été trop souvent appliqués à toutes les douleurs vésicales, et dans les cas de névralgie leur échec est la règle. Les cas ne sont pas rares où, chez les névropathiques, la cystotomie elle-même n'amende pas les souffrances, elle qui est souveraine pour les cystites douloureuses. C'est précisément pour ces motifs que les distinctions pathogéniques sont d'une importance majeure et qu'on regrette de ne pas les voir établies avec rigueur dans la thèse, intéressante cependant à plus d'un titre, de M. Chaleix-Vivie.

La thérapeutique des névralgies vésicales idiopathiques est exclusivement médicale. C'est aux antispasmodiques, aux narcotiques, aux antinévralgiques, à l'hydrothérapie, qu'elle a recours. Et de plus, le médecin n'a guère d'influence que s'il prend un ascendant moral énergique sur son malade, que les influences psychiques gouvernent souvent avec une grande facilité. Il n'y a donc là rien de chirurgical. Les chirurgiens doivent cependant avoir de ces faits une connaissance exacte, pour ne pas soumettre à des manipulations opératoires une vessie qui n'a pas besoin d'eux; et inversement pour ne pas laisser persister une névralgie symptomatique dont une intervention sanglante ferait prompte justice.

Les résultats obtenus dans cette dernière variété sont excellents. Ils sont moins brillants dans les névralgies idiopathiques. Les névralgies vésicales ne sont pas plus avancées, à ce point de vue, que toutes les manifestations du nervosisme. Il ne faut pas se laisser leurrer par certaines améliorations étonnantes: les crises névralgiques ne s'évanouissent-elles pas souvent comme par enchantement, sans que l'homme de l'art y soit pour rien. Puis après cette disparition, au bout d'un temps variable, la douleur renaît, et cette fois la médication si efficace à la précédente attaque reste sans action. C'est de la sorte que, d'accès en accès, ces névralgies vésicales s'éternisent, tenaces, rebelles au traitement.

La durée est donc indéterminée, mais le pronostic n'a pas une gravité réelle, la vie n'est en aucune façon menacée directement par une lésion. Cette notion était jadis une hérésie et l'on admettait que la névralgie idiopathique créait, avec le temps, des désordres matériels. Lorsqu'on annonça que l'arbre urinaire de Jean-Jacques Rousseau avait été trouvé intact à l'autopsie, Desruelles proclama que les investigations anatomiques avaient été mal dirigées. Aujourd'hui, au contraire, on tient ce protocole pour exact. Aussi le chirurgien doit-il savoir résister aux sollicitations d'un malade, souvent en quête d'un opérateur plus que d'un médecin. Il s'armera de patience, et surtout cherchera à communiquer cette patience à son client en lui disant, comme frère Come au philosophe de Genève: « Vous souffrirez beaucoup, et vous vivrez longtemps. » Frère Come était plus instruit que Desruelles, mais tous les praticiens n'ont pas la chance d'adresser de semblables conseils à un philosophe, peu stoïque il est vrai.

A. Broca.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Quelques formules contre la constipation des enfants.

1° *Constipation des nouveau-nés.* — Les médecins viennois Monti, Widerhofer préfèrent la mannite à la manne et adoptent la formule suivante :

Mannite cristallisée........	5 à 10 grammes.
Eau.....................	50 à 100 —

Cette solution est administrée par cuillerée à café, toutes les deux heures.

Voici une autre préparation en faveur en Autriche, et dont M. Wiethe a donné la composition dans le formulaire de la Faculté de médecine de Vienne :

Racine de rhubarbe pulvérisée.	3 à 5 grammes.
Carbonate de magnésie........	3 à 5 —
Oléo-saccharure de fenouil ou d'anis....................	5 —

Cette poudre composée s'administre à raison d'une pincée répétée trois fois quotidiennement.

2° *Constipation des enfants âgés de deux à quatre ans.* — On peut prescrire les eaux minérales purgatives ou bien adopter une formule comparable à la suivante qui a été recommandée par Widerhofer :

Eau laxative de Vienne.......	30 à 50 grammes.
Eau.......................	30 à 50 —
Sirop de cerises ou de framboises....................	25 —

A prendre en deux ou trois fois.

Une formule que je prescris avec avantage et que les petits malades acceptent volontiers consiste à leur faire ingérer en mélange avec de l'eau de seltz, ce sirop purgatif suivant :

Citrate de magnésie............	30 grammes.
Sirop de cerises, de limons ou d'autres fruits................	40 —
Eau distillée....................	60 —

Ch. Éloy.

REVUE DES COURS ET DES CLINIQUES

FACULTÉ DE LYON. — M. LE PROFESSEUR ARLOING.

Des moyens d'éviter ou d'atténuer les accidents de l'anesthésie. — Usage de l'anesthésie mixte et des mélanges titrés.

(Leçons recueillies par M. le docteur Catrin, répétiteur à l'École du Service de santé militaire.)

Les accidents de l'anesthésie peuvent se diviser en deux grands groupes :

1° Les accidents de nature réflexe;

2° Les intoxications.

Les accidents de nature réflexe ont lieu soit au début de l'anesthésie, c'est-à-dire dès les premières inhalations, soit un peu plus tard, lorsque l'anesthésique envahit les centres bulbaires; et, dans les deux cas, ils entraînent, par des mécanismes différents, des syncopes ou des apnées.

Les intoxications se produisent plus tard, lorsque l'anesthésie se prolonge, c'est-à-dire lorsque les centres nerveux sont saturés de l'anesthésique; ce sont alors des apnées adynamiques, suivies de l'arrêt du cœur dans un délai plus ou moins bref.

Possédons-nous des moyens de prévenir ces accidents?

L'étude antérieurement faite du mécanisme de ces accidents démontre que nous pouvons nous mettre en garde contre eux.

En effet, tout moyen capable d'émousser *préalablement* la sensibilité du sujet diminuera son activité réflexe et aura pour conséquence : 1° de diminuer les chances des accidents de nature réflexe; 2° d'éviter les phénomènes d'excitation, indirectement cette fois, puisqu'il nous permettra d'abaisser la dose de l'anesthésique. Cette idée n'est pas née de la théorie; elle a été suscitée par des faits accidentels : Cl. Bernard, voyant l'anesthésique cesser ses effets sur un chien chloroformisé, songea, pour finir son expérience, à injecter de la morphine à l'animal. Il vit d'abord apparaître les phénomènes de la narcolisation, puis, peu après, les phénomènes de l'anesthésie, c'est-à-dire l'insensibilité, la résolution musculaire, etc.

Dans la même semaine de 1864, Nussbaüm, extirpant une tumeur du cou, eut l'idée de prolonger les effets de l'anesthésie par une injection de morphine, et obtint les mêmes résultats que Cl. Bernard.

De ces deux incidents opératoires naquit l'*anesthésie mixte* de Cl. Bernard, appelée en Allemagne narcose de Nusbaüm. Le premier en France, Guibert (de Saint-Brieuc) publia un certain nombre d'observations d'anesthésie mixte; il reconnaissait à ce procédé l'avantage de permettre la graduation de l'anesthésie, et de l'arrêter au besoin à l'analgésie (petites opérations, accouchements, etc.).

Les docteurs Labbé et Goujon, à Paris, expérimentant cette méthode, aux remarques de Guibert ajoutèrent encore que la période d'excitation était parfois abolie, presque toujours diminuée.

Rigaud à Metz, Sarrazin à Strasbourg, posérent alors les indications et contre-indications de la méthode, et indiquèrent le moment où il convient d'administrer les narcotiques (thèse Grosjean, à Strasbourg). Aubert, à Lyon, Trélat, à Paris, vantèrent également la narcose, qui jouit alors d'une période de succès assez courte, d'ailleurs, et aujourd'hui, malgré tous ses avantages, l'anesthésie mixte est presque abandonnée (sauf à Lyon). C'est à tort, suivant nous, car cette méthode met à l'abri d'un certain nombre d'accidents qui, pour si rares qu'ils soient, doivent néanmoins compter dans le chiffre de la mortalité par les anesthésiques.

Pour bien comprendre la théorie de l'anesthésie mixte, il faut parler des effets physiologiques de la *morphine*, qui, de tous les alcaloïdes de l'opium, est le plus soporifique, le plus facile à obtenir et à conserver.

Son action, nulle sur la grenouille, insignifiante sur l'oiseau, atteint son maximum chez l'homme.

Elle consiste en une action vaso-dilatatrice très marquée, et, de plus, d'après François-Franck, la morphine supprime le réflexe excito-cardiaque modérateur, c'est-à-dire qu'après administration d'une forte dose de morphine, on peut impunément exciter le pneumogastrique sans arrêter le cœur.

L'influence de la morphine sur le système nerveux est moins bien connue; néanmoins tout semble indiquer que ses effets portent, non sur les terminaisons nerveuses, mais sur le cerveau, et en particulier sur les éléments élevés de cet organe, d'où il résulte un affaiblissement de l'activité des nerfs.

La morphine diminue aussi le pouvoir réflexe de la moelle, et ses propriétés analgésiantes sont connues de tous les médecins. Or les arrêts réflexes du cœur ont deux mécanismes distincts.

Le centre cardiaque bulbaire agit sur le cœur par le pneumogastrique. Mais ce centre peut être mis en jeu par

des nerfs centripètes dont l'impression sera consciente ou inconsciente, autrement dit par des excitations sensitives qui porteront directement au passage sur le centre bulbaire ou qui se réfléchiront sur la surface sensible du cerveau.

La morphine émoussant à la fois le système modérateur cardiaque et l'excitabilité du cerveau diminuera donc par ce double effet les chances de syncope.

L'action vaso-dilatatrice de la morphine vient encore prêter son secours en facilitant la diffusion rapide de l'anesthésique dans la masse encéphalique.

Enfin l'analgésie produite par la morphine nous permettra de diminuer la dose de l'anesthésique. Par ces deux dernières propriétés, la morphine nous met en garde indirectement contre les accidents dus à l'intoxication, tandis que par son action sur le centre cardiaque et sur le cerveau elle diminue les chances de syncope et d'apnée réflexe.

Applications de la méthode. — Cl. Bernard a bien constaté, dans ses expériences, la nécessité d'administrer la morphine avant l'anesthésique. En employant le mode inverse, on est exposé à obtenir une anesthésie insuffisante masquée par un effet soporifique prononcé, ou bien à outrepasser la dose d'anesthésique pratiquement utile.

Le mode d'administration de la morphine le plus pratique est l'injection hypodermique. On donne le médicament à la dose de 1 à 2 centigrammes, vingt-cinq à quarante minutes avant l'anesthésie.

Ultérieurement, avec une faible dose d'anesthésique, on obtient ainsi une analgésie, qui permet de supprimer la douleur dans les accouchements, et les opérations sur la face en laissant subsister une partie des facultés intellectuelles. Avec une dose plus forte, la résolution musculaire est plus complète, ce qui permet de réduire facilement les luxations par exemple sans pousser trop loin l'administration du chloroforme ou de l'éther.

Enfin, chez les sujets pusillanimes, qui, on le sait, sont plus fréquemment exposés aux accidents d'ordre réflexe, on pourra pratiquer l'anesthésie sans qu'ils s'en aperçoivent. De même chez les alcooliques et les gens nerveux.

La méthode fut perfectionnée depuis et de plusieurs manières. Le docteur Forné (de Brest) substitua le chloral (6 grammes en potion) à la morphine, c'est-à-dire un hypnotique à un narcotique. M. le docteur Trélat joignit l'action soporifique de la morphine à l'action hypnotique du chloral.

Il administrait en deux fois, à une demi-heure d'intervalle, avant l'anesthésique (thèse de Choquet), la potion suivante : 3 à 6 grammes de chloral, 20 à 40 grammes de sirop de morphine, 100 grammes d'eau.

MM. Stefani et Vachette (1880), Perrier ont proposé des modifications de l'anesthésie mixte, mais le plus important perfectionnement apporté à cette méthode est dû à l'initiative de MM. Dastre et Morat, qui ont associé à la morphine un sel d'atropine, en se basant sur les propriétés de cet alcaloïde.

Dès 1868, Meuriot avait observé que l'atropine à faible dose accélère le cœur et élève la tension artérielle; à forte dose, le cœur précipite régulièrement ses battements et se montre indifférent aux influences modératrices.

L'action de l'atropine porte non sur les centres bulbaires, mais sur les ganglions frénateurs intra-cardiaques, qu'elle paralyse. On l'a démontré directement par l'excitation inefficace du pneumogastrique après l'administration d'atropine. Plus récemment encore, Kaufmann l'a prouvé indirectement, en faisant remarquer que la digitaline restait sans action si elle était donnée à un sujet atropinisé antérieurement.

A dose convenable, 1 milligramme, injecté en solution sous la peau, le sulfate d'atropine paralyse les ganglions frénateurs cardiaques et nous met ainsi, pour une part qui lui est propre et qui s'ajoute à celle de la morphine, à l'abri de l'accident le plus redoutable des premières périodes de l'anesthésie, c'est-à-dire à la syncope de nature réflexe.

Enfin, si l'anesthésie doit être de longue durée, MM. Dastre et Morat ajoutent à leur solution (2 centigrammes de morphine, 1 milligramme d'atropine) 1 milligramme de vératrine. Cet agent, étant un tonique du cœur, viendra relever l'action du muscle, qu'une longue anesthésie pourrait affaiblir.

M. le professeur Arloing proposerait de remplacer la vératrine par la digitaline, qui régularise et renforce les systoles, de façon si intense que, dans les cas d'insuffisance tricuspidienne, l'administration de la digitale peut causer la congestion pulmonaire par reflux.

(*A suivre.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Dilatation de l'aorte, oblitération de l'artère sous-clavière gauche, atrophie du membre supérieur correspondant. Présentation de malade faite à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 12 juillet 1889, par M. Gingeot, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade âgé de vingt-quatre ans, garçon marchand de vin, dont la situation, obscure à plus d'un égard, se prête néanmoins et par cela même à des considérations qui, je l'espère, seront jugées intéressantes.

Cet homme est venu demander nos soins à l'hôpital Saint-Antoine, à l'occasion d'une oppression et d'une anxiété précordiale qu'il a déjà ressenties plusieurs fois, mais dont l'intensité a augmenté depuis quelque temps.

Lorsqu'on percute la poitrine du malade, on trouve une ampliation transversale de la matité correspondant à la crosse aortique; les pulsations de celle-ci, constatées par le palper, dépassent un peu le niveau de la fourchette sternale; un léger souffle systolique, perceptible à la base du cœur, s'accroît vers l'origine du tronc brachio-céphalique, et peut être suivi de droite à gauche tout le long de la crosse ; le bruit diastolique est fortement frappé, sans accompagnement de souffle aucun, et s'entend dans une assez grande étendue. D'ailleurs, le cœur ne paraît pas notablement hypertrophié, le choc de la pointe est à peine appréciable; on n'entend aucun souffle en ce dernier point, et l'on ne constate pas de frémissement cataire.

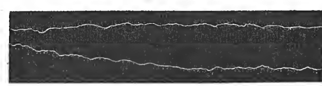
En somme, un certain degré d'aortite et de dilatation de la crosse, peut-être un peu de rétrécissement de l'orifice aortique, telles sont les lésions que l'on découvre d'abord, et qui pourraient suffire à expliquer les sensations pénibles dont se plaint le malade.

Si tout se bornait là, nous n'aurions affaire qu'à un tableau pathologique assez commun, trop commun sans doute pour mériter l'attention particulière de mes collègues.

Mais voici ce que nous ont montré des investigations complètes.

Au lieu qu'à droite on trouve un pouls radial bondissant, le pouls radial gauche est presque insaisissable, et l'artère, nettement perceptible au toucher, roule sous le doigt comme un cordon inerte. Le malade prétend que, dans un autre service, on aurait cru sa radiale oblitérée ; ce qui est incontestable, en tous cas, c'est que l'oblitération n'est pas totale, car, à défaut d'un choc suffisant pour qu'on s'en rapporte aux résultats du palper, le sphygmographe permet d'enregistrer une ligne faiblement sinueuse, témoignant

d'une diastole et d'une systole artérielles rudimentaires; grâce au même instrument, on peut, en outre, observer que la systole de la radiale droite coïncide avec l'ébauche de diastole radiale gauche, et inversement que la systole radiale gauche correspond à la diastole radiale du côté droit.



Pouls radial gauche. — Ondulations à peine marquées au sphygmographe, imperceptibles au doigt.

Pas plus de pulsations dans les autres artères du membre supérieur gauche que dans celle dont nous venons de parler.

Même immobilité dans la sous-clavière gauche, laquelle semble entièrement imperméable à l'ondée sanguine, alors qu'à droite les battements de la sous-clavière sont appréciables rien qu'à la vue. Pour tout dire, un drapeau fixé au-dessous de la clavicule gauche paraît s'agiter faiblement, mais il se peut que cette légère agitation rythmée tienne simplement à la transmission des pulsations aortiques ou cardiaques par la paroi thoracique.

La sous-clavière gauche de cet homme est donc, en totalité ou peu s'en faut, manifestement oblitérée. Quelle est la cause de cette occlusion d'un des gros troncs collatéraux de l'aorte? C'est ce qu'il nous faut maintenant tâcher de découvrir.

Existerait-il sur la sous-clavière un anévrysme plus ou moins sacciforme dont le développement aurait amené la compression du vaisseau, voire même consécutivement la solidification de la tumeur? On peut invoquer en faveur de cette explication ce fait que la moitié interne de la clavicule gauche paraît plus saillante que la région homologue de l'autre côté; cependant cette saillie est bien peu considérable, et d'ailleurs ni le palper ni l'auscultation ne révèlent rien au niveau de la sous-clavière sur quoi puisse reposer l'affirmation d'une tumeur quelconque, anévrysmale ou autre.

Examine-t-on ensuite la carotide primitive gauche, il est aisé d'y constater des phénomènes positifs : en premier lieu, des battements perceptibles, tant par la vue que par le palper, moins énergiques toutefois que dans la carotide primitive droite; on n'y sont point de *thrill*, mais avec le stéthoscope on y entend un double bruit de souffle, soit un premier souffle prolongé, doux mais intense, auquel succède un second souffle moins fort et plus court. Ce double bruit règne dans toute la portion sus-claviculaire du tronc carotidien, mais s'affaiblit de bas en haut, et, d'autre part, cesse brusquement au voisinage de la clavicule; c'est en vain qu'on le cherche au niveau et au-dessous de cet os.

L'anévrysme que nous n'avons pu trouver sur la sous-clavière siégerait-il sur la carotide primitive, et la compression de la première serait-elle produite par une tumeur formée aux dépens de la seconde? La chose est possible, et c'est même la première hypothèse qui se soit offerte à mon esprit. Malheureusement on a beau chercher un sac animé de pulsations et d'expansion, ou même simplement durci par des caillots, on ne trouve rien de semblable, pas plus qu'aucune tumeur d'un autre genre. Peut-être l'anévrysme existe-t-il néanmoins, occupant l'origine de la carotide primitive, dissimulé dans le thorax par la position qu'il occupe, situé par exemple à la partie postéro-externe du vaisseau, et ne laissant entendre qu'à distance, là où l'artère devient moins profonde, les souffles qu'il engendre.

M. François-Franck, dont la compétence est si grande en ces matières et qui a bien voulu, en présence de mon interne M. Paul Bezançon, soumettre le malade à un examen spécial, accepterait volontiers l'idée d'une dilatation occupant l'origine de la carotide primitive ou de la sous-clavière, celle-ci étant remplie de caillots. Mais il pense plutôt, ainsi qu'il a eu l'obligeance de me l'écrire, « à une obstruction par artérite ancienne », et considère « le souffle localisé à la base du cou, sur le trajet de la carotide gauche », comme venant « à l'appui de cette opinion ».

Nul doute que l'artérite, en rendant la surface interne des vaisseaux plus ou moins rugueuse, ne puisse déterminer un souffle, et même deux souffles successifs : la rigidité pathologique du vaisseau intéressé doit effectivement permettre un certain recul de l'ondée sanguine, et celle-ci, venant frotter en retour contre les parois artérielles dépolies, produirait le deuxième temps du double souffle en question. Malgré l'absence des signes d'une insuffisance aortique, ce recul est d'autant plus vraisemblable, dans la circonstance, qu'aux altérations de la carotide se joignent la dilatation et l'inertie de la crosse. Et quant à l'oblitération complète, ou à peu près, de la sous-clavière gauche par l'influence d'une phlegmasie des parois artérielles, on ne saurait nier qu'elle soit possible, en sorte que l'interprétation préférée par M. François-Franck a bien des chances d'être vraie.

Au surplus, la peine qu'on rencontre à porter un diagnostic précis des lésions artérielles dont notre malade est affligé, n'est pas le seul côté curieux de son état. Comparons ses membres supérieurs l'un à l'autre, et nous les trouverons dans des conditions singulièrement différentes.

A gauche, le deltoïde, les muscles du bras et de l'avant-bras, sont le siège d'une atrophie relative très nette : le bras gauche, à 10 centimètres au-dessus du pli du coude, mesurant en circonférence 2 centimètres de moins que le bras droit, l'avant-bras gauche, à 3 centimètres au-dessous du même pli, étant inférieur de 2 centimètres et demi à son congénère, et le deltoïde gauche, peu résistant à la pression du doigt, présentant un amincissement évident.

La température, égale dans les différentes régions du membre supérieur gauche, y reste de 1°,3 C. moins élevée qu'au membre du côté droit.

Le dynamomètre, qui serré par la main droite marque 50, ne donne dans la main gauche que 35.

Enfin les veines du membre thoracique sont bien moins saillantes à gauche qu'à droite, phénomène qui, joint à l'extrême faiblesse et au retard du pouls radial gauche comparé à son homologue, dénote une irrigation sanguine lente et difficile dans le membre atrophié.

Cette déchéance nutritive et fonctionnelle du membre susdit n'a-t-elle pas tout simplement pour cause l'oblitération de la sous-clavière correspondante? Pour ma part, je le crois positivement, mais j'ajoute que la question est plus discutable qu'elle n'en a l'air de prime abord.

Deux difficultés sont à résoudre avant de tirer une conclusion.

En premier lieu, la ligature de la sous-clavière ne paraît pas avoir ordinairement pour conséquence des troubles nutritifs locaux aussi prononcés que ceux dont la description vient d'être faite; et pourtant la lumière du vaisseau est bien plus sûrement oblitérée en totalité dans le cas chirurgical que dans celui qui nous occupe. Si les résultats ne sont point les mêmes, il faut, je crois, l'attribuer à ce que, chez les opérés, les collatérales de la sous-clavière ou, au moins, plusieurs d'entre elles demeurent perméables et concourent à rétablir la circulation; tandis que, chez notre homme, toutes les collatérales de ce vaisseau, lesquelles sont, comme on sait, massées à l'origine dans l'intervalle des scalènes ou dans leur voisinage, pourraient bien être, où elles naissent, obturées par des caillots comme le tronc principal qui les fournit. Le retour du sang nécessaire à l'alimentation du membre supérieur gauche n'aurait

donc d'autres voies que les collatérales de l'axillaire, auxquelles se joindrait tout au plus une trace infime de perméabilité subsistant encore dans la sous-clavière atteinte. Au cas où cette hypothèse diagnostique serait juste, l'exiguïté exceptionnelle des voies de retour expliquerait l'insuffisance du courant sanguin nourricier, l'extrême faiblesse des pulsations radiales gauches, leur défaut de synchronisme avec celles du côté droit, la considérable diminution du volume des veines correspondantes, enfin le degré prononcé des troubles trophiques et fonctionnels signalés plus haut.

La deuxième difficulté est tirée des antécédents du malade, antécédents tels qu'on peut se demander si la cause des troubles dont il s'agit n'aurait pas pour siège le système nerveux plutôt que le système circulatoire.

En effet, vers la fin de l'année 1886, le malade, qui s'était couché bien portant un certain soir, s'aperçut, le lendemain matin en s'éveillant, qu'il avait perdu le mouvement et la sensibilité dans le côté gauche, et qu'en outre il lui était absolument impossible de prononcer un mot. On le transporta, le 1er décembre, à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Danlos : l'hémiplégie était, paraît-il, complète, la bouche déviée du côté droit, et l'action de siffler impossible; l'anesthésie s'étendait bien à toute la moitié gauche du corps, la face exceptée, l'ouïe ne présentait d'altération ni à gauche ni à droite. Le diagnostic, s'il faut en croire le malade, aurait été *embolie générale*. Plusieurs circonstances, notamment les lésions aortiques, le brusque début de la paralysie, l'hémiplégie faciale, tendaient à justifier cette appréciation, bien que les hémiplégies par embolie siègent d'ordinaire plutôt à droite qu'à gauche; on n'avait même pas à s'étonner de l'abolition de la parole, le malade étant alors gaucher et devant à la paralysie passagère de son bras gauche d'être devenu droitier dans la suite. L'établissement de l'hypothermie daterait du premier jour de l'hémiplégie, et, quelque temps après le début de cette dernière, l'atrophie aurait débuté pour s'accroître ultérieurement peu à peu.

Nous n'avons connu cette histoire que par le récit du patient, récit dont l'exactitude rigoureuse est loin d'être démontrée. Aujourd'hui, la jambe gauche qui n'est ni atrophiée, ni refroidie, aurait conservé un peu de faiblesse, et le patient éprouverait une sensation de froid au niveau du pied correspondant; le réflexe rotulien gauche est exagéré, celui de droite est diminué.

Ici encore les obscurités abondent. Outre que la coïncidence de l'hémianesthésie avec l'hémiplégie et la suppression du langage n'est pas habituelle dans l'embolie cérébrale, on peut être surpris, dans l'hypothèse d'un ramollissement, de la marche rapide et favorable à la fois, des symptômes paralytiques. Traité par l'hydrothérapie, le malade parle au sortir de chaque douche et ne dit jamais un mot pour un autre, puis il retombe dans son mutisme jusqu'à la douche suivante, et recouvre définitivement la parole un mois seulement après le début des accidents. Telle n'est pas, généralement, la manière d'évoluer des troubles du langage liés à une lésion matérielle grossière comme celle qu'une embolie détermine. D'autre part la sensibilité se rétablit après l'usage de la parole, et, deux mois plus tard, le mouvement est intégralement recouvré, sauf la très légère faiblesse du membre inférieur gauche que nous avons signalée plus haut, faiblesse dont la déambulation ne se ressent pas d'une façon apparente. Pour un homme atteint d'un ramollissement du cerveau, c'est aller vite et radicalement en besogne.

Je sais bien qu'il y a eu de l'hémiplégie faciale, qu'aujourd'hui même en observant les choses de près, on voit, lorsque le malade rit, les plis cutanés du visage mieux dessinés à droite qu'à gauche, et néanmoins l'idée de phénomènes purement névropathiques me hante l'esprit.

En cherchant les stigmates hystériques chez notre malade, on trouve que plusieurs font défaut : ainsi la perception des couleurs s'opère également bien par les deux yeux; le champ visuel est peu rétréci, et, du reste, les pupilles ayant été, depuis longtemps, déformées par des iritis, il n'y a pas lieu d'insister sur ce signe; la puissance auditive est à peu près égale des deux côtés; le patient n'éprouve jamais la sensation de la boule, et les attaques hystériques lui sont inconnues. Qu'un de ses frères soit mort alcoolique à Ville-Evrard, ce fait ne nous apporte qu'une lumière bien insuffisante. Mais, en revanche, on constate une anesthésie pharyngienne totale qui remonterait à deux ans, époque où le malade ne prenait, que je sache, aucun médicament propre à déterminer ce symptôme; les saveurs amères ou sucrées ne sont perçues ni du côté gauche ni du côté droit; si l'odeur du chloroforme et celle de l'éther sont senties, il n'en est pas de même du parfum des fleurs; la sensibilité au froid et à la douleur est notablement diminuée dans tout le côté droit, côté opposé à l'hémiplégie ancienne; enfin le malade, s'il faut s'en rapporter à la déclaration, serait d'un caractère irascible et versatile.

Je ne veux ni conclure, ni m'appesantir sur une discussion diagnostique trop pauvre en éléments pour être fertile en résultats. Tout ce que je veux ajouter, c'est que ni l'influence d'une paralysie hystérique peu prolongée, ni celle d'un infarctus encéphalique non suivi de dégénération médullaire, ne sauraient expliquer une atrophie musculaire qui frappe, sauf la main, tout le membre supérieur, c'est-à-dire la seule région mal irriguée par le sang, et respecte le membre inférieur où la paralysie n'a pas été moins prononcée qu'au bras.

Et maintenant que dire de l'étiologie des artérites? L'âge ne pouvant être incriminé chez un homme de vingt-quatre ans, l'alcoolisme, en dépit de la profession du malade, ne paraissant pas absolument démontré, c'est aux atteintes rhumatismales subies par le patient que nous attribuerons la principale action pathogène. A onze ans et demi, premières manifestations articulaires : douleur et gonflement des genoux et des pieds durant environ six semaines; à dix-huit ans, nouveaux accidents du même genre; ces jours derniers, enfin, le malade a eu, sous nos yeux, quelques douleurs dans le pied droit.

Jusqu'au bout cependant, et à propos de l'étiologie comme du reste, on trouve matière à discussion. Rien ne permet d'affirmer, chez le patient, l'existence d'une syphilis acquise, mais on peut se demander s'il n'aurait pas hérité de cette maladie, ou s'il n'existerait pas, à son passif, un de ces mélanges pathologiques bizarres que Ricord appelait, en riant, des scrofulates de vérole. A l'âge de onze ans, notre homme a été atteint d'une kératite double intense, qui l'a privé de la vue pendant huit mois, et dont quelques vestiges persistent sous forme d'opacités cornéennes légères; ses iris ne sont pas restés indemnes, et la forme allongée verticalement de ses pupilles rappelle un peu celle de l'œil du chat. Une des rares incisives subsistantes présente un aspect rappelant un peu celui de la dent d'Hutchinson. De plus, quelque temps après la première atteinte rhumatismale, un gonflement indolent du testicule droit est survenu et ne s'est jamais dissipé; le patient y a gagné d'être réformé du service militaire sous prétexte d'hydrocèle. Mais, si la tumeur présente une véritable transparence, elle est peu volumineuse et ne l'a jamais été davantage; on y perçoit, contrastant avec la transparence en question, des zones étroites obscures, correspondant à des duretés appréciables au palper : toutes choses qui ne se rencontrent guère dans une hydrocèle véritable. Mon collègue, M. Monod, ayant bien voulu examiner ce testicule altéré, a cru y reconnaître un kyste, et ne rejette pas absolument l'idée que l'hérédité syphilitique ait pu produire cette lésion. Il est donc permis de se demander si, à l'influence rhumatismale, d'autres

influences n'auraient pas ajouté leur action pour donner naissance aux altérations vasculaires ci-dessus décrites.

En tout état de cause, il m'a paru indiqué de donner l'iodure de sodium. Cette médication est bien supportée jusqu'ici, et peut-être devons-nous lui attribuer en partie la disparition de l'anxiété précordiale qui avait amené le patient dans notre service.

CORRESPONDANCE

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Mon cher confrère,

Je m'empresse de vous adresser la cordiale expression de mes remerciements pour l'article si bienveillant que vous avez consacré dans votre dernier numéro à la méthode thermochimique, et je vous transmets quelques réflexions que m'a suggérées cet article; j'ose espérer que vous serez assez bon pour leur faire le même accueil.

Vous dites dans cet article : « M. Sappey avait le droit de protester contre la prééminence que l'on accorde de nos jours à la technique purement histologique. » Peut-être, en effet, des deux communications que j'ai faites à l'Académie des sciences, pourrait-on conclure que je proteste contre cette prééminence. En réalité cependant je ne proteste pas; une protestation semblerait accuser, de ma part, la secrète pensée de rabaisser la haute valeur de la méthode des coupes. Or, loin de moi une telle pensée. Je considère la méthode des coupes comme la plus importante acquisition histologique du dix-neuvième siècle. Elle a été le point de départ de toutes les grandes découvertes dont la science s'est enrichie depuis quarante ans; elle a ouvert une voie nouvelle et féconde à l'histologie animale et à l'histologie végétale; c'est à elle que nous sommes redevables de la connaissance des éléments anatomiques. Protester contre une méthode qui nous a rendu de tels services, ce serait nous montrer ingrats envers les hommes éminents qui l'ont imaginée, propagée et universalisée, qui l'ont peu à peu perfectionnée, et qui l'ont élevée ainsi à un tel degré de splendeur que toutes les méthodes et tous les procédés jusqu'alors usités sont tombés dans un légitime et complet discrédit.

Je ne suis donc pas l'adversaire de la méthode des coupes. J'en suis au contraire un très dévoué partisan et un sincère admirateur. Si elle était attaquée, je me rangerais aussitôt du côté de ses défenseurs.

J'ai dit cependant qu'elle avait un défaut qui dérive de son principe et de ses avantages : elle divise trop et sacrifie ainsi des organes dont la forme, le volume, les rapports, etc., seraient très utiles à connaître. J'ajoute qu'à mes yeux elle en a un second : elle est venue avant l'heure marquée pour son complet succès. Je m'explique. Bichat dans son étude analytique des tissus avait suivi une marche progressive. Pour ne laisser derrière lui aucune inconnue, il procédait avec une sévère méthode des parties les plus volumineuses aux plus minimes, des plus compliquées aux plus simples, les décomposant ainsi en particules de plus en plus réduites pour arriver enfin aux organes premiers et aux éléments qui les composent. Admirablement servi par son génie, mais n'ayant à sa disposition aucune des ressources qui constituent l'arsenal de la science moderne, il ne put atteindre le but qu'il poursuivait, et mourut à trente-deux ans, laissant son œuvre incomplète, n'emportant dans la tombe que la gloire d'avoir radieusement ouvert la voie à ses continuateurs.

Ceux-ci, pleins d'admiration pour l'œuvre éloquente et entraînante du maître, marchèrent sur ses traces avec une noble émulation. Après de longs efforts, sans résultats bien notables, ils eurent la bonne fortune de découvrir la méthode des coupes, dont l'usage se répandit rapidement et ne tarda pas à se généraliser. A dater de ce moment les éléments des corps organisés tombaient en leur pouvoir; on les vit sortir un à un de leur profonde retraite, entourés chacun des attributs qui les caractérisent. Ce fut pour la science une époque mémorable, qui lui ouvrait de nouveaux horizons et qui donnait les plus brillantes espérances. Remarquons cependant qu'en faisant ce pas de géant elle sortait de la voie si rationnellement tracée par le grand initiateur de la fin du dix-huitième siècle. L'analyse devait procéder des organes de second ordre aux organes premiers et de ceux-ci aux éléments; elle devait être progressive. Or elle ne l'a pas été; elle a brusquement sauté des organes de second ordre aux cellules, franchissant d'un seul bond tout un échelon important sur lequel se trouvaient groupés les organes premiers. Si je ne craignais de proférer un blasphème, je dirais que le succès a été trop rapide. Le progrès dans sa course précipitée a laissé sur la route toute une série de faits qu'il a méconnus et dont l'intérêt cependant n'est pas contestable. Aujourd'hui, pour éclairer ces points restés obscurs, nous sommes condamnés à remonter le courant ; pour avoir marché trop vite, il est devenu nécessaire de faire un pas en arrière. C'est à cette condition seulement que nous achèverons de soulever le voile qui couvre les mystères de l'organisation, et que nous réaliserons le rêve de Bichat et de ses continuateurs. Tel est le but de la méthode thermochimique ; elle ne saurait donc porter aucun ombrage à la méthode des coupes. Les deux méthodes sont appelées, par les services qu'elles nous rendront, à s'éclairer, à s'entr'aider, à se compléter et à marcher côte à côte, comme deux sœurs qui ont tout avantage à vivre en bonne harmonie.

Veuillez agréer, etc.

C. Sappey.

REVUE DES CONGRÈS

Troisième Congrès de la Société allemande de gynécologie tenu à Fribourg en Brisgau du 12 au 14 juin.

Le dernier numéro du *Centralblatt für Gynäkologie* (6 juillet) nous apporte le compte rendu analytique des travaux de ce Congrès, travaux dont les analyses hâtives publiées jusqu'à présent ne nous donnaient ni la lettre, ni même l'esprit.

La séance d'ouverture a été en grande partie consacrée à une discussion sur la *pathogénie des accidents puerpéraux*. De l'exposé de cette discussion il ressort qu'à l'heure actuelle, et comme nous-mêmes, les accoucheurs allemands se posent la question suivante :

A côté de l'*hétéro-infection*, produite par les micro-organismes que portent dans le canal génital les accoucheurs ou les sages-femmes non aseptiques, existe-t-il une *auto-infection*, due à l'existence antérieure à l'accouchement de ces mêmes micro-organismes ou d'autres espèces dans les sécrétions vaginales de femmes en apparence saines? En d'autres termes, et pour porter la question sur le terrain pratique, en dehors de la désinfection de ses mains et de ses instruments, l'accoucheur a-t-il à se préoccuper de la présence possible de germes dans le conduit vagino-utérin? Si oui, les injections vaginales dites préliminaires, au début du travail, doivent être recommandées, voire même prescrites, surtout aux sages-femmes ; sinon, si le seul danger réside dans l'importation des microbes par les mains et les instruments, on doit réduire autant que possible le toucher et défendre aux sages-femmes toute injection qui peut devenir la source d'une inoculation.

La discussion est ouverte par *Kaltenbach* (de Halle) avec le mémoire suivant sur l'*auto-infection*.

Les affections puerpérales sont dues à des micro-organismes, qui tantôt agissent par leur seule présence (infection), tantôt par leurs produits de sécrétion (intoxication). Ces deux processus sont rarement et difficilement dissociables, et ce qu'on appelle en obstétrique infection est quelque chose d'extraordinairement complexe.

La forme la plus importante de l'infection puerpérale est celle qui tire son origine du dehors (infection par contact) ; ses sources habituelles sont les cadavres, les sécrétions des plaies et les lochies des accouchées malades. Viennent ensuite les cas d'infection dérivés de l'organisme même et considérés déjà par Semmelweiss comme des auto-infections.

La démonstration de l'existence de nombreux micro-organismes dans les sécrétions génitales des femmes saines, a posé la question de l'auto-infection sur un terrain solide.

Depuis longtemps, en s'appuyant sur l'observation clinique, Kaltenbach a montré que la cavité utérine devait être exempte de germes, ce qu'ont confirmé les recherches bactériologiques de Winter et de Döderlein. Par conséquent on doit considérer l'auto-infection comme l'entrée en action de micro-organismes existant avant l'accouchement dans les sécrétions vaginales.

Nombre d'accoucheurs tiennent pour illogique la division précédente en hétéro et auto-infection, et combattent les mesures prises contre cette dernière. La doctrine de l'auto-infection repose tout entière sur la démonstration d'organismes pathogènes dans les organes sexuels des femmes saines.

Kaltenbach croit que la sécrétion séro-muqueuse qui accompagne le travail de l'accouchement, entraîne et emporte au dehors les germes fixés sur les parois du canal; il n'en reste habituellement que quelques-uns qui, par suite de la marche rapide du travail et du libre écoulement lochial, demeurent sans action. Ils cessent par contre d'être négligeables et sans danger dès que le nettoyage des parties est insuffisant, comme cela arrive dans les cas de rupture prématurée des membranes, d'accouchements lents, d'œuf macéré; ultérieurement il faut encore tenir compte de leur pénétration dans la cavité de l'utérus et de l'œuf, de la rétention de débris ovulaires, des contusions subies par les parties molles, de la stagnation des sécrétions et enfin de la production, au cours des suites de couches, de plaies nouvelles aptes à l'infection.

Les micro-organismes en question doivent-ils être distingués en pathogènes et non pathogènes? Doit-on accorder au seul streptocoque une action spéciale et une attention prépondérante? Ce sont là des questions incomplètement résolues.

A la vérité, les formes les plus graves de la fièvre puerpérale, dans lesquelles les streptocoques ont été trouvés, reconnaissaient pour origine une hétéro-infection, tandis que les maladies produites par l'auto-infection sont le plus souvent plus bénignes et s'expliquent par la préexistence dans le vagin d'agents de la suppuration ou de la putréfaction. L'action des microbes de la putréfaction est plus aisée à comprendre ici que celle des microbes de la suppuration. Kaltenbach rappelle les inoculations faites par Winter avec des cultures pures (provenant de sécrétions vaginales) de staphylocoques et leur résultat négatif.

On ne sait rien de précis sur le rôle que d'autres micro-organismes pathogènes peuvent jouer dans l'auto-infection; il est seulement vraisemblable que le gonocoque peut être dangereux pour la mère aussi bien que pour l'enfant (paramétrite chez la mère, ophthalmie blennorrhagique chez l'enfant).

L'orateur considère comme vraisemblable que les streptocoques de l'érysipèle et de la septicémie peuvent exister dans le vagin longtemps avant l'accouchement, et devenir après celui-ci l'origine d'accidents puerpéraux.

Un grand nombre d'auto-infections proviennent de l'introduction, dans la cavité utérine antérieurement vide de germes, par le doigt, par la main de l'accoucheur de sécrétions vaginales renfermant des microbes. On doit redouter surtout les manipulations qui portent sur l'aire placentaire, et les obstacles insurmontables à l'accouchement qui pourraient amener la pénétration par aspiration de micro-organismes dans la cavité de l'œuf. Les traumatismes, les violences brutales lors de l'exploration ou de la délivrance artificielle, jouent également un rôle important. Il en est de même de la rupture prématurée des membranes qui entrave le balayage du canal génital et, par suite de la prolongation du travail, donne aux germes le temps de se multiplier; du tamponnement du vagin même s'il est fait de matières aseptiques; de la rétention des membranes, du placenta, de caillots.

Ces formes d'auto-infection sont les plus graves parce qu'elles intéressent la cavité utérine et la zone placentaire. Même après l'extraction des débris de l'œuf et le lavage de la cavité utérine, la fièvre persiste et l'autopsie montre que l'on n'avait pas affaire à une intoxication putride, mais à une véritable infection que décèle l'invasion des thrombus par des bactéries.

Kaltenbach pense que la péritonite qui suit l'auto-infection résulte d'une propagation tubaire; elle aurait, quant à la marche et à la terminaison, une physionomie différente de la lymphopéritonite, s'enkysterait dans le cul-de-sac de Douglas et guérirait le plus souvent après ouverture spontanée ou artificielle.

Comme dernière forme d'auto-infection l'orateur mentionne la pénétration des sécrétions lochiales dans des plaies rouvertes ou nouvellement faites (périnéorrhaphie secondaire, cystite par cathétérisme).

Quelles sont les conséquences pratiques de cette conception de l'auto-infection? Il est très difficile, ainsi que l'ont prouvé les recherches de Steffeck et de Döderlein, de rendre le canal génital aseptique, ce qui serait le remède radical à l'auto-infection. Le nettoyage à la brosse ou par frottement n'est pas pratique et comporte des dangers. D'ailleurs il n'est pas nécessaire. Une simple injection vaginale prophylactique suffit.

Depuis l'été de 1883, chaque parturiente qui entre dans le service de Kaltenbach reçoit une injection de sublimé à 1/1000 ou 1/3000; cette injection a pour but d'empêcher que dès le début du travail, par des examens réitérés et inhabiles, des microbes vaginaux ne soient portés dans la cavité utérine ou dans celle de l'œuf. L'orateur ne considère pas comme indispensable l'entière destruction des germes; il tient seulement, autant que possible, à entraîner ceux qui sont à la surface et à rendre les autres incapables de nuire durant un certain temps. Si le travail dure longtemps, les injections sont réitérées avec des désinfectants plus faibles.

Ahlfeld a usé à Marbourg, un peu après Kaltenbach, de cette injection vaginale préliminaire et a noté un abaissement marqué de la morbidité. Des observations semblables ont été faites à Leipzig, à Dresde, à Hanovre.

Pendant les six ans passés par lui à la tête des cliniques de Giessen et de Halle, Kaltenbach n'a jamais noté ni paramétrite ni endométrite.

Sur quinze cents accouchements, il n'a observé que trois cas d'affections puerpérales graves avec deux morts; dans ces cas il s'agissait de graves hétéro-infections dont la source est connue.

Les ascensions de température au-dessus de 38 degrés, en dehors de toute maladie intercurrente, sont tombées dans les deux dernières années à 10 et 13 pour 100; il les rapporte à une minime hétéro-infection ou à l'infection par les lochies.

Il croit que dans les maternités qui servent à l'instruction, l'injection vaginale prophylactique est la condition *sine qua non* d'un bon état sanitaire. Il la recommande aux médecins, mais ne précise pas dans quelles circonstances elle doit être faite par les sages-femmes.

Dans certains cas particuliers, l'injection vaginale prophylactique constitue une indispensable mesure de précaution. On doit, avant toute intervention manuelle, commencer par désinfecter le vagin. Le médecin doit bien savoir qu'avec des instruments et une main propre il peut indirectement amener des affections graves des plaies.

De même, en gynécologie, les suites favorables des opérations ne tiennent pas exclusivement à l'asepsie des mains et du matériel, mais avant tout à la désinfection complète de tout le champ opératoire et de ses environs.

H. V.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

SÉANCE DU 16 JUILLET 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MAURICE PERRIN.

M. *de Quatrefages* fait hommage de l'*Introduction anthropologique* qu'il a écrite pour l'*Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique*, publiée par M. *J. Rochard*.

M. *Empis* dépose un *Traité élémentaire de mycologie*, par M. *Moyen*.

M. *Larrey* présente la *Statistique médicale du dispensaire Furtado-Heine en* 1888.

M. *Germain Sée* dépose un mémoire imprimé de M. le docteur *Moncorvo* (de Rio-de-Janeiro) sur *les troubles dyspeptiques dans l'enfance et sur leur diagnostic par la recherche chimique du suc gastrique*.

M. *Hayem* présente la thèse de M. le docteur *Brunet* sur *le traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'acide fluorhydrique*.

DÉMOGRAPHIE. — L'ouvrage de M. *Levasseur*, dont M. *G. Lagneau* entretient l'Académie, est le premier volume de son travail sur la *Population française*.

Outre une introduction sur la statistique, base de toute étude démographique, ce premier volume comprend une histoire de la population avant 1789 et une démographie française comparée.

Dans l'histoire de la population, de nombreux documents permettent d'évaluer plus ou moins approximativement les accroissements et les diminutions présentés par notre population, suivant les périodes de paix et de prospérité, selon les époques de guerres, d'épidémies, de famines, de persécutions religieuses. Pour les 528400 kilomètres carrés, constituant le territoire actuel de la France, M. Levasseur croit pouvoir évaluer notre population à 6700000 habitants

à l'époque de César, à 5500000 à l'époque carlovingienne, à 20 ou 22000000 au quatorzième siècle, à 20000000 au seizième siècle, à 21136000 en 1700, d'après les mémoires des intendants, à 24500000 vers 1770, d'après Messange, Expilly, Moheau, Necker, et à 26000000 en 1789, d'après de Pommelles, Bonvallet-Desbrosses, Lavoisier, Arthur Young, Condorcet, Montesquieu.

Aux huitième et neuvième siècles, le polyptique d'Imnion, abbé de Saint-Germain-des-Prés, les cartulaires des abbayes de Reims et de Marseille, montrent que sur les domaines de ces congrégations, on ne comptait qu'un, deux ou trois enfants vivants par ménage. Contrairement, vers la fin du dix-huitième siècle, avant la Révolution, on comptait en France plus de quatre enfants par mariage (4,2 ou 4,5) d'après Moheau, de Pommelles, mais à Paris, il n'y en avait guère que trois par mariage (3,3) d'après Buffon.

Dans la démographie française comparée, de recensement en recensement, on voit notre population s'élever de 27347800 habitants en 1801 à 38192064 en 1866, puis s'abaisser durant nos désastres, pour reprendre ensuite sa lente marche ascensionnelle, de 36102921 en 1872 à 38218903 en 1886.

Après l'étude de notre population aux divers points de vue des sexes, des âges, des états civils, de la taille, des infirmités, des langues, d'intéressantes recherches sont faites, sur la densité de la population, c'est-à-dire sur le nombre d'habitants par kilomètre carré, dans l'ensemble de la France, dans les divers départements, arrondissements, cantons et communes. Le plus souvent les habitants délaissent les montagnes, les plateaux arides, les landes stériles, les marécages, pour se fixer près des cours d'eau, dans les plaines, les vallées fertiles, dans les bassins houillers, où les mines et les usines exigent beaucoup de bras, sur les côtes de la mer, où la pêche et la navigation fournissent de nombreux moyens d'existence. Si après le département de la Seine, qui compte 6185 habitants par kilomètre carré, le département du Nord, avec ses 294 habitants, présente la population la plus dense ; par contre, les départements des Basses et Hautes-Alpes, de la Lozère, avec leurs 19, 22 et 27 habitants par kilomètre carré sont les moins peuplés. Une carte, dressée par M. Turquan, montre cette répartition de notre population.

Comparant la densité moyenne de la population des différents États de l'Europe, M. Levasseur met à même de constater que la France, avec sa population de 72 habitants par kilomètre carré (72,3), n'arrive qu'au huitième rang, la Belgique en ayant 201, l'Angleterre 180, les Pays-Bas 132, l'Italie 105, l'Empire allemand 85, la Prusse 82, l'Autriche 78. Outre 49 planches, deux cartes coloriées montrent qu'en Europe, les pays septentrionaux, Norwège, Suède, Russie, sont très peu peuplés, et que dans le monde, les populations les plus denses occupent l'Europe centrale et occidentale, les Indes et la Chine.

TRAITEMENT ÉLECTRIQUE DE L'OCCLUSION INTESTINALE. — M. *Hérard* donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. le docteur *Larat*, concernant le traitement de l'occlusion intestinale par l'électricité. Après avoir décrit la technique du lavement électrique, telle que l'a imaginée M. le docteur Boudet de Paris, le rapporteur examine les résultats thérapeutiques constatés dans les 24 observations recueillies par M. le docteur Larat; ces cas ont été suivis de 10 guérisons complètes, 6 insuccès et 6 demi-succès, en ce sens que le cours des matières a été rétabli, mais la mort est survenue au bout d'un temps variable, soit par épuisement du malade, l'électricité n'ayant été appliquée que tardivement, soit par péritonite, soit le plus souvent par les progrès d'une lésion organique concomitante.

Si l'on rapproche ces faits des résultats obtenus par M. le docteur Boudet de Paris, qui, dans une statistique plus étendue, compte 70 pour 100 de succès opératoires, on comprend, ajoute M. Hérard, la valeur thérapeutique de l'électricité dans l'occlusion intestinale. Des observations relatées par ces auteurs, il ressortirait que, même dans les cas où il existait une tumeur de mauvaise nature, le plus ordinairement cancéreuse, l'électricité a pu quelquefois rétablir le cours des matières et, en donnant une survie au malade, permettre une intervention chirurgicale, qui eût été difficile ou dangereuse avant l'évacuation de l'intestin. L'inflammation péritonéale elle-même ne serait pas une cause d'abstention, si l'on tient compte des deux observations démonstratives rapportées par M. Larat. Les lavements électriques, convenablement administrés, sont exempts d'inconvénients et de dangers.

Sans doute, si l'on doit opérer, il vaut mieux le faire de bonne heure; mais dans des affections où le diagnostic de la cause est si souvent incertain, comment prévoir sûrement les cas où échouera l'action médicale? Qu'on n'oublie pas non plus que la mortalité de la laparotomie pour cause d'occlusion est encore énorme malgré l'antisepsie. D'un autre côté, l'anus contre nature que quelques chirurgiens préfèrent à la laparotomie, constitue une infirmité dégoûtante, quelquefois passagère, le plus souvent durable. Avant d'en arriver à cette extrémité, n'est-ce pas un devoir de recourir d'abord au traitement médical qui a fait ses preuves, en l'appropriant à chaque cas particulier : purgatifs au début sans y insister toutefois, car s'ils n'amènent aucun résultat ils aggravent le mal; belladone, opium à haute dose à l'intérieur ou sous forme d'injections de morphine, lavements purgatifs, douches et irrigations rectales, lavements de siphons d'eau de Seltz et surtout électricité, si souvent couronnée de succès.

A quels procédés d'électrisation faut-il accorder la préférence : faradisation, galvanisation, lavements électriques? D'une manière générale tous ont produit de bons résultats; toutefois il semble à M. Hérard que la faradisation convient plutôt aux étranglements aigus, survenant brusquement alors qu'il s'agit d'imprimer aux parois abdominales des contractions rapides qui déterminent une sorte de massage du paquet intestinal. Elle semble moins appropriée aux formes d'occlusion à marche lente avec parésie intestinale, dans lesquelles l'indication dominante est de rétablir la tonicité des muscles lisses affaiblie. C'est en pareil cas que la galvanisation aura beaucoup de chances de réussite. Enfin, le lavement électrique, tel que MM. les docteurs Boudet (de Paris) et Larat le pratiquent, moins douloureux que la faradisation, plus sûr et plus exempt d'inconvénients que la galvanisation ordinaire, offre de réels avantages.

Il n'est pas prouvé, d'après M. *Léon Le Fort*, que dans les vingt-quatre observations recueillies par M. le docteur Larat, il se soit constamment agi d'obstructions intestinales vraies, mais souvent de ces constipations opiniâtres que le lavement électrique a pu plus aisément vaincre. Il n'en saurait être de même en cas d'occlusion par brides ou par volvulus; la méthode sera toujours impuissante en pareil cas. D'ailleurs, le nombre restreint de dix guérisons sur vingt-quatre cas ne plaide guère en sa faveur; il y a lieu de l'essayer, mais de ne pas trop attendre, en cas d'insuccès, pour intervenir chirurgicalement.—Il faut distinguer, d'après M. *Constantin Paul*, si l'obstruction siège au niveau du gros intestin ou de l'intestin grêle; dans ce dernier cas il ne faut pas trop compter sur le lavement électrique, quand bien même on augmenterait l'action de la galvanisation en renversant le courant à plusieurs reprises.

Ce procédé est tellement énergique, ajoute M. *Hayem*, qu'il convient de n'en confier l'emploi qu'à des mains exercées et d'observer avec soin le galvanomètre afin d'éviter des accidents, tant est grande l'intensité du courant avec les vingt

éléments de Gaiffe, soit 30 milli-ampères, généralement employés.

Ovaro-salpingites. — M. *Cornil* lit un rapport des plus favorables, et dont les conclusions sont adoptées, sur un mémoire de M. le docteur *Terrillon*, concernant les résultats immédiats et consécutifs des ovaro-salpingites qu'il a traitées par la laparotomie. (Voy. le compte rendu de la séance du 28 mai 1889.)

Anesthésiques. — M. *Léon Le Fort* complète les renseignements qu'il a donnés à l'avant-dernière séance sur les résultats qu'il obtient depuis six ans à l'aide du méthylène comme agent anesthésique. Ce produit, de fabrication anglaise, qui lui a été indiqué par sir Spencer Wells, et dont il se sert presque exclusivement depuis six ans, est obtenu par la distillation du chloroforme et de l'alcool sur du zinc; il l'administre à l'aide de l'appareil de Junker. M. Le Fort s'est livré à de nombreux essais comparatifs entre le chloroforme et ce méthylène; il considère celui-ci comme ayant une action moins rapide que le premier, mais cette action paraît être plus sûre, elle détermine beaucoup moins d'agitation, et surtout elle met à l'abri des vomissements. Quant au produit préparé par M. Regnauld et ayant même composition chimique, paraît-il, il présente des effets bien moins favorables.

Tels n'ont pas été les résultats obtenus par M. *Polaillon* dans les sept essais qu'il vient de faire du chloroforme méthylique; le sommeil a été incomplet, la période d'ébriété s'est prolongée pendant toute l'anesthésie, et les vomissements ont été assez fréquents. — M. *Léon Le Fort* estime que ces essais n'ont pas été assez nombreux pour donner des résultats appréciables; il a observé des effets tout différents dans les nombreuses anesthésies qu'il a pratiquées depuis sept ans, et sir Spencer Wells a employé le méthylène dans les douze cents ovariotomies qu'il a faites jusqu'ici. — Il y a bien quelque différence, fait observer M. *Trélat*, dans l'action des divers anesthésiques, mais il faut surtout tenir compte, en pareil cas, des qualités de flair, de tact, d'attention qu'apporte celui qui administre l'anesthésique à remplir la délicate mission qui lui est confiée; la pratique de tous les jours démontre la justesse de cette remarque. — Au cours de cette discussion, M. *Maurice Perrin* rappelle qu'à l'instigation de M. le docteur Fouré, en 1874, il administre préalablement une dose de chloral suffisante pour amener le sommeil au moment de la chloroformisation; ce procédé, qu'il n'a pas cessé d'employer, lui a constamment donné d'excellents résultats.

— L'Académie se forme ensuite en comité secret, afin d'entendre la lecture d'un rapport de M. *Polaillon* sur les candidats au titre de correspondant national dans la deuxième division (*chirurgie*). La liste de présentation est fixée ainsi qu'il suit : 1° M. Bouchacourt (à Lyon); 2° M. Lanelongue (à Bordeaux); 3° M. Duplouy (à Rochefort-sur-Mer); 4° *ex æquo*, et par ordre alphabétique, MM. Demons (à Bordeaux), Dezanneau (à Angers), Pamard (à Avignon); adjoint à la présentation : M. Gayet (à Lyon).

— L'ordre du jour de la séance du 26 juillet 1889 est fixé ainsi qu'il suit : 1° Rapport de M. *Laboulbène* sur un mémoire de M. le docteur *Costomiris*, concernant la littérature médicale grecque dans l'antiquité; — 2° Suite de la discussion sur le chloroforme et l'anesthésie (Inscrits : MM. *Laborde*, *Budin*, *Chauveau*); — 3° Communication de M. *Mesnet* sur l'hypnotisme.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 12 JUILLET 1889. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

Statistique comparée de la mortalité par rougeole, coqueluche et scarlatine: M. Richard (Discussion: MM. Sevestre, Chauffard, Cadet de Gassicourt, Netter). — A propos de l'empyème pulsatile: M. Féréol. — Dilatation de l'aorte, oblitération de la sous-clavière gauche, atrophie du bras correspondant (Présentation de malade): M. Gingeot (Discussion : M. Barrié). — Injections antiseptiques intrapleurales dans les pleurésies infectieuses : M. Fernet.

M. *Richard*, à l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, apporte une statistique, portant sur 100 villes de France d'une population supérieure à 20000 habitants, et comprenant les trois dernières années. On voit sur les tableaux et les graphiques qu'il place sous les yeux de la Société que la mortalité par rougeole est plus élevée que celle par coqueluche, qui l'est elle-même davantage que celle par scarlatine. Il établit d'ailleurs que les décès par rougeole et par coqueluche sont presque tous imputables à la broncho-pneumonie, maladie surajoutée, infectieuse et contagieuse, qui présente sa fréquence maxima dans les milieux hospitaliers. Aussi, afin de pouvoir mieux connaître les conditions de son développement et les mesures de prophylaxie à lui opposer, M. Richard demande à la Société de mettre à son ordre du jour l'étude des causes et de la prophylaxie des broncho-pneumonies.

M. *Sevestre* fait remarquer que la statistique dressée par M. Richard ne porte que sur les trois dernières années; or l'on sait que depuis quelque temps la scarlatine revêt, en France, un caractère de bénignité marquée. Mais il y a eu autrefois des épidémies fort sévères, qui se montreront peut-être de nouveau quelque jour. Il est probable que les chiffres apportés par M. Richard ne seraient plus dans un rapport identique si la statistique comparative remontait à une vingtaine d'années par exemple. Quant à la question de la broncho-pneumonie, elle ne lui semble pas pouvoir être mise utilement à l'ordre du jour de la Société, car on ne possède encore aucun élément de discussion scientifique sur ce sujet. On pourrait se borner à inviter les médecins des hôpitaux à réunir des documents relatifs à cette importante question et à les communiquer à la Société.

M. *Chauffard* regrette que M. Richard n'ait pas donné les chiffres de morbidité pour les trois mêmes maladies, car on aurait vu sans doute des relations toutes différentes entre les résultats du pourcentage. En un mot, il pense qu'on observe plus de décès sur cent scarlatineux que sur cent coquelucheux.

M. *Richard* croit qu'il n'existe pas de statistique d'état fournissant les chiffres de morbidité, aussi a-t-il dû se contenter d'un simple document démographique. Il déclare se rallier à la motion formulée par M. Sevestre.

(Cette proposition est mise aux voix et adoptée.)

M. *Netter* a réuni quelques documents au cours de ses recherches sur la question. Il est évident que la broncho-pneumonie est une maladie surajoutée à la rougeole et à la coqueluche, rarement à la scarlatine; de plus, ces broncho-pneumonies diffèrent suivant leur étiologie. On connaît aujourd'hui cinq espèces de microbes que l'on rencontre dans ces broncho-pneumonies, tantôt isolés, tantôt associés : pneumocoques, streptocoques, bacilles encapsulés, enfin staphylocoques pyogènes, et un bacille mobile très semblable au bacille typhique. Sans doute, on déterminera des caractères différents pour la broncho-pneumonie due à chacun de ces microbes. Tous ces organismes sont ceux que l'on rencontre avec une fréquence plus ou moins grande dans la bouche de sujets sains; aussi doit-on penser que la cause de la broncho-pneumonie réside dans la pénétration

de ces microbes de la bouche dans les voies respiratoires sur un individu débilité, préparé, pour ainsi dire, par la maladie première, rougeole ou coqueluche. La virulence de ces organismes paraît d'ailleurs très variable chez l'individu sain, suivant les saisons, ce qui expliquerait peut-être une certaine influence climatérique sur l'étiologie de la broncho-pneumonie. Les recherches de divers bactériologistes étrangers ont donné des résultats parfaitement concordants avec les expériences de M. Netter. Quant aux épidémies de famille ou de maison, on ne saurait encore affirmer s'il s'agit de contagion ou d'une même influence épidémique. Quoi qu'il en soit, l'antisepsie de la bouche, et l'antisepsie des salles d'hôpital, où la broncho-pneumonie est à coup sûr plus fréquente qu'en ville, semblent s'imposer comme mesures prophylactiques pour préserver les malades atteints de rougeole et de coqueluche.

— M. *Féréol* constate que, dans l'observation d'empyème pulsatile, communiquée dans la dernière séance par M. Millard, on trouve, ainsi que M. Millard l'a lui-même fait remarquer, un puissant argument en faveur de l'interprétation qu'il a proposée des phénomènes de la pleurésie pulsatile. En effet, chez ce malade, à quelques mois de distance, et dans des conditions sensiblement les mêmes, on a pu observer une première fois un pneumothorax avec pulsations, et, une seconde fois, le pneumo-thorax sans pulsations. Cette particularité vient contredire la théorie de la symphyse pleuro-péricardique soutenue par M. Comby, car cette symphyse n'avait évidemment pas disparu au bout de quelques mois. Il semble, au contraire, qu'on puisse admettre, d'après les détails mêmes de l'observation, qu'il existait un pneumothorax fermé lorsqu'on a constaté les pulsations de l'empyème, et un pneumothorax ouvert quand celles-ci avaient disparu. C'est là précisément la confirmation de la théorie proposée par M. Féréol. L'expérimentation sur les animaux, si l'on parvenait à la réaliser, pourrait sans doute fixer le débat en dernier ressort.

— M. Gingeot donne lecture d'une observation intitulée : *Dilatation aortique, oblitération de la sous-clavière gauche, et atrophie du membre supérieur du même côté.* Il soumet le malade à l'examen de la Société. (Voy. p. 463)

M. *Barrié* a soigné ce malade dans son service pendant plusieurs mois; il croit qu'on doit admettre la syphilis héréditaire, en faveur de laquelle plaident la lésion du testicule et les altérations très manifestes des dents. L'altération aortique relèverait de la syphilis. Il s'agit d'ailleurs d'un hystérique, qui a même une certaine propension à la simulation.

— M. *Fernet* lit un mémoire sur les *injections antiseptiques intrapleurales dans les pleurésies infectieuses.* (*Sera publié.*)

— La séance est levée à cinq heures et quart.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 10 JUILLET 1889.—PRÉSIDENCE DE M. LE DENTU.

Localisations cérébrales et trépanation : MM. Tillaux, Championnière, Berger, Pozzi, Kirmisson, Terrillon. — De la gastro-entérotomie : M. Roux (de Lausanne) : M. Monod, rapporteur. — Descente artificielle du testicule : MM. Kirmisson, Championnière.

M. *Tillaux* accorde une grande importance aux localisations cérébrales, mais ne croit pas qu'elles aient dit leur dernier mot sur l'homme, et même des physiologistes comme M. Brown-Séquard en ont toujours douté. M. Tillaux a eu dans son service un homme qui, à la suite d'une violence sur la tête, fut atteint d'aphasie avec monoplégie brachiale incomplète. Si donc il eût été indiqué de trépaner, il eût semblé évident qu'il fallait mettre au jour le pied de la troisième frontale et l'extrémité inférieure de la frontale ascendante. Or, le malade étant mort de pleuro-pneumonie, l'autopsie a montré ces régions parfaitement indemnes, tandis qu'il y avait trois autres foyers de contusion corticale : un sur l'extrémité antérieure de chacune des première et deuxième frontales; un sur la première temporale en avant, sur ce que l'on a appelé le centre de l'audition. De plus, le malade n'était nullement sourd.

M. *Championnière*. Les lésions ne sont pas assez limitées pour que le fait soit probant. Les faits expérimentaux sur les divers animaux sont fort bien établis, quoi qu'en dise M. Brown-Séquard. Il ne faut pas trop se mettre à l'abri derrière ce physiologiste, dont les expériences sur le cerveau, et non pas seulement celles de ces jours derniers, ont toujours été volontiers combattues par les hommes les plus compétents. De plus, les faits humains positifs sont en nombre absolument respectable.

M. *Berger* ne pense pas cependant qu'il faille trop affirmer qu'une couronne de trépan mettra à découvert une lésion déterminée. Il a publié dans la *Revue de chirurgie*, en collaboration avec M[lle] Klumpke, l'observation d'un homme qui, à la suite d'un coup sur la tête, était atteint d'aphasie motrice type. Or il n'y avait rien à l'écorce. Il est vrai qu'outre d'autres lésions il y avait des altérations sous-corticales de l'insula.

M. *Pozzi* a été un des premiers à insister sur ces faits négatifs, et même il avoue avoir exagéré, en 1877, le scepticisme contre la doctrine du trépan guidé par les localisations. Depuis, la science a marché et il est prêt à faire amende honorable. D'ailleurs, le fait de M. Tillaux est positif et non négatif. Broca a décrit l'aphasie en 1861, mais depuis on a reconnu que ce symptôme n'est pas simple. A côté de l'aphasie motrice (le type de Broca) on a décrit la cécité et la surdité verbale, et précisément la surdité verbale est liée à des lésions de la première temporale. Ces lésions ne rendent-elles pas positif le fait présenté par M. Tillaux comme négatif? M. Tillaux, en effet, n'a pas déterminé la modalité de cette aphasie. Le chirurgien doit savoir que l'aphasie n'est pas liée exclusivement à des lésions de la troisième frontale, mais relève de toute l'enceinte périsylvienne.

M. *Kirmisson* n'est pas opposé à la doctrine des localisations, loin de là, mais il doute que dans les cas traumatiques, à cause des ébranlements, des irradiations on puisse faire grand fond sur elle. Déjà il a exprimé sa pensée devant la Société à propos d'une observation : il est vrai que M. Championnière a trouvé ses arguments « misérables ». Depuis, il a trépané dans un cas où il y avait hémiplégie et est arrivé sur une écorce motrice intacte: il y avait des lésions diffuses des autres régions et cependant des symptômes de localisation.

M. *Terrillon* appuie cette opinion. Il a observé un enfant chez qui une hémiplégie brachiale accompagnait un enfoncement du vertex; cette hémiplégie a cessé peu après que l'enfoncement eût été relevé; elle a reparu après, à l'occasion d'une légère poussée d'encéphalite. Puis l'enfant a guéri, ne conservant qu'un peu de paralysie faciale.

M. *Championnière* insiste, après M. Pozzi, sur ce que l'aphasie n'est pas pour le chirurgien un guide précis, toujours le même : elle conduit à trépaner très largement. Les ébranlements traumatiques, les irradiations inflammatoires ont certainement beaucoup d'importance. Dans le fait de M. Berger il y avait des lésions sous-corticales : or M. Tillaux n'avait pas examiné sa pièce à ce point de vue, dès l'origine, et ces jours derniers, au bout d'un an, il a fait quelques petites entailles pour voir s'il n'y aurait rien de ce genre. Cela ne prouve donc rien.

M. *Tillaux* n'est nullement ébranlé dans ses croyances

sur la doctrine des localisations en général, et il n'a nullement voulu ébranler celles de ses collègues; mais il pense, comme MM. Kirmisson, Terrillon, que dans les traumas récents il faut s'attendre à bien des déceptions.

— M. *Monod* lit un rapport sur deux observations de *gastro-entérotomie* par M. *Roux* (de Lausanne). Cette opération consiste à pallier les accidents d'un cancer inopérable du pylore en anastomosant l'estomac, au-dessus du cancer, à une anse aussi élevée que possible du jéjunum. Elle fut inventée par Wœlfler, qui débuta par un succès. Mais son maître Billroth, Lauenstein, Courvoisier, virent succomber leurs malades. Puis Rydygier eut trois succès sur quatre cas. Puis avec les nouvelles interventions de Billroth, Socin, Wœlfler, Hahn, on arriva à une mortalité de 64 pour 100. Mais, il y a peu de temps, Rockwicz a publié les résultats obtenus par Lücke à Strasbourg: de 8 opérés, 7 ont survécu de trois à quatorze mois, et chez deux, atteints d'un rétrécissement cicatriciel, la guérison est définitive. Depuis, les autres chirurgiens n'ont pas été aussi heureux : au dernier Congrès des chirurgiens allemands, Angerer (de Munich) accusait 5 décès sur 6 cas, et Lauenstein n'était pas mieux partagé. En Angleterre, Jesset compte une mort; un opéré d'H. Page est mort au soixante-douzième jour, l'estomac ayant été suturé au bout inférieur de l'iléon. En France, le seul cas connu est un échec de M. Pozzi. Enfin M. Roux relate deux opérations, avec un décès. C'est donc une opération grave, et cela se conçoit, car elle est longue, exige des recherches prolongées dans le ventre, sur un sujet presque toujours très affaibli. Aussi Rockwicz attribue-t-il les succès de Lücke à ce que ce chirurgien va vite, se décide tout de suite à l'opération palliative dès que la tumeur est reconnue un peu adhérente. Puis, il proscrit les recherches prolongées pour saisir toujours le haut du jéjunum. A cet égard, Wœlfler recommande d'aller avec la main à la recherche de l'angle du duodénum et à partir de là de suivre l'intestin. Mais malgré tout, Angerer, Lauenstein, Page, Roux, etc., ont ouvert l'intestin près de la valvule de Bauhin. Aussi Rockwicz conseille-t-il de prendre la première anse venue; tout au plus peut-on essayer de l'expérience de Nothnagel : si on dépose sur une anse d'intestin grêle un morceau de sel, on détermine ainsi des contractions antipéristaltiques dans le sens desquelles il faut remonter pour s'approcher le plus possible du duodénum. Mais l'examen a prouvé que cette expérience est très infidèle et, en somme, la seule méthode régulière est celle de Wœlfler. M. Roux décrit un mode spécial de suture à trois étages pour éviter tout épanchement dans le péritoine. Au total, les opérés qui ne succombent pas à l'opération en tirent un bénéfice palliatif réel. Quelques-uns, sans doute, meurent vite parce que trop d'intestin est supprimé, parce que l'intestin se coude. Mais la plupart se relèvent vite, engraissent, ne souffrent plus ; puis la cachexie les reprend et ils meurent, mais sans vomir, sans souffrir. Donc, à la gravité près, c'est un acte comparable à la trachéotomie, à l'anus contre nature, palliatifs pour cancers. C'est une ressource qu'on ne dédaignera pas de parti pris, mais à condition que le malade, encore assez solide, le demande expressément, après avoir été dûment averti.

— M. *Kirmisson* présente un adolescent auquel il a fait la cure radicale d'une hydrocèle congénitale avec *descente artificielle du testicule*, suturé au fond des bourses. M. Kirmisson désire surtout protester contre l'expression de *célorrhaphie* adoptée sans conteste dans la discussion qu'a soulevée M. Championnière. De ce que des tumeurs des bourses s'appellent sarcocèle, hydrocèle, hématocèle, il ne s'ensuit pas que κήλη signifie testicule. κήλη veut dire tumeur et dès lors *célorrhaphie* ne veut rien dire du tout. Si l'on tient essentiellement à prouver qu'on sait le grec, il faut dire *orchidorrhaphie*.

M. *Championnière* s'est borné à emprunter ce mot à M. Tuffier, sans se demander ce qu'il voulait dire. Il suffit, en effet, qu'on s'entende sur le sens qu'on lui attribue.

A. Broca.

BIBLIOGRAPHIE

La Chaleur animale, par M. Charles Richet, professeur de physiologie à la Faculté de médecine. Un volume de la *Bibliothèque scientifique internationale*. — Paris, F. Alcan, 1889.

« L'histoire de la chaleur animale, dit M. Richet, touche à toutes les parties de la physiologie. Elle n'a, pour ainsi dire, pas de limites et, en la pénétrant, on pourrait être amené à exposer la physiologie générale tout entière. » On peut en dire presque autant en ce qui concerne la médecine. L'étude de la chaleur animale est de celles qui donnent les indications les plus précieuses « au point de vue de la santé, de la convalescence et de la maladie ». Mais, pour qu'il en soit ainsi, il convient que le médecin sache apprécier la *marche* de la température centrale; qu'il se préoccupe non de rechercher une fois par hasard et comme en passant ce qu'indique le thermomètre, mais bien quelle est la *courbe thermique* obtenue dans telle ou telle maladie déterminée.

On ne trouvera point dans le livre de M. Ch. Richet cette étude si intéressante de la marche de la température fébrile dans les diverses pyrexies. Le chapitre qui traite de la température du corps dans les maladies ne s'occupe que de classer les hyperthermies et les hypothermies, de donner un tableau très complet des températures extrêmes observées dans les maladies les plus graves, mais non de rechercher ni surtout d'expliquer le mode de production de la chaleur fébrile ou la manière dont se fait la défervescence. Quelques détails à ce sujet n'auraient pas été sans intérêt, non plus que l'étude de la distribution de la chaleur et des températures morbides locales ainsi que leur interprétation pathogénique.

Mais il convient de faire remarquer qu'il ne s'agit ici que de physiologie et que les matières à traiter étaient déjà à ce seul point de vue suffisamment vastes et complexes. Après avoir étudié la température des animaux, puis la température normale et pathologique de l'homme, l'auteur a recherché dans une série de chapitres les rapports qui peuvent exister entre les muscles, les poisons, les nerfs et la production de la chaleur. Il s'est efforcé de préciser l'action exercée par la respiration sur la température et il est arrivé à cette conclusion, que l'agent essentiel de la chaleur animale est le système nerveux, « qui dirige les actions chimiques, qui permet à l'animal de se conformer à la température ambiante et de faire plus ou moins de chaleur, plus ou moins de rayonnement, plus ou moins d'évaporation selon les conditions extérieures ».

Comment le système nerveux agit-il pour diriger les actions chimiques? Comment les nerfs actionnent-ils les cellules qu'ils innervent, pour déterminer des changements chimiques intracellulaires capables de produire plus ou moins de chaleur suivant qu'ils sont plus ou moins intenses? Comment les lésions cérébrales déterminent-elles tantôt de l'hyperthermie, tantôt un abaissement de température?

Quelle est, dans tous les cas, la part respective des vaso-moteurs plus ou moins rétrécis, des muscles plus ou moins contracturés, des glandes fonctionnant avec plus ou moins d'énergie? Dans l'état actuel de la science, il est impossible de répondre à toutes ces questions. M. Charles Richet le déclare très nettement. Ses expériences personnelles et les travaux qu'il a cités ne lui ont permis que de poser le pro-

blème à résoudre tout en lui donnant le droit d'affirmer, après Lavoisier, que la vie est une fonction chimique et que cette fonction reste sous la dépendance du système nerveux.

L. L.

VARIÉTÉS

APPLICATION DE LA NOUVELLE LOI MILITAIRE AU CORPS MÉDICAL. — La nouvelle loi militaire contient les dispositions suivantes qui s'appliquent aux divers membres du corps médical :

Des dispenses. — Art. 23. — En temps de paix, après un an de présence sous les drapeaux, sont envoyés en congé dans leurs foyers, sur leur demande, jusqu'à la date de leur passage dans la réserve, les jeunes gens qui ont obtenu ou qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir soit le diplôme de docteur en médecine, de pharmacien de première classe, de vétérinaire, ou le titre d'interne des hôpitaux nommé au concours dans une ville où il existe une Faculté de médecine.

En cas de mobilisation, les étudiants en médecine et en pharmacie sont versés dans le service de santé.

Tous les jeunes gens énumérés ci-dessus seront rappelés pendant quatre semaines dans le cours de l'année qui précédera leur passage dans la réserve de l'armée active. Ils suivront ensuite le sort de la classe à laquelle ils appartiennent.

Art. 24. — Les jeunes gens qui n'auraient pas obtenu avant l'âge de vingt-six ans les diplômes spécifiés ci-dessus; ceux qui n'auraient pas satisfait, dans le cours de leur année de service, aux conditions de conduite et d'instruction militaire déterminées par le ministre de la guerre; ceux qui ne poursuivraient pas régulièrement les études en vue desquelles la dispense a été accordée, seront tenus d'accomplir les deux années de service dont ils avaient été dispensés.

Art. 25. — Quand les causes de dispense prévues à l'article 23 viennent à cesser, les jeunes gens qui avaient obtenu ces dispenses sont soumis à toutes les obligations de la classe à laquelle ils appartiennent.

Art. 26. — La liste des jeunes gens de chaque département, dispensés en vertu de l'article 23, sera publiée au *Bulletin administratif*, et les noms des dispensés de chaque commune seront affichés dans leur commune à la porte de la mairie.

En cas de guerre, ils sont appelés et marchent avec les hommes de leur classe.

Les dispositions de l'article 55 leur sont applicables.

(Cet article 55 vise les obligations auxquelles est astreint tout homme inscrit sur le registre matricule, s'il change de résidence.)

Élèves du service de santé militaire ou de la marine. — Art. 29. — Les élèves du service de santé militaire et les élèves militaires des écoles vétérinaires contractent, en entrant à l'école, l'engagement de servir dans l'armée active pendant six ans au moins, à dater de leur nomination au grade de médecin aide-major de 2e classe ou d'aide-vétérinaire.

Ceux qui n'obtiendraient pas le grade d'aide-major ou d'aide-vétérinaire, ou qui ne réaliseraient pas l'engagement sexennal, sont incorporés dans un corps de troupe pour trois ans, sans déduction aucune du temps écoulé depuis leur entrée à l'École.

Ces dispositions sont également applicables aux élèves des Écoles de médecine navale.

Dispositions pénales. — Art. 70. — La peine prononcée contre tout homme coupable de s'être rendu impropre au service militaire, soit temporairement, soit d'une manière définitive, dans le but de se soustraire aux obligations imposées par la présente loi, est aussi prononcée contre les complices.

Si les complices sont des médecins, des officiers de santé ou des pharmaciens, la durée de l'emprisonnement est pour eux de deux mois à deux ans, indépendamment d'une amende de 200 francs à 1000 francs qui peut être aussi prononcée, et sans préjudice de peines plus graves dans les cas prévus par le Code pénal.

Art. 71. — Les médecins militaires ou civils qui, appelés au conseil de revision à l'effet de donner leur avis conformément aux articles 18, 19, 20 et 27 de la présente loi, ont reçu des dons ou agréé des promesses pour être favorables aux jeunes gens qu'ils doivent examiner, sont punis d'un emprisonnement de deux mois à deux ans.

Cette peine leur est appliquée, soit qu'au moment des dons ou promesses ils aient déjà été désignés pour assister au conseil de revision, soit que les dons ou promesses aient été agréés en prévision des fonctions qu'ils auraient à y remplir.

Il leur est défendu, sous la même peine, de rien recevoir, même pour une exemption ou dispense justement prononcée.

Ceux qui leur ont fait des dons ou promesses sont punis de la même peine.

Art. 77. — Les peines prononcées par l'article 71 de la présente loi sont applicables aux tentatives des délits prévus par cet article.

DEUXIÈME CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE. — Les questions mises à l'ordre du jour de ce Congrès, qui aura lieu à la fin du mois de juillet 1890, sous la présidence de M. le professeur Villemin, sont les suivantes :

1° De l'identité de la tuberculose de l'homme et de la tuberculose des bovidés, des gallinacés et autres animaux.

2° Des associations bactériennes et morbides de la tuberculose.

3° De l'hospitalisation des tuberculeux.

4° Des agents capables de détruire le bacille de Koch, non nuisibles pour l'organisme, au point de vue de la prophylaxie et de la thérapeutique de la tuberculose humaine et animale.

N. B — Adresser les adhésions et un mandat postal de 20 francs à M. G. Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, et ce qui concerne les communications à M. le docteur L.-H. Petit, secrétaire général, 11, rue Monge.

LÉGION D'HONNEUR. — Dans la liste publiée page 455, plusieurs noms ont été oubliés par erreur: M. le docteur Barthélemy, directeur du service de santé à Brest, a été promu au grade de commandeur ; M. le docteur Chambé, médecin principal de l'armée, a été promu au grade d'officier ; MM. les docteurs Combes, médecin de la marine, et Bellières, médecin de la Légion d'honneur, ont été nommés chevaliers.

FALSIFICATIONS DU VIN. — Le Parlement vient d'adopter un projet de loi ayant pour objet d'indiquer au consommateur la nature du produit livré à la consommation sous le nom de vin et de prévenir les fraudes dans la vente de ce produit Aux termes de cette loi, la dénomination de vin ne convient qu'au produit de la fermentation des raisins frais; les fûts ou récipients contenant des vins de sucre ou des vins de raisins secs devront porter en gros caractères : *Vin de sucre*, *vin de raisins secs*, et ces mots devront être indiqués sur les livres, factures, lettres de voiture, etc.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (séance du vendredi 26 juillet. — *Ordre du jour :* M. Juhel-Rénoy : Traitement des kystes hydatiques du foie. — M. Hayem : Sur un cas d'empoisonnement par le chlorate de soude. — M. Sevestre: Sur une pleurésie métapneumonique, traitée par les ponctions et l'empyème.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Barthès (de Marseille), Le Bas (de Landrecies), P. Catellan (de Langon), G. Denarié (de Chambéry), Gaillardon (de Chef-Boutonne), Galangau (d'Arles-sur-Tech), A. Restrepo (de Paris), L. Veysset (de Champagnac).

MORTALITÉ A PARIS (27e semaine, du 30 juin au 6 juillet 1889. — Population: 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 11. — Variole, 3. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 11. — Diphthérie, croup, 39. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 161. — Autres tuberculoses, 18. — Tumeurs: cancéreuses, 49; autres, 3. — Méningite, 40. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 50. — Paralysie, 4. — Ramollissement cérébral, 9. — Maladies organiques du cœur, 52. — Bronchite aiguë, 16. — Bronchite chronique, 30. — Broncho-pneumonie, 10. — Pneumonie, 31. — Gastro-entérite: sein, 16; biberon, 97. — Autres diarrhées, 2. — Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 31. — Sénilité, 20. — Suicides, 20. — Autres morts violentes, 14. — Autres causes de mort, 143. — Causes inconnues, 8. — Total: 907.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

19819. — MOTTEROZ. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 24 juillet 1889.

Académie de médecine : **Traitement de l'endométrite chronique.**

Le traitement de la métrite chronique par les cautérisations intra-utérines est très ancien. Bien des caustiques ont été tour à tour vantés, puis reconnus inefficaces. Quelques gynécologistes emploient les caustiques liquides, dont le mode d'application est facile, et qui peuvent être rendus de plus en plus énergiques, suivant que l'on prétend atteindre et modifier rapidement une plus grande épaisseur de la muqueuse utérine. D'autres — et c'est, croyons-nous, le plus grand nombre — préfèrent encore à une intervention active les moyens hygiéniques et médicaux qui, joints aux grandes irrigations très chaudes et aux pansements glycérinés et iodiques, donnent souvent de très bons résultats, qu'une saison hydro-minérale bien dirigée vient améliorer encore.

On ne saurait nier cependant l'importance des résultats signalés dans le rapport de M. Polaillon. La grande probité scientifique et l'expérience consommée de l'honorable chirurgien doivent appeler sur la méthode qu'il recommande avec M. Dumontpallier, l'attention de tous ceux qui tiennent à bien connaître les médications nouvelles ou rajeunies. D'après MM. Polaillon et Dumontpallier, non seulement les cautérisations intra-utérines pratiquées à l'aide de flèches de chlorure de zinc seraient efficaces dans la presque totalité des cas, mais encore elles seraient toujours inoffensives.

Pour mettre les praticiens à même de suivre les conseils donnés à cet égard, nous reproduisons ci-dessous un résumé très détaillé du travail lu à l'Académie. Il nous sera permis cependant d'y relever une phrase : « Il faut condamner, dit M. Polaillon, l'abus qu'on pourrait faire de ce procédé, en raison même de la facilité de son application. » Nous ajouterons qu'entre des mains inexpérimentées le procédé lui-même pourrait devenir dangereux. Raison de plus pour n'en point abuser.

— A propos du traitement de l'occlusion intestinale par l'électricité, M. le docteur Millard a bien voulu nous adresser la lettre et l'observation suivantes :

M. LE DOCTEUR LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Mon cher collègue,

A l'occasion de l'intéressant rapport lu mardi dernier à l'Académie de médecine par notre savant maître le docteur

FEUILLETON

Le médecin à l'Exposition universelle de 1889.

(Deuxième article.)

Souvent aussi il importe de détruire, sur les murs des habitations, sur les parois des salles d'hôpitaux, des casernes, navires, wagons à bestiaux, voitures de blessés, etc., les micro-organismes pathogènes ou les impuretés qui peuvent s'y être déposés et rendre dangereux pendant longtemps le séjour ou la fréquentation de ces locaux. De plus, il est certaines parties du matériel qui ne peuvent être soumises à la désinfection par la vapeur sous pression, telles que les cuirs, les peaux, les fourrures, les meubles en bois, etc.; dans ces cas, l'on a dû proposer de se servir de lavages à l'aide de solutions antiseptiques, ou bien d'appareils producteurs de vapeur surchauffée. Ces derniers ne sont pas encore entrés définitivement dans la pratique, en raison de la difficulté qu'on éprouve à obtenir à quelque distance du jet de vapeur une température suffisante. Aussi les constructeurs ont-ils résolu différemment le problème et l'on peut voir fonctionner depuis plusieurs mois au marché aux bestiaux de la Villette un appareil basé sur l'emploi d'un jet d'eau chaude à haute pression avec entraînement d'un liquide antiseptique.

Le désinfectant employé dans ce cas est soit le chlorure de zinc, soit le crésyl ; toutes les matières organiques amoncelées sur les claies se détrempent et sont enlevées très rapidement, dit un rapport officiel ; en outre de ce nettoyage, la destruction de tous les germes est assurée par la haute température et surtout par la projection d'acide crésylique et de chlorure de zinc. L'aspect des claies nettoyées est tout à fait satisfaisant et aucune souillure ne résiste à cette opération.

Hérard, permettez-moi de vous communiquer un nouveau fait d'occlusion intestinale traitée par l'électricité et qui a été recueilli récemment dans mon service. Il me paraît instructif à plusieurs égards et confirmer notamment les sages réserves formulées non seulement par le rapporteur lui-même et par plusieurs membres de l'Académie, mais aussi par les quelques lignes que vous avez écrites dans le dernier Bulletin de la *Gazette hebdomadaire.*

Obs. *Occlusion intestinale datant de cinq jours. Rétablissement des selles par une application des courants électriques, mais persistance du collapsus. Mort le septième jour. A l'autopsie, traces manifestes de pincement d'une anse intestinale dans un orifice herniaire* (observation recueillie par M. Coffin, interne du service).

Le nommé T. G..., âgé de trente-six ans, conducteur d'omnibus, hôpital Beaujon, entré le 20 mai 1889, salle Barth, lit n° 2, service du docteur Millard.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Le malade est porteur d'une hernie inguinale double, réductible, qu'il contient habituellement par un bandage. Il y a quatre ans, il a déjà été pris brusquement de phénomènes d'obstruction intestinale, qui ont cédé après un bain et un purgatif.

Le vendredi 17 mai, deux heures environ après son repas, le malade a été pris d'une douleur très violente dans le bas ventre, douleur qui l'obligea à suspendre son travail. Le malade affirme qu'à ce moment ses hernies n'étaient pas sorties et qu'il n'existait pas de tumeur au niveau des anneaux inguinaux. Rentré chez lui, il a été pris de vomissements incoercibles, d'abord alimentaires, puis jaunes et enfin verdâtres.

Le lundi 20 mai au soir on l'apporte à l'hôpital; les vomissements persistent toujours, et le malade n'a pas eu de selle et n'a pas rendu de gaz par l'anus depuis le vendredi; le facies n'est pas grippé, la langue est encore humide, mais très chargée. Le ventre n'est pas douloureux à la pression et est plutôt rétracté; les anneaux inguinaux et cruraux, examinés avec soin, paraissent libres. Temp., 37°,5, le pouls est à 80 et régulier.

On fait prendre tout de suite au malade un verre d'eau de Sedlitz, qu'il ne vomit pas, et cette purgation n'ayant pas produit d'effet, on lui administre un lavement sans grand résultat.

Le mardi 21 mai (quatrième jour) au matin l'état est le même que la veille; on lui fait prendre de nouveau une purgation (limonade magnésienne à 60 grammes par verres à bordeaux); un lavement et un bain sont administrés sans résultat. Le soir, le facies est un peu grippé, la langue se sèche, le pouls est petit et la température descend à 36°,4.

Le 22 mai (cinquième jour), les phénomènes de collapsus s'accentuent et en outre les vomissements ont une odeur fécaloïde.

Le soir, à quatre heures, M. le docteur Larat lui administre un lavement électrique; le pôle négatif représenté par deux larges plaques est placé sur l'abdomen, le pôle positif dans le rectum par l'intermédiaire d'une longue sonde dans laquelle passe un courant d'eau salée. On emploie vingt-deux éléments, et la durée du lavement est de quinze minutes.

Immédiatement après le malade a une selle peu abondante, qui est suivie dans la nuit de dix autres selles en diarrhée.

Le 23. Le malade va un peu mieux, mais cependant la température reste au-dessous de 37 degrés, le pouls est petit et le facies grippé; encore quelques vomissements. Le malade va plusieurs fois à la selle dans la journée (toniques. Potion avec cognac. Piqûres d'éther).

Le 24. Les phénomènes du collapsus ont augmenté et le malade meurt dans la nuit du 24 au 25.

Autopsie le 26. — Il n'y a pas de pus dans le péritoine, qui a seulement un léger aspect poisseux.

L'orifice interne du canal inguinal gauche est très enflammé, et ne contient pas d'anse intestinale engagée; mais dans le bassin, dans la direction de cet orifice, on trouve une anse d'intestin grêle dépendant de la dernière portion de cet intestin, qui présente sur sa face antérieure une dépression comme s'il y avait eu à ce niveau un pincement latéral. En effet, cette anse intestinale étant ouverte, on remarque que la muqueuse présente à ce niveau un aspect feuille morte; en outre, elle se désagrège facilement, et laisse voir la séreuse à travers la tunique musculeuse, amincie et comme atrophiée.

Rien de pathologique dans les autres viscères.

Il est évident tout d'abord, d'après les résultats de l'autopsie, que nous n'avons pas eu affaire à un étranglement interne, mais bien à un étranglement herniaire, dû à l'engagement d'une très petite portion d'une anse intestinale dans l'orifice supérieur de l'anneau inguinal gauche. Les traces manifestes de phlegmasie au niveau de cet orifice et les lésions profondes constatées sur un point du tube intestinal en sont les preuves irrécusables. Sous ce rapport, notre fait s'éloigne de ceux pour lesquels le traitement électrique a été plus particulièrement préconisé; mais, vu la rapidité avec laquelle il a rétabli ici le cours des selles, on est en droit de se demander s'il ne pourrait pas trouver place à côté et à la suite du taxis, même dans la thérapeutique de certains étranglements herniaires.

Quoi qu'il en soit, l'erreur de diagnostic que nous avons commise pouvait être difficilement évitée. Malgré une exploration attentive, les deux anneaux nous avaient paru

---

L'appareil comprend une chaudière fixée sur un train de voiture qui supporte également un réservoir pour l'eau d'alimentation et un récipient contenant la solution antiseptique. L'eau de la chaudière est lancée par un tuyau dans un injecteur qui aspire la solution désinfectante; le mélange d'eau chaude et de liquide antiseptique est projeté avec violence contre les objets à désinfecter au moyen d'un long tuyau flexible. Le liquide lancé agit donc à la fois par sa température élevée, son action chimique et sa force de projection. La chaudière est à vaporisation rapide, elle est munie de tous ses accessoires, ainsi que de deux appareils d'alimentation; l'injecteur est composé d'un tube recourbé et d'un tube conique rectiligne qui pénètre dans l'intérieur du premier; ce tube conique se raccorde avec un tuyau qui plonge dans le récipient contenant le liquide antiseptique; l'eau de la chaudière arrive dans le tube recourbé et entraîne par aspiration le liquide désinfectant; on règle cet entraînement au moyen d'un robinet.

Cet appareil est léger et facilement transportable, il est disposé pour être traîné par trois hommes. Le développement du tuyau flexible donne toute commodité pour atteindre facilement toutes les parties à désinfecter sans déplacer la voiture; la force du jet à l'extrémité de la lance permet au liquide de pénétrer dans toutes les fissures; enfin, l'appareil est disposé de façon à permettre de chauffer le liquide antiseptique avant le mélange.

Dans tous les cas, et ils sont nombreux, où la désinfection du mobilier et des parois dans les habitations ne peut et ne doit être faite qu'à l'aide de solutions antiseptiques, il y a lieu de se servir d'appareils permettant, non pas seulement un lavage aussi rapide et aussi efficace que possible, mais surtout un très léger dépôt superficiel par pulvérisation. MM. Geneste et Herscher présentent trois modèles de ces appareils : le premier comprend un récipient contenant la solution antiseptique et une petite pompe qui aspire le liquide contenu dans le récipient et le refoule dans un

libres et également indolores; le malade n'accusait pas plus de sensibilité d'un côté que de l'autre et affirmait n'avoir rien ressenti ni remarqué d'anormal du côté de ses deux hernies qu'il connaissait bien et qu'il avait l'habitude de contenir par un bandage.

Je ne puis m'empêcher pourtant de croire que notre examen local n'a pas été encore assez complet ni assez persévérant et je formulerais volontiers comme règle que, chez un malade porteur d'une hernie avérée, quand des signes d'occlusion intestinale apparaissent, c'est du côté des orifices herniaires, malgré leur liberté apparente et l'absence de tout signe local d'étranglement, qu'on doit concentrer ses recherches et rapporter la cause présumée de l'obstacle.

Ma première idée, qui était la bonne, avait été de réclamer le secours d'un chirurgien. Peut-être aurait-il découvert ce qui nous échappait, pratiqué le taxis ou débridé l'anneau, ou même pratiqué immédiatement la laparatomie, ce qui aurait permis de se rendre compte de l'état de l'intestin et d'en faire la suture. Je me reproche de m'être laissé influencer par mon entourage et de m'être fié aux apparences de l'état général qui n'étaient pas encore trop mauvaises (ce n'était que le quatrième jour). Nous avons cru bien faire d'essayer encore les lavements, les purgatifs et les bains, qui avaient déjà guéri une fois le malade dans une crise semblable, et enfin de recourir aux bons offices du docteur Larat, qui est aussitôt accouru et a appliqué lui-même l'électricité le cinquième jour.

Le résultat de cette application fut immédiat et saisissant. Une seule séance, n'ayant pas duré plus de quinze minutes, amena vers quatre heures du soir une évacuation, qui fut suivie de dix autres selles liquides dans la nuit. Il semblait que ce devait être le signal de la guérison, mais il n'en fut rien; le collapsus persista, et malgré tous nos efforts pour réveiller les forces vitales, la mort arriva au bout de quarante-huit heures.

Malgré cette terminaison, le fait n'en doit pas moins être considéré comme un succès relatif, un demi-succès, pour la méthode, car elle a agi aussi rapidement que possible pour dégager l'obstacle et, il est juste de le reconnaître, on ne peut que regretter qu'elle n'ait pas pu être employée à un moment plus rapproché du début. Elle eût certainement sauvé le malade, mais nous étions déjà à la fin du cinquième jour; c'était beaucoup trop tard, étant donné qu'il s'agissait d'un étranglement herniaire, même peu étendu. Les lésions de l'intestin étaient trop avancées et ne pouvaient plus se réparer; il aurait fallu en pratiquer l'excision. C'est ce qu'aurait encore permis une laparatomie *in extremis*, pratiquée même après le rétablissement des selles, et en plein collapsus, mais c'était bien chanceux et le malade risquait de succomber plus rapidement encore.

De ce fait nous pouvons, ce me semble, tirer les conclusions suivantes :

1° Le traitement par l'électricité de l'occlusion intestinale réussit quelquefois très rapidement quand l'obstacle est léger; il a d'autant plus de chances de réussir qu'il est appliqué le plus près possible du début des accidents et quelle que soit la cause de ces accidents (étranglement interne ou même externe);

2° Dans l'étranglement herniaire méconnu, s'il est appliqué trop tard, il risque d'amener la réduction d'un intestin portant déjà des lésions irrémédiables, et empêche de pratiquer en temps utile la laparatomie;

3° Quand, après un succès apparent et malgré le rétablissement des selles, le collapsus persiste, il y a lieu d'examiner si la laparatomie ne doit pas encore être tentée, comme ressource ultime, pour permettre d'examiner et de réséquer, s'il y a lieu, le tube intestinal.

Veuillez agréer, etc.

A. Millard.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Un traitement nouveau de la teigne tondante.

Cette médication, essayée par M. Vidal, a pour objet de détruire le trichophyte par des microbicides et d'entraver sa pullulation en le privant d'oxygène. C'est, on le sait, un organisme aérobie. M. Vidal répond à ces deux indications : 1° par l'emploi d'un parasiticide : l'essence de térébenthine; 2° par l'enveloppement avec le caoutchouc.

Voici la technique de ce traitement :

1° Lotions sur le cuir chevelu sans épilation préalable, avec l'essence de térébenthine.

2° Faire suivre d'une friction avec la teinture d'iode. Cette friction ne doit s'étendre, dans une séance, que sur une région limitée de la surface de la tête. On la répète

---

pulvérisateur, relié à la pompe par un long tube en caoutchouc; cette pompe est mise en mouvement par l'intermédiaire d'un petit volant; le liquide sort du pulvérisateur sous forme de brouillard épais. Le récipient est supporté par une brouette de construction légère, qui permet de le transporter d'un point à un autre; l'intérieur du récipient est recouvert d'un enduit à base de caoutchouc; toutes les parties de la pompe, susceptibles d'être en contact avec le liquide antiseptique, sont en ébonite.

Pour s'en servir, on remplit le récipient de la solution désinfectante par la bonde supérieure, puis on ouvre le robinet qui se trouve à la base du pulvérisateur, que l'on tient d'une main; on actionne de l'autre main la manivelle de la petite pompe, et on dirige le pulvérisateur sur le point à désinfecter. On peut, avec cet appareil, désinfecter rapidement les parois des locaux contaminés. Il a déjà été utilisé de divers côtés et a donné notamment d'excellents résultats pour la désinfection des écuries de l'école supérieure de guerre au cours d'une épidémie sur les chevaux de cette école en 1887.

Un autre appareil, du même genre, se compose de deux récipients superposés et communiquant entre eux par un tube de petit diamètre; le récipient inférieur contient la solution désinfectante. Une petite pompe sert à comprimer de l'air dans le récipient supérieur; deux robinets, dont l'un communique avec le réservoir d'air et l'autre avec le réservoir contenant le liquide, sont placés sur le haut de l'appareil. Sur ces robinets s'adaptent des tuyaux en caoutchouc, qui communiquent avec l'appareil pulvérisateur. Tout le système est monté sur un léger chariot en fer. Lorsqu'on veut l'utiliser, il suffit d'introduire le liquide antiseptique par l'entonnoir, puis de fermer le robinet de remplissage. On ferme également les deux petits robinets communiquant avec le pulvérisateur et on actionne le levier de la pompe. Après avoir donné une douzaine de coups de piston, on ouvre les deux robinets et le liquide s'échappe

deux ou trois fois sur la même région et l'on traite ainsi successivement la totalité du cuir chevelu.

3° Pratiquer bi-quotidiennement sur la tête une onction avec la vaseline.

4° Recouvrir avec une calotte de caoutchouc s'adaptant aussi exactement que possible sur la surface de la tête.

Ce traitement mérite d'être mis à l'essai, car il éviterait l'épilation et serait de courte durée.

Ch. Éloy.

REVUE DES COURS ET DES CLINIQUES

FACULTÉ DE LYON. — M. LE PROFESSEUR ARLOING.

Des moyens d'éviter ou d'atténuer les accidents de l'anesthésie. — Usage de l'anesthésie mixte et des mélanges titrés.

(Leçons recueillies par M. le docteur Catrin, répétiteur à l'École du Service de santé militaire.)

(Fin. — Voyez le n° 29.)

Contre-indications à l'anesthésie mixte. — On a reproché à l'anesthésie mixte :

1° D'augmenter l'ébranlement nerveux dans les grands traumatismes;

2° D'accroître la tendance à l'algidité provoquée déjà par tous les anesthésiques qui diminuent les combustions organiques, et, en outre, enlèvent de la chaleur à l'organisme par la vaporisation de l'anesthésique à la surface pulmonaire.

Cet accroissement des tendances à l'algidité par l'emploi de l'anesthésie mixte a été signalé par Poncet et Sarrazin et étudié par Demarquay.

Cet inconvénient est réel; il est dû : 1° à la diminution ou à l'abolition de la période d'excitation, qui supprime une source puissante d'échauffement; 2° à l'effet vaso-dilatateur de la morphine, qui augmente la perte de la chaleur par rayonnement.

Enfin, le procédé de Trélat, qui combine le chloral et la morphine, a été accusé, non seulement de causer le refroidissement, mais encore de prolonger l'état comateux, d'exposer aux congestions cérébrales et d'exagérer l'inflammation du tube digestif dans les cas où elle existait déjà.

M. Trélat affirme qu'avec des précautions on peut éviter l'augmentation du refroidissement; quant aux tendances aux congestions, etc., c'est au chirurgien qu'il appartient d'étudier antérieurement les antécédents du malade et de décider s'il y a lieu de modifier la potion.

Nous possédons, messieurs, nous croyons vous l'avoir démontré, des moyens de nous tenir en garde contre les dangers des anesthésiques dans les premières périodes de l'anesthésie, et nous pouvons, par ces mêmes moyens, agir indirectement contre les accidents qui pourront se produire dans l'anesthésie confirmée ou ultérieurement, puisque, par l'emploi de ces moyens, nous diminuons la dose de l'anesthésique; nous évitons ainsi les intoxications.

Mais nous allons étudier avec vous les procédés qui nous mettent directement cette fois à l'abri des intoxications par les anesthésiques.

Ces accidents sont toujours dus à l'administration d'une dose trop considérable d'anesthésique, et vous comprenez qu'on les évitera facilement en ne donnant que la dose strictement nécessaire pour l'anesthésie, ou bien en s'opposant à l'accumulation des doses dans le sang pendant les anesthésies prolongées.

C'est donc à l'étude du dosage des anesthésiques et des mélanges titrés que nous allons consacrer la prochaine leçon.

Le dosage d'un médicament volatil est une opération toujours difficile. Le mode d'administration par inhalation vient encore augmenter la difficulté. M. P. Bert s'est attaché à l'étude de cette question et lui a fait faire, avec la collaboration de M. Dubois, de très sérieux progrès.

Les travaux de M. Bert signalent deux phases bien tranchées. Il s'est attaché d'abord à déterminer la dose anesthésique et la dose toxique du chloroforme et de l'éther.

Pour arriver approximativement à cette connaissance, il faut faire respirer le sujet dans un espace clos, ne faisant qu'un en quelque sorte avec l'intérieur du poumon.

Deux manières d'arriver à ce résultat sont à la disposition de l'expérimentateur :

1° Vaporiser l'anesthésique dans un volume d'air qui passe à travers un compteur avant de se rendre dans un sac imperméable. Ce sac est mis en communication avec l'appareil respiratoire du sujet, par l'intermédiaire d'un tube à soupapes séparatrices du courant d'inspiration et du courant d'expiration;

2° Soulever un gazomètre de précision, de manière à emprisonner un volume d'air égal à 100, 200, 300 litres. Vaporiser et diriger dans ce volume d'air, à l'aide d'une tubulure latérale, une quantité d'anesthésique donnée. Enfin, mettre l'intérieur du gazomètre en rapport avec l'appareil respiratoire.

Paul Bert a pu ainsi déterminer les doses toxique et anesthésique d'éther et de chloroforme pour un chien de taille moyenne.

---

alors par le pulvérisateur, sous forme de jet nébuleux; on dirige ce jet sur les parois à désinfecter, de façon à les humidifier légèrement. La manœuvre est très simple et l'opération se fait rapidement. Cet appareil est plus léger que le précédent, la pulvérisation est aussi beaucoup plus fine; il est surtout employé pour la désinfection des murs des hôpitaux, des casernes, les voitures servant au transport des blessés et des malades, les écoles, lycées, asiles, les dépôts de mendicité, les prisons, etc., etc. Quant au troisième, il ne diffère du précédent que par le remplacement du petit chariot par des pieds fixés sur une planchette. Son poids total n'est que de 8 kilogrammes; des poignées fixées au récipient permettent de le monter facilement aux étages les plus élevés des habitations; il peut être fixé sur les étuves locomobiles, derrière le siège du conducteur.

D'autre part, MM. Geneste et Herscher, à la demande d'un grand nombre d'administrations hospitalières qui se préoccupaient avec juste raison des dangers pouvant résulter de la dissémination des poussières et détritus provenant des salles de malades, ont cherché à réaliser pratiquement la combustion de tous les rebuts provenant des hôpitaux.

Les conditions à remplir étaient les suivantes : petit volume, permettant dans tous les cas l'installation, allumage rapide, conduite facile, disposition intérieure empêchant l'entraînement des fragments d'ouate ou de chiffons enflammés, clôture hermétique du foyer, prix assez bas pour permettre aux plus petits établissements d'en faire l'acquisition. L'appareil qui vient d'être construit à cet effet, se compose d'un foyer en terre réfractaire, disposé pour brûler toute espèce de combustible; immédiatement au-dessus du foyer, une cuvette en terre réfractaire reçoit les détritus à brûler; les produits de la combustion contournent cette cuvette, qui se trouve ainsi baignée complètement dans la flamme. La voûte est formée d'une arcade en terre réfractaire, percée de petits trous, communiquant directement

	Dose anesthésique.	*Dose toxique.*
Chloroforme.	15 grammes.	30 grammes.
Ether.......	37 —	74 —
Amylène.....	30 —	60 —

De ces résultats, on peut donc conclure que la dose anesthésique doit être doublée pour devenir toxique.

L'opérateur a donc une certaine marge à partir du moment où il a obtenu l'anesthésie. Cette latitude a été appelée par P. Bert la *zone maniable;* elle est égale à 2.

La seconde phase est beaucoup plus importante. Les études antérieures de P. Bert sur la respiration et le protoxyde d'azote l'avaient préparé à envisager la question des anesthésiques à deux autres points de vue.

Il voulut examiner l'influence de la tension des vapeurs anesthésiques dans l'air respiré sur leur pénétration dans le sang et sur leurs effets dans l'organisme; conséquemment il fut amené à étudier les relations qui existent entre les proportions d'un mélange d'air et d'anesthésique, à un titre rigoureusement déterminé, et les effets physiologiques produits par ce mélange.

L'usage du gazomètre de précision permit à M. Paul Bert de titrer exactement un mélange d'air et d'anesthésique et de constater que *la toxicité d'un mélange est liée à l'état de tension de la vapeur anesthésique dans le mélange.*

Ainsi un chien qui respire un mélange de 4 grammes de chloroforme pour 100 litres d'air, meurt après huit ou dix heures; de 10 grammes, après deux heures; de 25 grammes, après dix à quinze minutes.

Le même fait se vérifie pour l'éther. On peut donc en conclure que la tension de l'anesthésique dans un mélange a plus d'influence que la dose, puisque la quantité d'anesthésique qui a traversé le poumon avec 4 grammes de chloroforme ou 20 grammes d'éther est plus considérable en *raison du temps* pendant lequel l'animal les a respirés qu'avec 25 et 50 grammes.

Les expériences de P. Bert ont encore démontré que lorsque l'anesthésie est obtenue avec un mélange donné, l'animal ne détitre plus le mélange qu'il respire.

Si, à partir du moment où un chien est endormi, on fait respirer par un autre chien l'air expiré par le premier, ce dernier s'endort exactement dans le même temps. On endort de même un troisième et un quatrième chien, jusqu'à ce que l'air expiré devienne asphyxique.

On peut donc par tâtonnement trouver un mélange titré, qui produira l'anesthésie dans des conditions convenables et qui pourra être respiré pendant *longtemps* sans amener la mort.

Nous disons longtemps, mais non impunément, parce que le mélange qui peut produire l'anesthésie n'est pas indéfiniment compatible avec la conservation de la vie des éléments.

Ce n'est qu'après de longues expériences sur les animaux que M. P. Bert pensa que l'on pouvait faire bénéficier la clinique des renseignements fournis par la physiologie.

En 1884-1885 (*Gaz. hebd.*, 1884, p. 15 et 26, docteur Catrin), deux cents anesthésies, avec des mélanges titrés, furent faites à l'hôpital Saint-Louis, sous la direction de M. Péan et la surveillance de M. Aubeau, pour des opérations variées et dans des limites d'âge comprises entre six mois et soixante-seize ans.

M. Aubeau déclare que la méthode des mélanges titrés ne dispense pas d'une certaine surveillance, mais qu'elle offre sur les autres procédés d'immenses avantages, parmi lesquels il faut citer :

Diminution ou suppression de la période d'excitation chez tous les patients et particulièrement les alcooliques;

Sommeil anesthésique plus rapidement obtenu;

Suppression de la dépression nerveuse dans la narcose avancée;

Prolongation de l'anesthésie sans courir les risques d'empoisonnement inattendu.

D'ailleurs, pour éviter ces risques d'empoisonnement, P. Bert avait proposé d'utiliser des mélanges diversement titrés selon les périodes de l'anesthésie :

1° Mélange à 10 pour 100 au début de l'anesthésie;

2° Mélange à 8 pour 100 pendant un moment quand l'anesthésie est confirmée;

3° Mélange à 6 pour 100 jusqu'à la fin de l'opération.

Mais le *modus faciendi* employé laissait passablement à désirer. On se servait, en effet, de gazomètres couplés plus ou moins simples et où l'on préparait les mélanges à l'avance.

On s'exposait ainsi à des surprises causées par l'épuisement d'un gazomètre; l'opération était toujours un peu longue lorsqu'on voulait préparer les mélanges, ou passer d'un titre à l'autre.

C'est pour obvier à tous ces inconvénients que M. Dubois construisit une machine qui lance, vers l'appareil respiratoire du sujet, un mélange titré qui se prépare automatiquement et dont le titrage peut être changé immédiatement au moyen d'un simple tour de roue.

La machine de M. Dubois peut se décomposer pour la description en trois séries d'organes :

1° *Organe pour lancer l'air vers l'appareil respiratoire du sujet.* — L'air est lancé au moyen d'un piston et d'un corps de pompe à large section. Le piston est d'un diamètre moindre que celui du corps de pompe, mais il est relié aux parois de ce corps de pompe par une membrane en caoutchouc qui empêche toute communication entre les parties

---

avec la cheminée par où s'échappent les gaz et la fumée; ce crible a pour but d'éviter l'entraînement par la flamme des fragments légers d'ouate ou de chiffons enflammés. La façade de l'appareil est en fonte, elle est munie de trois portes superposées; la porte supérieure est celle qui permet l'introduction des détritus dans la cuvette; une garniture en toile d'amiante et un levier, chargé d'un contrepoids, la rendent hermétique; les autres portes sont celles du foyer et du cendrier. Tout l'appareil est enveloppé par une garniture métallique qui en assure la solidité.

Cet arsenal de désinfection comprend encore deux sortes d'appareils, les uns pour la stérilisation des instruments de chirurgie; les autres, pour la désinfection et le nettoyage des crachoirs des phthisiques. La méthode adoptée généralement, dans les salles d'opérations chirurgicales, pour la stérilisation préalable des objets de pansement et la désinfection des instruments de chirurgie, celle qui est à la fois la plus rapide et qui offre la plus grande sécurité, consiste à soumettre lesdits objets, pendant quinze minutes, à l'action de la vapeur à la pression de 1 kilogramme (environ 120 degrés centigrades). Il est pourtant nécessaire, parfois, de se servir d'appareils à air chaud, soit, par exemple, pour la conservation des objets stérilisés; soit encore pour la stérilisation de certaines matières qui ne peuvent être exposées à l'action humide de la vapeur d'eau. C'est pourquoi MM. Geneste et Herscher ont étudié deux types d'appareils à vapeur sous pression et à air chaud. Les premiers (autoclaves) se composent d'un cylindre en cuivre vertical, fermé à sa partie supérieure par une porte en métal solidement fixée, soit par des boulons à bascule, soit par une arcade en fer. Ce cylindre est entouré d'une chemise en tôle qui oblige les gaz chauds à lécher la paroi extérieure du cylindre. A la partie inférieure de l'appareil est fixé l'appareil de chauffage, qui peut être, à volonté, une rampe à gaz, une lampe à alcool ou même une lampe à pétrole. De plus, on y trouve un robinet de niveau d'eau, et

situées au-dessus et au-dessous du piston, quand celui-ci se meut.

2° *Organes préparateurs des mélanges.* — Un piston plongeur fait à chaque coup de piston moteur de l'air tomber une goutte plus ou moins volumineuse de l'anesthésique dans le courant d'air appelé dans le corps de pompe. Un mécanisme très ingénieux permet, comme nous l'avons dit, de faire varier le volume de la goutte et d'obtenir ainsi un mélange à 6, 8 ou 10 pour 100.

3° *Organes de distribution du mélange titré.* — Une valve tournant dans un tambour établit la communication dans le sens voulu d'une partie du corps de pompe avec l'air extérieur, et de l'autre partie qui renferme le mélange tout préparé avec l'appareil respiratoire du malade.

Tout l'appareil est mis en mouvement au moyen d'une manivelle fixée à une roue dentée. Cette dernière partie de l'appareil a été récemment perfectionnée, car il fallait autrefois tourner tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre, pour déterminer convenablement le mouvement de l'air; de là certaines erreurs dans la manœuvre; aujourd'hui le mouvement de la manivelle se fait toujours dans le même sens. Une sorte d'excentrique transforme ce mouvement de même sens en mouvements ascendants et descendants pour le piston.

Enfin, comme organes accessoires, nous devons signaler :

1° Une lampe à alcool qu'on allumera si l'anesthésique se vaporise ou trop vite ou trop lentement dans le flacon de vaporisation. La vaporisation trop rapide peut, en effet, provoquer la congélation du chloroforme;

2° Un masque destiné à s'adapter au visage pour faire pénétrer le mélange dans les voies respiratoires. Ce masque est percé de deux simples évents qui ne permettent pas plus l'accumulation de l'air anesthésique que de l'air expiré.

Ainsi, messieurs, vous voyez que par l'anesthésie mixte nous sommes à l'abri des syncopes et apnées de nature réflexe, et que, grâce à la méthode de P. Bert, grâce à l'ingénieux appareil de M. Dubois, nous pouvons nous mettre à l'abri des apnées adynamiques dues à l'intoxication ou à l'accumulation de chloroforme dans l'organisme.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Des injections intrapleurales antiseptiques dans les pleurésies infectieuses. Communication faite à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 12 juillet 1889, par M. Ch. Fernet, médecin de l'hôpital Beaujon.

Il existe aujourd'hui une tendance très manifeste à appliquer aux maladies infectieuses un traitement local et cette tendance est légitime: n'est-il pas rationnel, en effet, de chercher à attaquer et à détruire sur place, quand cela est possible, les foyers infectieux pour éviter qu'ils envahissent d'autres parties de l'économie ou qu'ils jettent dans la circulation des principes toxiques?

Cette manière d'agir a été appliquée aux maladies infectieuses des cavités séreuses, et pour certaines pleurésies en particulier, on a récemment fait quelques tentatives de traitement antiseptique qui me paraissent constituer un réel progrès: sans recourir à la thoracotomie, qui reste cependant la grande ressource dans les cas extrêmes, on a essayé de rendre aseptiques et par suite inoffensifs et spontanément curables des épanchements infectieux et on a réussi à transformer en maladie bénigne une maladie grave.

Je voudrais vous rappeler d'abord ces tentatives, puis vous communiquer quelques essais que j'ai faits de mon côté et qui me paraissent encourageants.

Le professeur Potain, dans son importante communication sur les injections intrapleurales d'air stérilisé dans le traitement d'épanchements pleuraux consécutifs au pneumothorax (1), avait insisté sur la nécessité de maintenir l'état aseptique de la plèvre. Cette communication, bien qu'elle ne visât pas l'antisepsie pleurale dans les cas de pleurésie infectieuse, paraît avoir inspiré les travaux de M. Renaut et de M. Moizard où les injections intrapleurales antiseptiques sont expressément proposées dans le but d'empêcher ou de combattre l'état infectieux de certains épanchements pleuraux.

Le professeur Renaut (de Lyon) a publié (2) une intéressante observation, dans laquelle, grâce à des injections intrapleurales de liqueur de Van Swieten, pratiquées à trois jours d'intervalle environ et à la dose de 3 à 8 grammes chaque fois au moyen de la seringue de Pravaz, il a « main-

(1) Potain, Séance de l'Académie de médecine du 24 avril 1888.

(2) Renaut, Observation pour servir à l'histoire de l'antisepsie pleurale dans l'hydropneumothorax (*Gazette médicale*, 9 juin 1888).

---

un robinet purgeur d'air placé dans la partie basse du cylindre, un peu au-dessus du niveau de l'eau, qui permet de chasser entièrement, et dès le début de l'opération, l'air contenu dans le cylindre. Enfin un robinet d'échappement, un manomètre, une soupape de sûreté et un panier métallique forment le complément des accessoires qui constituent la partie délicate de ce genre d'appareils et qui sont fixés sur le cylindre lui-même, et non sur le couvercle mobile, afin de les mettre plus à l'abri des chocs et des détériorations. La série de ces autoclaves se compose de sept spécimens, dont le diamètre intérieur varie de 18 à 60 centimètres et l'entrée de 0m,180 à 0m,600.

L'appareil à air chaud se compose de deux chambres accolées, de dimensions inégales, communiquant entre elles par deux orifices d'entrée et de sortie. Les objets à stériliser se placent dans la grande chambre; le deuxième compartiment, plus petit, renferme l'appareil de chauffage et le régulateur de température. Il peut être chauffé à volonté par une lampe à alcool, une lampe à pétrole ou une rampe à gaz. La température est maintenue entre 150 et 180 degrés à l'aide du régulateur qui agit directement sur le foyer, et qui, d'autre part, ouvre une valve permettant à l'air chaud de s'échapper sans passer au contact des objets soumis à la stérilisation. Le réglage de la température se fait très simplement au moyen d'une vis placée dans le compartiment réservé à la lampe. Ces appareils se construisent de toutes dimensions; ils peuvent être fixes ou transportables.

Il est inutile de rappeler quelle importance il convient d'attacher, depuis les découvertes bactériologiques récentes, à la destruction des crachats de tuberculeux, considérés comme la principale, sinon l'unique, cause de transmission de cette terrible maladie. Il faudrait donc détruire ces crachats avant qu'ils aient pu se dessécher et répandre dans l'atmosphère l'organisme contagieux qu'ils renferment.

De très nombreux procédés ont été proposés pour obtenir ce résultat, soit dans les domiciles privés, soit dans les salles

tenu à l'état de sérosité citrine, pendant vingt jours, un épanchement consécutif à un pneumothorax déterminé par la rupture, dans la plèvre, d'une série de cavernules sous-pleurales, à contenu franchement purulent. La résorption de cet épanchement commençait à s'opérer, comme le montre l'abaissement de la ligne de niveau du liquide intrapleural, quand la mort est survenue par suite d'un deuxième pneumothorax, produit dans la cavité pleurale opposée, de façon à annuler entièrement le seul des deux poumons qui respirât. » « Je suis amené, dit-il plus loin, à proposer la méthode des injections intrapleurales de liqueur de Van Swieten comme moyen à opposer à la purulence des épanchements consécutifs au pneumothorax. » M. Renaut émet formellement l'opinion qu'il suffit de petites et même de très petites quantités de bichlorure de mercure pour stériliser un épanchement pleurétique, et parmi plusieurs faits qu'il dit avoir observés et qui confirment cette opinion, il cite celui d'un malade, atteint de pleurésie probablement tuberculeuse, chez lequel des injections réitérées de liqueur de Van Swieten à la dose de 1 gramme chaque fois, maintinrent l'épanchement à l'état citrin, jusqu'à ce que finalement il fut résorbé, bien qu'il existât du même côté une pleurésie interlobaire suppurée, dont le malade rendit le contenu par une vomique.

Peu de temps après, notre collègue M. Moizard (1) nous faisait ici même une intéressante communication, relative à l'antisepsie pleurale dans des cas de pneumothorax où l'infection de la plèvre est déjà effectuée; il rapportait deux exemples dans lesquels son intervention avait été avantageuse; chez chacun de ses malades, il avait injecté une seule fois une trentaine de grammes d'une solution iodurée d'iode.

A l'occasion du travail de M. Moizard, notre collègue M. Juhel-Rénoy (2) déclara que, antérieurement aux travaux de M. Potain et de M. Renaut, il avait fait des injections intrapleurales d'une solution de chlorure de zinc dans des cas de pleurésie dont on n'arrivait pas à obtenir l'assèchement malgré des ponctions répétées; les résultats furent avantageux, mais M. Juhel-Rénoy ne dit pas qu'il ait employé cette méthode dans un but antiseptique, ni qu'il s'agît dans ses observations de pleurésies infectieuses.

Vers la même époque, le professeur Bouchard, dans les leçons magistrales qu'il a consacrées en 1888 à l'antisepsie, a insisté sur le parti qu'on pouvait tirer des injections antiseptiques dans les cavités séreuses: « Quant à moi, dit-il, j'ai essayé de faire dans la plèvre enflammée et contenant un épanchement, quelle qu'en soit la nature, des injections

(1) Moizard, *Pneumothorax et antisepsie pleurale* (*Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1888, p. 348).
(2) Juhel-Rénoy, *ibid.*, p. 355.

antiseptiques à petites doses, sans évacuer le contenu. J'ai obtenu des résultats qui, jusqu'ici, ne sont pas de nature à me décourager. » Il ajoute même que, dans deux cas de pleurésie purulente, il a pratiqué des injections d'une solution de naphtol et que les résultats ont été assez avantageux pour le dispenser de pratiquer l'empyème: « Dans un des cas, écrit-il, où j'ai fait ces injections (deux fois par jour, une injection de 2 à 4 centimètres cubes d'une solution de naphtol dans l'alcool et l'eau, représentant 10 à 20 centigrammes de naphtol), la ponction avait donné issue à un liquide opalescent; dans le second, il y avait un pyopneumothorax et on a retiré d'abord 4 litres de pus. Dans les deux cas, le liquide s'est reformé, mais chez le premier malade, depuis plus de six semaines que les injections de naphtol sont faites, la température n'atteint jamais 38 degrés; et chez le second, qui était mourant lors des premières injections, la fièvre est tombée et le liquide reformé se résorbe graduellement. » Ces détails étaient donnés dans la leçon du 23 juin 1888; dans les leçons publiées quelques mois plus tard, on lit en note: « Les deux malades sont actuellement guéris (1). » Ces deux derniers faits sont des plus remarquables et suffiraient à établir l'efficacité de la méthode.

J'ai eu moi-même occasion d'observer dans ces derniers mois plusieurs pleurésies que j'ai considérées comme infectieuses et que j'ai traitées par la méthode des injections intrapleurales antiseptiques. C'est à l'exposé de ces faits et aux conséquences thérapeutiques qui en découlent que cette communication est consacrée.

Je rapporterai d'abord avec quelques détails trois cas de pleurésie dont les caractères singuliers m'ont vivement frappé et m'ont conduit à les considérer comme de nature infectieuse et par suite à recourir à un traitement antiseptique. En effet, bien que la maladie locale ne semblât présenter rien de particulier, l'intensité de la fièvre et des autres phénomènes généraux, la prostration des malades, l'existence de quelques troubles abdominaux, dans un cas même l'existence de taches rosées lenticulaires, etc., m'ont fait penser que ces pleurésies étaient de nature infectieuse, que peut-être même elles étaient comparables à ces formes de la fièvre typhoïde qu'on connaît maintenant sous le nom de pneumotyphus, et que, s'il en était ainsi, le nom de pleurotyphus leur serait applicable. L'observation attentive et suivie de ces malades m'avait paru et me paraît encore justifier l'interprétation que je viens d'indiquer; et cependant j'ai hâte d'ajouter que l'examen bactériologique du liquide de l'épanchement par le procédé des cultures, pratiqué dans les trois cas par M. Girode, que je tiens à

(1) Bouchard, *Thérap. des maladies infectieuses; antisepsie.* Paris, 1889, p. 299 et suiv.

des hôpitaux. C'est en 1886, à l'Exposition d'hygiène de la caserne Lobau, que les premiers ont été présentés; ils ont été notablement modifiés depuis. La difficulté est ici d'obtenir une température immédiate suffisante, et dans un bain de lessive assez efficace, pour que la destruction des bacilles et le nettoyage des crachoirs soient très rapides et complets. Une installation se fait en ce moment dans un hôpital de Paris, qui utilise la vapeur de la chaudière pour la faire parvenir dans les crachoirs déposés dans une série de récipients en forme de baignoires; cette installation offre de multiples inconvénients; l'opération est longue, et l'on est obligé de promener les crachoirs à travers l'hôpital. Il serait préférable à tous égards d'avoir un appareil spécial pouvant désinfecter très rapidement tous les crachoirs d'une salle, et placé dans la cuisine de celle-ci; c'est ce que l'on peut voir réalisé à l'Exposition, mais non malheureusement dans la partie réservée à l'administration de l'Assistance publique de la ville de Paris.

Cette administration, d'ailleurs, dont l'exposition eût pu être si importante et si belle sans grands frais, présente un désordre inimaginable; tout y est pêle-mêle, et c'est à grand peine qu'on y reconnaît les quelques dispositions intéressantes que des médecins et chirurgiens se sont ingéniés à réaliser et qu'ils ont eu tant de mal à obtenir dans leur service. C'est ainsi qu'on voit trois ou quatre appareils de plomberie accolés à l'une des cloisons et une ou deux tables; on ne se douterait guère qu'ils témoignent des efforts faits dans les hôpitaux de Paris pour obtenir l'antisepsie chirurgicale de l'opéré, du matériel et de la salle d'opérations; plus loin, on nous présente comme antiseptique un mobilier en bois non verni ni même métallisé! Et cependant lorsque nous aurons à parler des expositions particulières de la classe 14, nous aurons plaisir à faire remarquer l'intérêt des efforts individuels de nos constructeurs, guidés par tant de praticiens ingénieux et amoureux du progrès.

(*A suivre.*)

remercier de son utile concours, n'a donné que des résultats négatifs; or il n'est pas douteux que la constatation du moindre microbe pathogène eût apporté de la nature infectieuse de ces pleurésies une preuve plus convaincante que les arguments cliniques les plus décisifs en apparence.

Quoi qu'il en soit, guidé par cette interprétation, j'ai traité ces pleurésies par des injections antiseptiques intrapleurales, et ce mode de traitement, que j'ai employé avec quelque succès dans plusieurs autres cas de pleurésies ou même de péritonites secondaires, m'a paru ici donner des résultats que je considère comme satisfaisants; les trois malades ont guéri, et assurément on n'aurait pu affirmer un pronostic favorable chez aucun d'eux; l'issue de la pleurésie en tant que maladie locale a de même été heureuse et cependant il semble qu'on dût avoir aussi beaucoup de craintes sous ce rapport.

Obs. I. — L... (François), âgé de quarante-trois ans, cocher, entre dans mon service de l'hôpital Beaujon (salle Monneret, n° 7) le 30 janvier 1889 (1).

C'est un homme un peu grêle d'apparence, qui a cependant, paraît-il, une bonne santé habituelle et n'a jamais eu de maladie sérieuse. Il se sentait souffrant depuis une quinzaine de jours et éprouvait surtout du mal dans la bouche et dans la gorge avec gêne de la mastication et de la déglutition; il avait remarqué que ses gencives étaient saignantes; en outre depuis quelques jours il sentait un peu de fièvre le soir, et enfin il y a deux jours, il eut un point de côté violent à la base de la poitrine du côté gauche; ce point de côté persista les jours suivants et décida le malade à entrer à l'hôpital.

Nous constatons l'existence d'une stomatite et surtout d'une gingivite caractérisée par un état fongueux des gencives qui sont exulcérées à leur bord, avec enduit grisâtre sur les dents. Nous trouvons d'autre part du côté gauche de la poitrine tous les signes d'une pleurésie, accompagnée d'un épanchement moyen qui s'élève en arrière jusque vers l'angle inférieur de l'omoplate. La respiration est peu gênée. La fièvre est assez vive (temp., 39°,6 la veille au soir, 38°,8 ce matin). Je prescris un gargarisme au borax et des applications de poudre de borax sur le bord des gencives, des badigeonnages de teinture d'iode sur le côté gauche du thorax; régime lacté et viande crue.

Dès les premiers jours nous sommes frappés de l'intensité de la fièvre, qui se maintient dans l'aisselle entre 39 degrés le matin et 40 degrés le soir, atteint même le soir du cinquième jour 40°,8. Cependant la douleur de côté est modérée, l'épanchement est stationnaire, l'état de la bouche s'est amélioré, les nuits sont assez bonnes. La persistance de cette fièvre vive nous fait craindre que la pleurésie ne soit de nature infectieuse et nous nous demandons si elle ne serait pas subordonnée à la stomatite qui existe depuis plus de quinze jours et si celle-ci n'aurait pas donné lieu à quelque foyer infectieux du poumon qui tiendrait la pleurésie sous sa dépendance. Cette lésion du poumon serait d'ailleurs masquée par la pleurésie et en effet il n'y a qu'une expectoration peu abondante de crachats muqueux sans caractères spéciaux.

Le 8 février, onzième jour depuis le début des signes de la pleurésie, nous retirons, avec la seringue de Pravaz, une petite quantité du liquide épanché dans la plèvre, liquide clair et transparent, sans trace de purulence, et M. Girode veut bien se charger d'en pratiquer l'examen bactériologique au moyen des cultures. Disons tout de suite que ces cultures et d'autres qui ont été faites au cours de la maladie n'ont donné aucun résultat, le liquide a paru stérile. Il en fut de même pour l'examen des crachats.

La situation reste la même pendant les deux jours suivants et la fièvre se maintient aussi intense. Dès lors, redoutant l'évolution ultérieure de cette pleurésie et guidé par la crainte de sa nature infectieuse, je me décidai à faire pratiquer dans la plèvre des injections d'une solution de sublimé, qui auraient pour effet de rendre l'épanchement aseptique et donneraient des chances qu'il ne se reproduisît pas si l'on était amené à en pratiquer l'évacuation complète.

Du 10 au 22 février, on fit avec la seringue de Pravaz tous les deux jours une injection de liqueur de Van Swieten; les cinq premières injections furent de 5 grammes chacune; le résultat en ayant semblé favorable, les deux suivantes furent faites avec 7gr,50 du même liquide. En même temps que ces injections, j'administrai tous les jours au malade six doses de naphtol de 25 centigrammes; dans les trois derniers jours, le naphtol fut remplacé par le salicylate de bismuth à cause d'un peu de diarrhée qui était survenue.

Pendant cette période de traitement la situation s'améliore; la fièvre, qui jusque-là se tenait entre 39 et 40 degrés, s'abaissa graduellement et à la fin (24 et 25 février), elle était descendue à 37°,6 le matin, 38°,8 le soir. En même temps les signes physiques indiquaient une diminution sensible dans la quantité de l'épanchement: on entendait des frottements dans l'aisselle et au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, la respiration demeurant très obscure au-dessous de ce point. Le 24 février, on ne put faire l'injection intrapleurale parce que la ponction avec la seringue de Pravaz ne permit pas de ramener la plus petite quantité de liquide. L'état général s'améliorait concurremment et à partir du 23 j'ajoutais un degré d'aliments au régime antérieur.

Cependant quatre jours après la cessation des injections de sublimé, la fièvre commençait à remonter et arrivait après quatre autres jours à osciller autour de 39 degrés; en même temps l'épanchement s'était un peu reproduit. Aussi le 5 mars, nous reprenons les injections de sublimé, et quatre jours de suite, on introduit 5 grammes de liqueur de Van Swieten dans la plèvre; nous administrons de nouveau le naphtol à l'intérieur. Le deuxième et le troisième jour, la fièvre tombe à 37°,3 le matin, 38°,7 le soir; le quatrième, elle s'élève à 38°,6 le matin, 39°,8 le soir, sans que je puisse saisir la raison de cette exacerbation, car l'état général est satisfaisant, et l'épanchement paraît de nouveau résorbé, on entend des frottements au-dessous de l'angle de l'omoplate et devant ce signe nous interrompons de nouveau le 9 mars les injections de sublimé.

A partir de ce moment, l'état de la poitrine ne s'est plus modifié, mais la fièvre, qui n'a jamais cessé complètement, a présenté plusieurs retours pendant un mois entier que nous avons encore gardé le malade à l'hôpital; le sulfate de quinine donné deux ou trois jours de suite abaissait bien un peu les températures, mais pas d'une façon durable. Et cependant à aucun moment je n'ai trouvé aucun signe pouvant se rapporter à la tuberculose. Du reste, en dépit de cette fièvre, le malade se sentait mieux, l'alimentation pouvait être augmentée; et enfin, le 9 avril, quoique dans les jours précédents le malade eût encore eu des températures de 38 degrés le matin et 39 degrés le soir, je le faisais partir en convalescence pour Vincennes.

Un mois plus tard (12 mai), le malade est revenu nous voir; son état général est excellent, il a bonne mine et ses forces sont satisfaisantes. La respiration est encore un peu courte. L'examen physique de la poitrine montre seulement un peu de diminution de la sonorité dans la moitié inférieure gauche de la poitrine, et au même niveau un léger affaiblissement du bruit respiratoire. La guérison peut être considérée comme acquise.

(A suivre.)

(1) Cette observation et la suivante ont été rédigées d'après les notes prises par M. David, externe du service.

Pathologie interne.

Deux observations de bronchites syphilitiques chez des adultes, par M. le docteur Taberlet.

Les savantes cliniques de M. le professeur Dieulafoy, publiées dans la *Gazette hebdomadaire* sur la syphilose des voies respiratoires, nous engagent à faire connaître deux observations déjà vieilles de bronchites syphilitiques chez des adultes. La plupart des observations de syphilis des poumons publiées par l'éminent professeur, ainsi que celles relatées par d'autres observateurs, ont trait à des cas déjà avancés de syphilis pulmonaire. La guérison obtenue cinq à six semaines après que le diagnostic a été posé, n'a pas eu lieu, en général, sans laisser quelque trace. Il est assez difficile, pour peu que le virus ait produit des désordres plus ou moins profonds, de voir revenir *ad integrum* les tissus affectés. Nous pensons qu'il y a lieu de ne négliger

aucun document qui pourrait faciliter le diagnostic précoce de ces affections.

Les deux observations qui suivent nous ont paru pouvoir contribuer à l'avancement de cette étude.

Obs. I. — A..., trente-quatre ans, pas de maladies sérieuses, un peu d'eczéma de la face dorsale des mains au retour du printemps, dans sa jeunesse, lymphatisme, muqueuses actives, sécrétantes. A eu un chancre induré il y a trois ou quatre ans, avec ses conséquences classiques, de moyenne intensité, s'est traité pendant trois à quatre mois. Au mois d'octobre 1869, à la suite d'un coup de froid, il est pris de bronchite peu intense. Malgré les soins les plus attentifs, la bronchite reste stationnaire, s'exaspérant par la fatigue des organes malades et l'exposition à l'air froid. Cette affection se traîne ainsi pendant neuf mois. A la fin de juillet 1870, je fus appelé en consultation. C'est à cette époque que j'examinai le malade pour la première fois. A... est de mes amis d'enfance. Ses ascendants me sont connus, comme les miens propres. Cette remarque est importante à faire comme on va voir. Embonpoint assez bien conservé, pouls à 90, appétit très médiocre, langue couverte d'un enduit noirâtre, épais et humide. Léger embarras gastrique. Sur le front, à la naissance des cheveux, nous constatons un bouton d'acné avec teinte rouge-jambon. Deux ou trois très petits ganglions cervicaux à peine sensibles. Toux fréquente, surtout après avoir parlé quelques instants. Crachats abondants, muqueux, filants et difficiles à expectorer. État stationnaire, malgré vésicatoires répétés et potions de toute sorte, etc.

A l'auscultation en arrière on entend environ dans le tiers supérieur des deux poumons, des râles sous-crépitants, nombreux, fins, et dans le reste des poumons les râles sont d'autant plus muqueux, gros et disséminés, qu'on se rapproche des bases. Aucun craquement, expiration à peine prolongée tout à fait aux sommets. Même auscultation en avant. Tel est très sommairement l'état du malade à cette date.

La certitude que ni les antécédents du malade, ni ses ascendants, ne pouvaient faire songer à la tuberculose, l'impuissance de tout traitement classique, appliqué avec les soins les plus attentifs, l'apparition d'un regain vérolique visible peu douteux, après un traitement insuffisant; enfin, la conviction que la syphilis en ses manifestations capricieuses ne devait pas plus épargner les bronches que les autres organes, nous engagèrent à proposer le traitement antisyphilitique. Cet avis, regardé comme étrange, ne fut pas accepté. Ce ne fut que neuf mois plus tard, premiers jours de septembre, que nous fûmes appelé par notre confrère à deux heures du matin. Nous proposâmes un troisième confrère qui fut aussitôt accepté. Nous trouvâmes le malade dans l'état suivant: oppression extrême, cyanose du visage, des lèvres et du cou, expectoration nulle, voix éteinte, intelligence voilée, les bronches étaient absolument remplies, en un mot, asphyxie lente et progressive. Impossible d'ausculter. Le danger nous parut imminent à tous trois. La majorité se décida pour un vomitif (tartre stibié, 0gr,04). Le bulbe étant déjà sans réaction suffisante, le vomissement ne se produisit pas, il fut remplacé par une augmentation de congestion et d'asphyxie. Les yeux sortaient presque de leur orbite, visage extrêmement cyanosé, extrémités froides, sueurs glacées. Connaissance presque perdue. Le malade est placé à la hâte sur un matelas et transporté auprès d'un grand feu. Frictions chaudes, stimulantes. Nous lui faisons une première application du marteau de Mayor sur l'épigastre, qui n'est point ressentie. Une seconde application fait légèrement contracter le diaphragme. Une troisième détermine l'écoulement par la commissure labiale d'un peu de mucosité filante. A force de cordiaux, de frictions, le malade se ranime peu à peu, la respiration se rétablit lentement. Nous quittons le malade à huit heures du matin dans un état moins désespéré. A dix heures, nouvelle consultation avec quatre confrères. L'avis de la majorité est que nous avons eu affaire à un accès pernicieux. Il nous fallut déployer les plus grands efforts pour faire prédominer la pensée que la longueur de la maladie et la plénitude de l'arbre bronchique avaient dû déterminer une paralysie des muscles de cet organe et que l'asphyxie en avait été la conséquence toute naturelle. Nous fûmes assez heureux pour faire accepter, sous bénéfice d'inventaire, le traitement que nous avions préconisé neuf mois auparavant. Une pilule d'abord et deux ensuite d'iodure de mercure de 2 centigrammes furent administrées. A partir de ce jour, le malade marcha à grands pas vers sa guérison. Six semaines après il était guéri de sa bronchite. Il resta emphysémateux et un peu asthmatique à la montée et dans les grands efforts musculaires.

C'était à prévoir après dix-huit mois de toux et de bronchite, qui avaient dû laisser quelque dilatation et peut-être quelque altération de tissus à la suite de ce long travail dégénératif.

La deuxième observation est celle de G..., trente-six ans, santé habituellement très bonne. Aucune maladie sérieuse auparavant. Père fort et bien portant, mère morte jeune. Le malade est replet, avec grande tendance à la polysarcie, lymphatique, muqueuses sécrétantes. Angines assez fréquentes par le froid humide. Il a eu un chancre induré trois ou quatre ans auparavant, soit en 1869; mal de gorge, roséole, suites peu sévères en somme. Traitement pendant deux à trois mois. En 1872, à la suite d'un refroidissement probable, le malade est pris d'une bronchite catarrhale, qu'il soigne d'une manière très intermittente et qui s'exaspère toujours par le froid humide et les fatigues des voies respiratoires. Le malade mange assez bien, dort, sauf matin et soir une toux persistante amenant des crachats abondants de mucosités filantes. Pas de douleurs de tête. Il est dans cet état depuis quatorze mois, l'été beaucoup mieux que l'hiver.

C'est à la suite d'une très grande fatigue des voies respiratoires, que nous nous trouvons avec un confrère, un peu par hasard, en présence du malade, toussant et crachant, dans l'hiver de 1873. Il ne présente aucune trace récente visible de syphilis. Sa façon de tousser, de cracher, son aspect extérieur, nous rappelle singulièrement notre premier malade. L'auscultation en arrière nous fait constater aux tiers supérieurs des sommets, des râles sous-crépitants fins, moins nombreux et moins bruyants que chez notre premier malade. Ils deviennent plus muqueux et plus disséminés à mesure qu'on descend vers les bases. Pas de craquement, pas d'expiration prolongée, pas de fièvre, un peu d'anhélation, léger enduit sur la langue. Le malade se plaint amèrement de ne pouvoir se débarrasser de sa bronchite, qu'il nous dit durer depuis près de quinze mois.

Après avoir nettement établi les antécédents syphilitiques et l'insuffisance du traitement, étant constatée l'impuissance de tout traitement classique antérieur, mal suivie du reste, nous proposons le mercure et l'iodure. Notre avis n'est pas goûté de notre confrère, qui insiste pour envoyer le malade tout de suite à Amélie-les-Bains. Nous n'étions ni l'un ni l'autre les médecins traitants. Les deux médecins ordinaires furent mandés. Un seul put venir; il accepta facilement notre diagnostic, et par conséquent notre traitement, qu'il fut chargé de suivre. Dès ce jour, la guérison ne se fit pas attendre, elle fut complète en six semaines, avec le seul traitement spécifique comme dans notre premier cas. G... resta un peu emphysémateux, mais à un bien moindre degré que notre premier malade.

Nous ferons remarquer l'égale distribution des râles dans les deux poumons, leur intensité dans les tiers supérieurs et leur diminution graduelle, leur transformation en gros râles muqueux à mesure qu'on descend vers les bases. En général, c'est l'inverse qui se passe dans les bronchites ordinaires. N'est-il pas possible que le microbe probable de la vérole ait une prédilection pour les sommets chez l'homme, précisément parce que ces portions d'organes respirent moins activement que les deux autres tiers? Peut-être est-il là plus à l'aise pour pulluler. Peut-être aussi en serait-il autrement chez la femme, qui respire par le fait du corset plus activement par les sommets.

En raison de ce double et décisif succès par le traitement spécifique, nous n'avons pas hésité à maintenir le diagnostic de : bronchites syphilitiques chez des adultes.

Évian-les-Bains, le 30 juin 1889.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

AFFECTIONS SYNALGIQUES DE L'ŒIL (KÉRATITES ET IRITIS). LEUR TRAITEMENT PAR LE MASSAGE DES POINTS SYNALGIQUES, par M. *Chibret*. — « Il existe des affections douloureuses de l'œil, que l'on peut appeler *synalgiques*. Ces affections, dont j'ai observé et suivi huit cas en une année, se distinguent des affections similaires et notamment des autres kératites et iritis, de la façon suivante :

« 1° En explorant par la pression digitale les émergences du sus-orbitaire et des branches du nasal externe, on trouve que les affections synalgiques de l'œil coïncident constamment avec la sensibilité plus ou moins vive de ces émergences à la pression. Cette pression détermine quelquefois une douleur intolérable.

« 2° Le massage des émergences nerveuses, douloureuses à la pression, constitue un traitement sûr, rapide et souvent unique des affections synalgiques de l'œil.

« D'un autre côté, ces affections et les troubles trophiques qu'elles occasionnent dans la cornée ont souvent pour conséquence d'augmenter la réceptivité microbienne du tissu cornéen. Elles sont le point de départ de la gravité d'un certain nombre de kératites infectieuses, qui progressent malgré l'antisepsie et s'arrêtent quand on y ajoute le massage. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 23 JUILLET 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MAURICE PERRIN.

M. le docteur *Just Lucas-Championnière* se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de médecine opératoire.

M. le docteur *Vidal* (*Louis*) (à Nissau, Hérault) envoie un *Pli cacheté*, dont le dépôt est accepté.

M. le docteur *Dezautière* (à La Machine, Nièvre) adresse un mémoire manuscrit sur *les leucorrhées normales et pathologiques*.

M. le docteur *Manguat*, médecin-major de 2e classe, envoie une *Étude sur les eaux thermales de Hamman-Rirha* (*Algérie*).

M. le docteur *Bernard-Luquet*, médecin-major de 1re classe en retraite, adresse la relation manuscrite d'une *épidémie de variole qui a sévi en* 1888-1889 *aux aciéries de Mont-Saint-Martin* (*Meurthe-et-Moselle*).

M. le docteur *Spehl* (à Bruxelles) envoie un *Précis d'exploration clinique et de diagnostic médical*.

M. *Laboulbène* dépose un mémoire de M. le docteur *Moura* sur *la physiologie du registre plein et du registre aigu de la voix humaine, dits de plain-chant*.

M. *Marty* présente une Note de M. le docteur *Bessano* (à Marseille) sur *les propriétés tétanigères du sol sous diverses latitudes*.

M. *Lancereaux* offre la seconde partie du tome III de son *Traité d'anatomie pathologique*.

M. *Vidal* fait hommage, au nom de M. *Leloir* et au sien, de la première livraison de leur *Traité descriptif des maladies de la peau, symptomatologie et anatomie pathologique*.

M. *Hayem* offre un ouvrage qu'il vient de publier sur *le sang et ses altérations anatomiques*.

ÉLECTIONS. — L'Académie procède aux élections de deux correspondants nationaux dans la division de chirurgie.

M. le docteur *Bouchacourt* (à Lyon) est élu, en premier lieu, par 37 voix sur 58 votants, contre 9 à M. Gayet (à Lyon), 6 à M. Pamard (à Avignon), 3 à M. Dezanneau (à Angers), 2 à M. Duplouy (à Rochefort-sur-Mer) et 1 à M. Lanelongue (à Bordeaux).

La seconde élection nécessite deux tours de scrutin : au premier tour, M. Gayet obtient 33 voix sur 67 votants, contre 20 à M. Lanelongue, 6 à M. Pamard, 4 à M. Dezanneau et 2 à M. Duplouy, plus 1 bulletin blanc et 1 bulletin nul. — Au second tour, M. *Gayet* est élu par 36 voix sur 59 votants, contre 20 à M. Lanelongue, 1 à M. Dezanneau, 1 à M. Pamard, plus 1 bulletin blanc.

INTOXICATION ARSENICALE. — A propos de la communication faite dans la séance du 2 juillet par MM. Brouardel et G. Pouchet sur la localisation de l'arsenic dans les os et l'importance de ce fait en cas d'empoisonnement présumé, M. *Balland*, correspondant national, écrit que M. Roussin a signalé cette localisation dans un mémoire daté de 1863, ainsi que la substitution de cette substance au phosphore dans les os et son élimination.

M. *Brouardel* fait observer qu'un fait, actuellement admis par tout le monde depuis sa communication, mais qui n'avait été indiqué dans aucun ouvrage de médecine légale, ressort des recherches qu'il a entreprises avec M. Pouchet, à savoir que l'arsenic se retrouve cinq à six semaines encore après la mort dans les os, et surtout dans les os spongieux. On devine aisément toute l'importance que la médecine légale y attache ; aucun auteur jusqu'ici ne l'avait signalé, pas plus M. Roussin, qui a collaboré à l'ouvrage de Tardieu, que d'autres observateurs.

M. *Armand Gautier* ne conteste pas ces faits; il appelle seulement l'attention sur la nécessité, avant de conclure que l'arsenic qui se trouve dans les os y joue le rôle du phosphore à l'état d'arséniate remplaçant les phosphates, de faire cette preuve et de retirer des os l'arséniate tribasique de chaux. Cette preuve n'a encore été fournie par personne.

BIBLIOGRAPHIE MÉDICALE. — L'Académie, sur le rapport de M. *Laboulbène*, vote des félicitations et des remerciements à M. le docteur *Costomiris* pour ses recherches bibliographiques sur les écrits encore inédits des anciens médecins grecs et sur ceux dont le texte original est perdu, mais qui existent en latin ou en arabe. M. Laboulbène fait, dans son rapport, l'énumération de ces divers ouvrages, retrouvés dans diverses bibliothèques, et principalement à la Bibliothèque nationale, par M. Costomiris. Il est à désirer que ces textes encore inédits des anciens médecins grecs soient bientôt publiés.

FŒTUS DE TRENTE-TROIS ANS DANS LE VENTRE MATERNEL. — M. *Tarnier* présente une femme qui, depuis trente-trois ans, porte dans l'abdomen, sans en avoir jamais éprouvé la moindre souffrance et avec un parfait état de santé, un fœtus mort à terme d'une grossesse extra-utérine. La palpation permet parfaitement de reconnaître les positions des membres et de la tête de ce fœtus, couché en travers du ventre, au-dessus et au-dessous de l'ombilic.

ENDOMÉTRITE CHRONIQUE. — A propos du mémoire lu cette année à l'Académie par M. le docteur Dumontpallier sur le traitement local de l'endométrite chronique par un crayon ou une flèche de pâte au chlorure de zinc laissée à demeure dans la cavité utérine, M. *Polaillon*, chargé de faire un rapport sur ce mémoire, fait tout d'abord observer que dès 1883 il avait employé ce procédé dans le même but.

Le procédé opératoire est des plus simples. Le point difficile est la dimension à donner à la tige de chlorure de zinc. Si l'utérus est tuméfié et comme œdémateux, si les orifices du col sont larges, si les sécrétions muco-purulentes sont abondantes, s'il y a des métrorrhagies, M. Polaillon emploie les flèches les plus grosses, mais dont le diamètre n'excède jamais 4 ou 5 millimètres de diamètre au maximum. Si, au contraire, l'utérus est petit, si les orifices du col sont étroits, si la sécrétion catarrhale est modérée, il se sert des tiges les plus minces, de 2 à 2 1/2 millimètres de diamètre. Entre ces limites, toutes les grosseurs sont indiquées, selon les signes cliniques de la métrite. Quant à la longueur de la tige, elle doit être celle de la cavité cervico-utérine mesurée avec l'hystéromètre.

Une fois introduite, la flèche agit immédiatement sur la muqueuse par le chlorure de zinc qu'elle renferme. En six ou douze heures une eschare est formée. Au bout d'une semaine environ, cette eschare s'élimine, soit en morceaux désagrégés, soit en bloc.

Les suites de l'opération sont toujours d'une grande béni-

guité. La douleur de la cautérisation est nulle ou très modérée, selon les sujets. Il n'y a aucune réaction fébrile. La patiente doit garder le lit pendant trois jours. Elle doit encore garder le repos jusqu'à ce que l'eschare soit éliminée. Le traitement consécutif consiste seulement à faire exactement des injections vaginales antiseptiques. Au bout de trois semaines, la guérison est obtenue. Il ne reste plus qu'à consolider la guérison en recommandant des précautions hygiéniques et en instituant un traitement général fortifiant.

La proportion des malades guéries par ce procédé est très encourageante, puisqu'elle a été de trente-huit ou quarante d'après M. Polaillon; sans doute il peut y avoir des récidives, si l'opérée continue à s'exposer encore aux causes qui ont amené une première fois sa métrite. Mais il n'y a aucun traitement connu qui mette sûrement à l'abri des récidives. Sur ces trente-huit guérisons, M. Polaillon n'a constaté que trois récidives, ce qui est très peu pour une maladie qui se reproduit si facilement.

On s'est demandé quel était l'état de l'utérus après la cautérisation par les flèches au chlorure de zinc. Le rétablissement normal de la menstruation, la perméabilité du col et de la cavité à l'hystéromètre, prouvent que l'utérus a recouvré son intégrité fonctionnelle. Et en effet, M. Dumontpallier a observé un commencement de grossesse chez des femmes qu'il avait opérées. Mais l'atrésie du col et l'oblitération plus ou moins complète de la cavité du corps peut être la conséquence d'une cautérisation trop forte. Quel est d'ailleurs le traitement local de la métrite qui n'expose pas à cet accident?

Les récentes recherches du professeur Cornil montrent que les altérations de la muqueuse dans la métrite chronique sont tellement profondes qu'il faut enlever cette muqueuse pour se mettre dans les conditions d'obtenir une guérison. Les deux procédés les plus efficaces, je veux parler de l'écouvillonnage et du curetage, laissent beaucoup à désirer. Or ce que ces procédés ne peuvent faire dans un grand nombre de cas, tout au moins la flèche de chlorure de zinc laissée à demeure le réalise avec une sûreté, une facilité et une innocuité incomparables. Sans faire perdre une goutte de sang, sans antisepsie préalable, sans chloroformisation, sans effrayer par l'appareil d'une opération importante, elle attaque uniformément les couches ramollies de la muqueuse, les vaisseaux dilatés et les glandes dégénérées, en faisant pénétrer le chlorure de zinc dans leurs ramifications les plus profondes. Elle épuise son action sur les tissus malades, et respecte pour ainsi dire automatiquement les tissus sains, parce qu'ils sont plus durs. Quand on compare l'épaisseur d'un demi-centimètre à un centimètre de la muqueuse atteinte d'inflammation chronique avec la minceur prescrite des flèches, on n'a plus l'appréhension que cette muqueuse soit frappée de mort jusque dans ses couches saines, jusqu'au tissu musculaire sain.

En général, toutes les endométrites chroniques avec lésions anciennes et sécrétions purulentes ou muco-purulentes, toutes les endométrites infectieuses, toutes les endométrites hémorrhagiques, même toutes les hémorrhagies utérines, sauf celles de l'accouchement et des gros myômes, sont justiciables de ce procédé.

Par lui, les métrites parenchymateuses, qui se combinent presque toujours avec une endométrite, sont aussi avantageusement modifiées et guéries. Il serait probablement de même de l'affection que M. Polaillon a décrite sous le nom de gigantisme utérin, lorsque cette affection est encore à son début. Mais, dans ce cas, le traitement est plus long et plusieurs applications de flèches sont souvent nécessaires.

Les maladies précédentes ont quelquefois conduit à pratiquer l'hystérectomie vaginale ou la castration. M. Polaillon pose la question de savoir s'il ne vaudrait pas mieux, dans ces circonstances, porter la cautérisation avec la flèche à demeure jusqu'à détruire toute la muqueuse, jusqu'à attaquer la couche musculaire, de manière à obtenir un retrait de l'utérus et une oblitération cicatricielle de sa cavité. Cette cautérisation oblitérante ne pourrait-elle pas remplacer beaucoup d'hystérectomies, beaucoup de castrations? Dans deux faits d'oblitération utérine, M. Polaillon n'a vu survenir aucun accident du côté des trompes et des ovaires.

Chez les femmes qui ont passé l'âge de la ménopause, le procédé de la flèche à demeure peut être appliqué très largement. Au contraire, M. Polaillon recommande la plus grande prudence dans son application chez les femmes qui sont dans la période de la vie où elles peuvent concevoir. Ce précepte étant bien établi, il ne faut pas accuser inconsidérément la cautérisation par la flèche à demeure de causer la stérilité. Toutes les jeunes femmes affectées d'endométrite chronique sont stériles. Elles resteront stériles si on ne la traite pas, et de plus elles continueront à souffrir. Le traitement qui les guérit de leur métrite ne leur rend pas toujours l'aptitude à devenir mères. Il les met seulement dans de bonnes conditions pour qu'une grossesse puisse se produire. C'est évidemment tout ce qu'il peut promettre à cet égard.

La métrite aiguë simple est une contre-indication de la flèche à demeure. Il n'est pas nécessaire d'y recourir pour une maladie qui guérira par le repos, quelques narcotiques, quelques émollients, quelques injections modificatrices intra-utérines. M. Polaillon condamne l'abus que l'on pourrait faire de ce procédé, en raison même de la facilité de son application. Mais, si la métrite aiguë est de nature blennorrhagique ou infectieuse, il importe d'arrêter radicalement le mal afin de prévenir son extension aux trompes. Or rien ne saurait mieux atteindre le but que la cautérisation avec la flèche de chlorure de zinc, qui est l'agent antiseptique par excellence.

Une autre considération, ou plutôt une cause d'échec, est l'existence d'une ovarite ou d'une ovaro-salpingite compliquant la métrite. Cette dernière n'est pas aggravée par la cautérisation de la flèche à demeure, elle est même améliorée momentanément, puis la maladie reprend son cours. L'inflammation utérine est alors sous la dépendance de l'affection des annexes. Elle se perpétuera tant que ceux-ci seront altérés, et c'est contre eux qu'il faut porter l'effort du traitement.

— L'Académie se forme ensuite en comité secret, afin d'entendre la lecture d'un rapport de M. Bucquoy sur les candidats au titre de correspondant étranger dans la première section (médecine). La liste de présentation est dressée comme il suit : 1° M. Rommelaere (à Bruxelles); 2° M. Sydney Ringer (à Londres); 3° M. Van den Corput (à Bruxelles); 4° M. Moncorvo (à Rio-de-Janeiro).

— L'ordre du jour de la séance du 30 juillet est fixé ainsi qu'il suit : Communications de M. *Mesnet* sur l'hypnotisme, et de M. *Constantin Paul*; 2° Discussion sur le chloroforme et l'anesthésie (inscrits : MM. *Laborde* et *Chauveau*); 3° Lecture par M. le docteur Michon sur les anesthésiques.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 17 JUILLET 1889.—PRÉSIDENCE DE M. LE DENTU.

Gastro-entérotomie : MM. Pozzi, Monod. — Sarcome de l'orbite : M. Monod. — Néphrectomie pour rein kystique : M. Monod. — Traitement de l'ongle incarné : M. Th. Anger. — Cirrhose calculeuse de la glande sous-maxillaire : M. Berger.

M. *Pozzi* a pratiqué il y a deux ans une *gastro-entérotomie* sur la demande expresse du malade, qui d'ailleurs est mort en quelques heures. Il a opéré comme Wœlfler-Bill-

roth, et en particulier a fixé à la partie postérieure de l'estomac l'anse intestinale, passée à travers une perforation faite au mésocôlon transverse. Lorsque en effet l'anse passe en avant du côlon, il est à craindre qu'elle ne se bride et ne gêne ainsi le cours des matières. Le procédé de sutures donné par M. Roux a été décrit en 1886 par Barker. Enfin M. Pozzi signale une observation de curettage d'un cancer du pylore par Bernays (de Saint-Louis), publié dans les *Annals of Surgery* de 1887.

M. *Monod* a volontairement laissé dans l'ombre certains détails de technique La perforation du mésocôlon transverse est de Courvoisier (de Bâle) et non de Billroth. Mais Lücke n'a pas eu recours à cette manœuvre et n'en a eu aucun inconvénient. Parmi les petites manœuvres accessoires, on a inventé plusieurs procédés pour confectionner à l'orifice un clapet empêchant le reflux des matières intestinales dans l'estomac; mais, jusqu'à nouvel ordre, on y renonce en général, car il faut avant tout opérer avec rapidité.

— M. *Monod* a présenté, dans la dernière séance, une malade atteinte de *goitre unilatéral avec exophthalmie* de ce côté. Plusieurs des membres ne croyaient pas à l'existence d'une tumeur oculaire, vers laquelle penchait M. Monod. M. *Trélat*, lui aussi, en admettait l'existence, car la vision était anéantie. Or il n'y avait aucun phénomène intra-crânien, donc il s'agissait d'une tumeur dure de l'orbite. M. *Monod* a opéré et a trouvé, en effet, un sarcome rétro-oculaire.

Sur l'initiative de M. *Després*, une courte discussion s'engage sur le *cancer primitif du corps thyroïde*, auquel M. Després ne croit pas. Dans l'espèce, personne n'avait d'ailleurs songé au cancer pour ce goitre, qui date de vingt ans et depuis quinze ans est absolument stationnaire.

— M. *Monod* présente un *rein polykystique* qu'il a extirpé en le morcelant, après avoir reconnu l'impossibilité de la néphrectomie qu'il désirait pratiquer. La malade jusqu'à présent va bien, mais il faut attendre encore avant de la considérer comme un succès opératoire, qui serait le premier pour rein polykystique.

— M. *Th. Anger* décrit son *procédé opératoire pour l'ongle incarné*. Avec un couteau long et étroit, il fait par transfixion un lambeau longitudinal prenant le bord de l'orteil parallèlement au bourrelet. La base est au niveau de l'articulation phalango-phalangetienne: elle doit être aussi large que possible. L'extrémité libre est en avant. Ce lambeau une fois rabattu en arrière, un fort coup de scalpel est donné contre la face latérale de la phalange allant jusqu'à l'os qu'il entame même. Ainsi sont enlevés et le bourrelet fongueux et une languette longitudinale de l'ongle, avec la partie correspondante de la lunule, si, chose indispensable, cette décortication prend toute la longueur de la phalange. Le lambeau est alors appliqué sur la surface osseuse dénudée et fixé par une circulaire de diachylon. Sur cent dix-sept opérations ainsi conduites, M. Anger n'a pas eu un seul échec. Il a observé une lymphangite. Sept fois la pointe du lambeau s'est sphacelée. L'opération se fait après une anesthésie par réfrigération, mais le mélange de glace et de sel n'est laissé autour de l'orteil qu'une minute, une minute un quart, et non cinq minutes, comme le disait Velpeau.

— M. *Berger* fait une communication sur les *altérations de la glande sous-maxillaire consécutivement à la lithiase salivaire*. Deux observations sont publiées, par Terrier en 1874 et par Darcy Power en 1888, où la glande indurée a été enlevée comme cancéreuse, alors qu'il s'agissait d'une sclérose d'origine calculeuse. M. Berger relate un fait analogue sur un homme d'une cinquantaine d'années, atteint depuis cinq à six ans d'une grosseur sus-hyoïdienne, devenue depuis quelque temps plus dure et surtout douloureuse. Les élancements douloureux survenaient surtout aux heures du repas. Il y avait, en effet, une lithiase évidente du canal de Warthon : le malade avait craché de petits calculs, et le stylet sentait une concrétion dans le canal. On sentait en outre à la région sus-hyoïdienne (et l'on se la renvoyait au plancher de la bouche) une tumeur arrondie, grosse comme une noisette, d'une dureté pierreuse : un calcul, sans doute. Or l'incision montra qu'il s'agissait non pas d'un calcul, mais d'une glande indurée (calculeuse d'ailleurs) qui fut extirpée. L'examen histologique pratiqué par M. Pilliet a révélé trois faits : 1° les conduits excréteurs sont universellement et uniformément dilatés; 2° la substance sécrétante, épithéliale, et la structure lobulaire, glandulaire ont disparu; 3° il y a une sclérose interstitielle, par formation conjonctive adulte dans les points les plus anciens, par infiltration de cellules embryonnaires dans les plus récents. Cette infiltration se fait surtout le long des vaisseaux et nerfs, à la façon de lésions microbiennes, et quoique les coupes n'aient pas laissé voir de micro-organismes, M. Pilliet croit volontiers à leur intervention. Or cela va bien avec nos connaissances sur la pathologie générale des glandes. En 1876, par ligature du cholédoque, de l'uretère, Charcot et Gombault ont obtenu et la dilatation de canaux excréteurs et la cirrhose. Mais depuis, en 1882, Straus et Germont ont constaté que la dilatation est le seul résultat de la ligature aseptique; à l'adjonction d'un processus microbien ressortissent les lésions de cirrhose. Dans ses études récentes sur le rein des urinaires, Albarran est arrivé au même résultat. Au point de vue pratique, ce fait a de l'intérêt pour le diagnostic entre ces indurations et le cancer; mais, en tout cas, l'ablation totale est indiquée.

M. *Després* rappelle que, dans la thèse de Thomas de Closmadeuc, il y a deux ou trois observations où l'induration n'a pas cédé à l'extraction du calcul.

A. BROCA.

Société de biologie.

SÉANCE DU 13 JUILLET 1889. — PRÉSIDENCE DE M. DUMONTPALLIER.

Question de priorité sur la découverte du passage du virus charbonneux de la mère au fœtus : MM. Perroncito et Straus. — Sur les résidus d'orge germé comme milieu de culture pour les microbes : M. G. Roux. — Sur une modification de l'albumine des œufs : M. Tarchanoff. — Sur les centres psycho-moteurs des nouveau-nés : M. P. Langlois. — Sur une anomalie des œufs de poule : M. Bernard. — Représentation graphique du régime de la sardine sur les côtes de France : M. Pouchet.

M. *Perroncito* a envoyé au Président un numéro de la *Gazetta piemontese*, dans lequel il a indiqué le passage du virus charbonneux de la mère au fœtus, avant la communication de M. Straus sur ce sujet.

M. *Straus* répond, comme il l'a déjà fait, qu'il ne s'agit là que d'une simple phrase, d'une affirmation sans preuves sans fait précis, qui ne peut nullement constituer une découverte scientifique.

— M. *G. Roux* a observé que les résidus d'orge germé provenant des brasseries donnent d'excellents bouillons de culture pour les microbes. Gélatinisés, ils permettent un riche développement des *streptococcus* qui se cultivent très mal dans les autres milieux gélatinisés.

— M. *Tarchanoff*, en observant l'albumine des œufs de différents oiseaux, a pu en distinguer deux espèces. Chez les oiseaux dont les petits naissent imparfaitement développés, l'albumine des œufs, en se coagulant par la chaleur, reste transparente; chez ceux dont les petits sont aptes à se

nourrir dès l'éclosion, comme la poule, l'albumine cuite, on le sait, est complètement opaque. Cette albumine transparente est d'une digestion beaucoup plus facile que l'albumine ordinaire, en laquelle elle se transforme peu à peu pendant l'incubation. A aucun moment la sécrétion de l'oviducte de la poule n'affecte la forme d'albumine transparente, mais on peut transformer le blanc d'un œuf de poule en albumine transparente, si on place l'œuf entier pendant deux jours dans une solution à 10 pour 100 de soude ou de potasse. Le produit ainsi obtenu se rapproche beaucoup des albuminates alcalins de Lieberkühn.

Cette forme d'albumine, à cause de sa très facile digestion, peut rendre de grands services dans l'alimentation des malades.

— M. *P. Langlois* a repris les expériences de M. Tarchanoff, qui avait démontré l'existence de la faculté psychomotrice dans les cerveaux des cobayes nouveau-nés. Non seulement il a pu reconnaître aussi l'existence de cette faculté, mais il a même pu localiser quelques centres, dont le plus net est celui de la mastication. Ces localisations peuvent être reconnues déjà douze à quinze heures après la naissance, mais elles s'accentuent de plus en plus avec l'âge.

— M. *Pouchet* présente une note de M. *Bernard* sur les œufs sans vitellus. M. Bernard a observé une poule qui n'a jamais pondu que des œufs sans vitellus, et pourtant, à l'autopsie, il a pu constater que l'ovaire était normal et en pleine activité.

M. Pouchet rappelle qu'avec M. Raphaël Blanchard, en observant un œuf sans jaune, il avait retrouvé, au milieu de l'albumine, la membrane vitelline crevée et vidée.

— M. *Pouchet* présente en son nom un tableau graphique du régime de la sardine sur les côtes de France. Ce tableau, construit sur les statistiques commerciales, met bien en relief un certain nombre de particularités que M. Pouchet a déjà eu l'occasion de signaler.

SÉANCE DU 20 JUILLET 1889. — PRÉSIDENCE DE M. DUMONTPALLIER.

M. Lapicque : Recherches sur la proportion de fer dans la rate et le foie des jeunes animaux. — M. Courmont : Note sur le nouveau bacille de la tuberculose chez le bœuf. — M. Laulanié : Sur le mécanisme de l'arrêt de la respiration par l'excitation du bout périphérique du vague. — M. Dastre : Remarques sur les accidents de l'anesthésie chloroformique.

M. *Lapicque* avait signalé dans une précédente communication que la rate des chiens nouveau-nés est pauvre en fer. Des dosages qu'il a faits sur des rates de chiens de différents âges, il résulte que la quantité de fer reste faible dans cet organe pendant des mois après la naissance ; le fer ne s'y accumule que peu à peu pendant la vie.

Des injections intraveineuses d'eau distillée, pratiquées sur de jeunes lapins, dans le but de voir si la destruction des globules sanguins augmente cette quantité, n'ont jusqu'ici donné que des résultats incertains.

Il a retrouvé nettement dans le foie des jeunes animaux la réserve de fer signalée par Zaleski. Cette réserve disparaît assez vite durant les premiers temps de la vie extra-utérine.

— M. *Chauveau* présente une note de M. Courmont qui a continué ses recherches sur le nouveau bacille de la tuberculose découvert par lui chez le bœuf. Ce microbe inoculé à des lapins provoque des lésions caractéristiques de tuberculose et peut être retrouvé dans le sang de l'animal.

Chez le cobaye ce même microbe pullule dans le sang et amène la mort sans provoquer la formation de tubercules. Mais si on inocule de vieilles cultures à des cobayes, on obtient l'inversion des effets précédents ; les cobayes deviennent tuberculeux, et les lapins inoculés avec les microbes provenant de ces cobayes, meurent sans présenter de tubercules.

— M. *Chauveau* présente également une nouvelle note de M. *Laulanié* sur les effets de l'excitation du bout périphérique du vague. M. Laulanié, qui explique les modifications respiratoires observées dans ce cas par une anémie bulbaire cherche à démontrer son hypothèse en provoquant l'anémie bulbaire par un procédé mécanique.

— M. *Dastre*, passant en revue les accidents que peut provoquer le chloroforme, les classe de la façon suivante. Il y a d'un côté la mort par intoxication chloroformique proprement dite, qui résulte de l'emploi d'une dose exagérée. Dans ce cas, la respiration s'arrête avant le cœur. Aucune précaution dans le mode opératoire ne peut empêcher la mort, du moment qu'on atteint la dose toxique.

De l'autre côté, il y a les syncopes se produisant accidentellement pendant le cours de la chloroformisation, avant qu'on ait atteint la dose toxique. Ces accidents, ceux du début, résultant de l'irritation du trijumeau, comme ceux de la seconde période, résultant d'une augmentation de l'excitabilité du pneumo-gastrique ou d'une autre cause inconnue, peuvent et par conséquent doivent être évités.

M. Dastre rappelle qu'il a indiqué, avec M. Morat, les injections préalables d'atropo-morphine comme le plus sûr moyen d'éviter ces accidents. Il applique cette méthode depuis plusieurs années dans un laboratoire, et il n'a jamais eu de mécompte. On sait pourtant que le chien est bien plus exposé que l'homme aux accidents chloroformiques. Les chirurgiens de Lyon s'en sont aussi servis avec succès dans leur pratique journalière.

En résumé, M. Dastre pense que l'avenir de l'anesthésie n'est pas dans la découverte d'un nouvel agent, mais bien dans l'emploi combiné de plusieurs médicaments.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 10 JUILLET 1889. — PRÉSIDENCE DE M. FERNET.

Des injections intra-pulmonaires de naphtol camphré dans la tuberculose pulmonaire : M. Fernet (Discussion : MM. Dujardin-Beaumetz, Constantin Paul, Gimbert, Créquy).

M. *Fernet* lit un travail sur les injections de naphtol camphré dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Il rappelle d'abord les résultats heureux communiqués par lui à la Société et obtenus au moyen du naphtol camphré, dans le traitement des tuberculoses locales, particulièrement des ulcérations tuberculeuses de la langue. Encouragé par ces premiers succès, il a cherché de nouvelles applications de cette méthode. C'est ainsi qu'il a modifié rapidement et favorablement, par les injections intra-parenchymateuses de naphtol camphré, des ganglions scrofulo-tuberculeux, en intervenant avant qu'ils fussent ramollis. L'observation de ces faits lui suggéra l'idée d'appliquer ce traitement local à la tuberculose pulmonaire. En effet, les disséminations tuberculeuses dans le poumon, restant, dans la plupart des cas, localisées pendant un temps plus ou moins long en un point limité de l'organe, il lui semblait logique de tenter une action sur le premier foyer de la maladie, sans toutefois négliger les indications concernant l'état général des malades, ni dédaigner les bons résultats de l'emploi des antiseptiques comme médication générale ou comme médication locale introduits par les voies respiratoires. Bon nombre d'auteurs, du reste, avaient eu auparavant les mêmes préoccupations, comme en témoignent les tentatives faites par Kocher, Mosler (drainage des cavernes tuberculeuses), Pepper, Robinson, Truc, Lépine, Gougenheim,

Schmidt (injections intra-parenchymateuses de solutions iodo-iodurées, ou de créosote, ou de sublimé). Mais ces expériences avaient surtout pour but d'agir sur la suppuration qui survient dans l'intérieur des cavernes pulmonaires. M. Fernet a pensé que le naphtol agirait favorablement sur la lésion tuberculeuse elle-même, en vertu de ses propriétés antiseptiques et aussi en provoquant au sein des tissus des phénomènes d'irritation, suivis de sclérose.

Dans cet ordre d'idées, il a fait quarante et une injections intra-parenchymateuses de naphtol camphré, chez quatre malades, tuberculeux au deuxième degré, et qui présentaient des lésions de ramollissement aux deux sommets, accompagnées d'une petite excavation dans un cas. Les injections ont été faites une ou deux fois par semaine avec la seringue de Pravaz, munie d'une aiguille plus longue que l'aiguille ordinaire. Chaque fois on a injecté 15 centigrammes de naphtol camphré, soit 5 centigrammes de naphtol β pur. L'aiguille était introduite dans le premier ou le deuxième espace intercostal, à égale distance environ du bord du sternum et de la ligne axillaire; après s'être assuré qu'aucun vaisseau du poumon n'était lésé, on poussait l'injection de naphtol avec toutes les précautions voulues.

Sur les quarante et une injections, vingt-deux n'ont été suivies d'aucun accident; après les autres, sont survenus quelques phénomènes dignes d'attention: tantôt ce fut une douleur légère sur le trajet du cubital, tantôt une toux quinteuse, probablement due à la pénétration de vapeur de camphre dans les bronches, tantôt une légère hémoptysie, caractérisée par quelques filets de sang dans les crachats, sauf une seule fois où le sang rendu a été assez abondant pour remplir le fond d'un crachoir. Une seule fois l'auscultation révéla des signes qui firent penser à un pneumothorax ankysté du sommet, mais ils disparurent rapidement; aussi ne croit-on pas réellement, dans ce cas, à la production de cet accident.

Au point de vue des résultats définitifs, chez ces quatre malades, trois ont été notablement améliorés; le quatrième a quitté l'hôpital dans un état médiocre, mais chez lui les lésions étaient déjà assez avancées au moment où fut commencé le traitement. Chez tous, l'expectoration avait notablement diminué et de muco-purulente elle était devenue muqueuse; les signes physiques s'étaient considérablement modifiés. En résumé, résultats assez satisfaisants; cependant quelques inconvénients, dus sans doute aux propriétés irritantes du camphre, doivent être évités. Les injections intra-pulmonaires méritent d'être poursuivies, mais il reste encore à déterminer le liquide qu'on pourrait injecter.

M. *Dujardin-Beaumetz* considère comme mauvaise au point de vue du traitement de la tuberculose la méthode de M. Fernet, qui a modifié seulement l'expectoration. Il se demande pourquoi on cherche à introduire dans le poumon des substances irritantes au lieu de se servir de la peau pour y faire pénétrer des médicaments? Les injections sous-cutanées de créosote, d'eucalyptol, produisent les mêmes résultats, sans entraîner les mêmes inconvénients. D'ailleurs, la plus grande partie des microbes est placée, au début, sous l'épithélium pulmonaire; il faut donc, pour pénétrer jusqu'à eux, que les antiseptiques introduits, suivant le procédé de M. Fernet, traversent d'abord cet épithélium, ce qui constitue déjà une condition désavantageuse.

M. *Constantin Paul* étudie depuis longtemps la question de l'antisepsie par les voies aériennes; pour lui, les substances introduites par les injections s'éliminent probablement par les parties saines du poumon et non par les parties malades. Dans la méthode de M. Fernet, le médicament est porté directement dans les parties malades; il faut chercher alors si le terrain de culture est modifié; il y aurait lieu, à ce sujet, d'étudier séparément chacun des antiseptiques, l'action de ces substances variant suivant les microbes auxquelles elles s'adressent.

M. *Gimbert* a employé le naphtol α en injections huileuses sous-cutanées; quant à lui, il ne croit pas aux résultats de l'injection intra-pulmonaire. Les injections sous-cutanées lui ont, au contraire, donné d'excellents résultats; c'est ainsi qu'entre autres il cite un malade qui a été positivement guéri au bout d'un mois de traitement pendant lesquels il lui a fait onze injections. Dans sa méthode, ce médicament pénètre dans le poumon de dedans en dehors, pourquoi la remplacer par une autre qui n'est pas exempte de dangers?

M. *Fernet.* D'après M. Beaumetz, l'organisme, chez les tuberculeux, étant infecté dans sa totalité, il vaudrait mieux, chez eux, agir par des antiseptiques généraux que par des antiseptiques locaux. Cependant, dans les cas d'infection purulente, où plusieurs jointures, par exemple, sont atteintes, les chirurgiens, au lieu d'employer l'antisepsie générale, agissent localement. Dans la tuberculose localisée à un organe ou à une partie d'organe, pourquoi ne pas agir sur la partie malade plutôt que sur tout l'organisme en général? L'objectif de M. Beaumetz est d'employer un antiseptique général qui agisse localement; le mien est d'agir directement sur le microbe; n'est-il pas légitimé par la résolution rapide des ganglions caséo-tuberculeux qu'on obtient en y injectant du naphtol ou de l'huile créosotée? Jusqu'ici, pour la tuberculose pulmonaire comme pour les maladies du ventre, on ne recherchait que des remèdes généraux, parce qu'on n'osait toucher au poumon, pas plus qu'aux organes abdominaux.

M. *Beaumetz.* Nous guérissons les tuberculoses locales, il est vrai, mais seulement quand nous intervenons à temps, de même que dans le charbon. Mais les conditions sont toutes différentes quand nous avons affaire au poumon, qui n'est qu'un organe vasculaire que traverse tout le sang de l'économie. Par suite de cette disposition, l'organisme, dans la tuberculose pulmonaire, est envahi tout entier. Aussi, je ne crois guère aux médications antiparasitaires dans cette maladie; je crois seulement à la possibilité de modifier le terrain, et, même si on voulait agir sur le bacille, mieux vaudrait introduire le médicament par la voie sanguine que directement dans le poumon.

M. *Créquy.* Si l'infection de l'organisme est aussi générale que le dit M. Beaumetz dans la tuberculose pulmonaire, pourquoi celle-ci se localise-t-elle si fréquemment au poumon?

M. *Constantin Paul.* L'évolution de la phthisie diffère suivant que le bacille rencontre ou non un terrain favorable à son développement. Or, pouvons-nous rendre le terrain réfractaire à la culture? En tout cas, en introduisant le médicament par les voies aériennes, on agit plus sûrement que par les voies internes, ce dernier procédé ne permettant l'élimination que par les parties saines.

M. *Fernet.* Contrairement à l'opinion de M. Beaumetz, je crois que beaucoup de tuberculoses pulmonaires sont des lésions localisées sans infection générale et qu'en conséquence il y a intérêt à agir directement contre la lésion avant qu'elle soit généralisée. Si on perfectionnait la technique des injections intra-parenchymateuses, si on employait un médicament moins irritant, la méthode serait à la fois inoffensive et efficace.

— La séance est levée à six heures.

Georges BAUDOUIN.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

Du simulo dans le traitement de l'épilepsie, par M. Allen Starr. — Il y a un an, M. H. White (de Londres) annonçait qu'il avait obtenu de bons effets de ce médicament contre les attaques d'épilepsie. Il en avait fait usage sous la forme de teinture, préparée avec la graine du fruit de *Capparis coriacea*.

M. Allen Starr a essayé, lui aussi, ce même médicament dans différentes formes d'épilepsie Il a constaté son impuissance contre les attaques d'hystéro-épilepsie et dans l'état hystérique. Il n'atténue ni la fréquence, ni l'intensité du petit mal, ou de l'épilepsie procursive. S'il paraît diminuer la violence du grand mal, il n'est cependant pas supérieur aux bromures et ne peut les remplacer. Cependant on peut admettre l'utilité de sa présence dans les cas où pour une raison quelconque on est obligé d'interrompre ou de cesser la médication bromurée. (*The N. Y. med. Record*, 11 mai 1889.)

De la thérapeutique générale des maladies mentales, par M. Clouston. — La première indication n'est pas tant d'avoir recours au traitement médicamenteux que prescrire l'alimentation suffisante pour restaurer l'énergie du système nerveux et régulariser la nutrition. Il faut exercer les muscles et augmenter par une sorte d'entraînement l'intérêt que le malade prend à se diriger lui-même et à tout ce qui l'entoure dans le monde extérieur.

Avant de prescrire les médicaments hypnotiques et sédatifs, il convient de se demander s'il peut les tolérer sans troubles fonctionnels, et si ces médicaments ne feront pas par leur action obstacle à une amélioration ou à une guérison spontanées. Il faut aussi tenir compte des phénomènes produits au moment du réveil et enfin se demander quelle est l'accoutumance du malade pour ces remèdes.

Dans l'aliénation mentale, la thérapeutique doit être expérimentale. De temps en temps, il convient de suspendre l'emploi des médicaments pour mieux juger de leur effet; enfin, d'après M. Clouston, il faut toujours éviter la narcotisation des aliénés. (*American Journal of the med. sciences*, avril 1889.)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons du mardi à la Salpêtrière : Professeur M. Charcot (Policlinique 1887-1888). Notes de cours de MM. Blin, Jean Charcot, Henri Colin, élèves du service. — Paris, 1888, aux bureaux du *Progrès médical* et chez E. Lecrosnier et Babé.

Depuis cinq ou six ans environ, il existe à la Salpêtrière un service de consultations externes où les malades viennent en grand nombre. Le professeur Charcot a profité de l'occasion pour fonder un cours de *policlinique*, où les élèves sont peut-être encore plus assidus que les malades. Chaque semaine, le mardi, une leçon est consacrée à l'examen et à l'interrogatoire public des sujets venus du dehors. Inutile de dire si cette leçon hebdomadaire est instructive à tous égards. Jusqu'à ces dernières années, la clinique neuropathologique de la Salpêtrière n'avait utilisé que les ressources de la maison. C'était déjà beaucoup, d'autant que rien n'était perdu; mais ces ressources consistaient à peu près exclusivement en maladies chroniques ou séniles. Les observations, rédigées par plusieurs générations d'élèves, embrassaient des périodes de huit, dix, quinze ans, quelquefois davantage; elles se terminaient toutes par une autopsie. C'était le beau temps de l'anatomie pathologique.

Grâce au nouveau service de consultation, l'enseignement clinique de la Salpêtrière s'est enrichi de tous les cas — et ce sont les plus nombreux — pour lesquels les malades ne sont pas condamnés à terminer leurs jours dans un asile. Il y a des ataxiques, des épileptiques, des chroniques, voire même des paralytiques qui vivent d'une vie à peu près normale, qui vont et viennent, qui vaquent à leurs affaires. Ces malades, au point de vue clinique comme à tous les autres points de vue, diffèrent considérablement des ataxiques, des épileptiques, des choréiques, des hémiplégiques hospitalisés. Cette nouvelle clientèle a donc formé un nouveau matériel d'étude; et de ce fait l'enseignement lui-même a subi des modifications notables.

Mais si l'enseignement s'est modifié, la méthode est restée la même, et cette méthode, chacun la connaît. Le professeur Charcot ne cesse de répéter qu'il veut que ses leçons soient avant tout des *leçons de choses*. L'expression a, en général, une acception plus modeste. La leçon de choses, cliniquement parlant, équivaut à une *démonstration*, c'est-à-dire à une leçon où le professeur *montre* des choses que les élèves regardent. M. Charcot (qui est sans doute un « visuel ») estime qu'il ne suffit pas d'entendre et qu'il faut *voir*. Assurément il y a des leçons cliniques, où le malade est absent, où les auditeurs sont nombreux, et qu'on a grand plaisir à écouter. Mais c'est un peu comme une musique agréable qu'on écouterait de la loge des aveugles. N'est-il pas évident que pour qu'une leçon clinique soit profitable, il faut que le malade y figure? Une clinique suppose un lit, un lit occupé par un malade. Quand la leçon clinique a lieu dans un amphithéâtre, si le malade n'y est pas, la leçon n'est qu'un discours. Dans la plupart des facultés étrangères, le malade est amené dans l'amphithéâtre. L'amphithéâtre lui-même suppose non seulement des spectateurs, mais une scène et des acteurs. Ce n'est pas le professeur qui est l'acteur principal, c'est le malade. Le professeur a un rôle effacé ; c'est un confident. Il pourrait prononcer sa leçon. sans être vu, à la cantonade.

Pour ceux qui ne peuvent jouir du spectacle, la lecture du dialogue est préférable encore à l'exposé le plus complet et le mieux présenté du malade absent. L'interrogatoire du malade par le professeur sera toujours la meilleure des leçons cliniques. C'est en assistant à cet interrogatoire que l'élève apprend comment on *fait* un diagnostic. Un professeur de mathématiques, pour enseigner à ses élèves le moyen de résoudre un problème, ne se contente pas de leur énoncer la formule du problème résolu. Il en est de même pour les problèmes de la clinique. Il y a une manière d'interroger qu'on n'apprend qu'à la condition d'entendre les questions et les réponses. Même dans le cas où l'interrogateur ferait fausse route, la leçon serait encore bonne, car les paroles du malade contiennent toujours un enseignement. Elles se gravent dans la mémoire d'autant plus profondément qu'elles sont plus spontanées, plus sincères, plus pittoresques.

Ce sont ces dialogues sténographiés, avec les commentaires qui les accompagnent, que les externes du service, MM. Jean Charcot, Colin et Blin ont eu la bonne inspiration de publier. Voilà des externes rares et à qui l'on ne saurait ménager les éloges. L'idée était trop bonne pour que le professeur les empêchât de la mettre à exécution.

La première année des Leçons du mardi forme un volume de 600 pages. Presque tous les cas de la clientèle nerveuse y sont passés en revue, l'étude ayant porté sur un chiffre de cent quinze malades. Quelques sujets ont été, grâce aux circonstances, traités avec plus de développements. Nous citerons dans le nombre l'ataxie fruste, la maladie de Friedreich, la sciatique, les vertiges, les tremblements, l'hystérie traumatique, enfin et surtout la neurasthénie, dont on ne trouverait nulle part une histoire plus détaillée et plus précise.

Un second volume est en cours de publication. Les noms des mêmes externes figurent sur la première page. C'est une garantie de succès.

VARIÉTÉS

L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR EN PROVINCE. ANNALES DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR DE GRENOBLE. — Les Facultés et l'Ecole de médecine de Grenoble viennent de fonder un nouveau recueil qui paraîtra trois fois par an et qui a pour but de réunir les travaux personnels des membres de l'enseignement supérieur grenoblois afin de montrer l'activité scientifique et la solidarité universitaire du corps professoral. De larges subventions promises par l'Etat, le Conseil général et la municipalité, permettront sans doute aux fondateurs de ces annales de les faire prospérer. Le premier fascicule que nous recevons aujourd'hui est imprimé avec beaucoup de soin et les mémoires qu'il contient prouvent l'empressement avec lequel les professeurs de Grenoble ont répondu à l'appel du comité de rédaction. Nous y signalerons un très intéressant travail de M. le docteur Montaz, professeur à l'Ecole de médecine, sur *un nouveau procédé de restauration du nez* à la suite de difformités dues à la syphilis et un mémoire de M. le docteur Gallois sur l'*emploi thérapeutique du fluorure de bore.*

CONSEIL D'HYGIÈNE ET DE SALUBRITÉ DE LA SEINE. — Dans sa dernière séance le Conseil a adopté les conclusions d'un rapport de M. le docteur Dujardin-Beaumetz, relativement à l'action désinfectante de l'acide sulfureux.

Les expériences ont été faites au laboratoire de bactériologie de l'hôpital Cochin, par MM. Dubief et Bruhl, internes des hôpitaux, sous la direction de M. le docteur Dujardin-Beaumetz. Elles ont permis d'établir les propositions suivantes, qui sont la conclusion du rapport :

1° Le gaz sulfureux a une action microbicide des plus évidentes sur les germes contenus dans l'atmosphère;

2° Cette action s'exerce le plus activement en présence de la vapeur d'eau;

3° L'action du gaz sulfureux s'exerce d'une façon manifeste sur les germes parfaitement desséchés;

4° L'action du gaz sulfureux dans l'air se fait surtout sentir sur les germes des bactéries ; il semble respecter, dans une certaine mesure, les spores cryptogamiques, moins sensibles aux acides dilués.

Il y a donc lieu de maintenir jusqu'à nouvel ordre l'acide sulfureux comme désinfectant.

La seconde partie du travail de MM. Dubief et Bruhl sera consacrée à l'étude de l'action de l'acide sulfureux sur les germes qui vivent sur les murs; elle contiendra également l'indication d'un moyen pratique de sulfuration et d'humidification simultanées de l'atmosphère, ainsi que les quantités d'acide sulfureux nécessaires pour arriver à une désinfection efficace.

La troisième partie comparera les résultats donnés par l'acide sulfureux à ceux des autres désinfectants.

Dans cette même séance, le Conseil d'hygiène a entendu un autre rapport de M. le docteur Dujardin-Beaumetz, relatif à un cas de rage, suivi de mort. Il s'agit d'un garçon boucher qui, léché à la main par un chien enragé, a succombé le 17 mai dernier, alors qu'un enfant mordu la veille par le même chien, mais traité immédiatement à l'institut Pasteur, est resté en excellent état de santé. La sécurité trompeuse dans laquelle se trouvait le garçon boucher, en raison de l'absence de toute morsure profonde, l'a empêché d'avoir recours au traitement astorien qui, appliqué à l'enfant mordu par le même chien, a préservé ce dernier de la rage.

HÔPITAUX DE PARIS. *Concours pour l'internat.* — L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 21 octobre, à midi précis.

MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de deuxième et troisième année sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont tous tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 9 septembre jusqu'au samedi 5 octobre inclusivement.

— *Concours pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie vacantes en* 1890. — L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le mercredi 23 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 9 septembre jusqu'au samedi 5 octobre, inclusivement.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le docteur Blocq est nommé préparateur de la chaire de clinique des maladies du système nerveux, en remplacement de M. Marie, appelé à d'autres fonctions.

HÔPITAUX DE BORDEAUX. — Le concours pour deux places d'interne, ouvert à l'hôpital Saint-Jean, s'est terminé par la nomination de MM. Sternberg et Vigneron.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. Tavernier est maintenu dans les fonctions d'aide de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. le docteur Laplane est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale.

BUREAUX DE BIENFAISANCE. — Un concours public est ouvert par la Ville de Paris sur ce sujet : *De l'organisation des bureaux de bienfaisance et du service médical et pharmaceutique pour le traitement des indigents.*

Les manuscrits devront être adressés avant le 1er novembre 1889 à l'administration générale de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, Paris. L'auteur du manuscrit classé premier recevra une récompense de 1000 francs. Son manuscrit sera imprimé par les soins du Conseil municipal. L'auteur du manuscrit classé deuxième, recevra une somme de 500 francs.

Le jury se composera de six membres désignés par le Conseil municipal, de trois membres élus par les concurrents, du directeur de l'Assistance publique et d'un médecin des hôpitaux désigné par le Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort inattendue et prématurée de M. le docteur Raoul Mesnet, fils de notre savant et sympathique confrère M. le docteur Mesnet, médecin de l'Hôtel-Dieu et membre de l'Académie de médecine. M. le docteur Mesnet a succombé à l'âge de trente-cinq ans aux suites d'une fièvre typhoïde; de M. le docteur Carrière, ancien interne des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur, trésorier de la Société clinique de Paris; de M. le docteur P. Cattelan, de Langon (Gironde); de M. Bocquet, externe des hôpitaux, mort à la suite d'une piqûre anatomique; de M. Vilimiésie, étudiant à Marseille.

MORTALITÉ A PARIS (28e semaine, du 7 au 13 juillet 1889. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 23. — Variole, 2. — Rougeole, 25. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 24. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 142. — Autres tuberculoses, 30. — Tumeurs : cancéreuses, 36; autres, 11. — Méningite, 45. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 46. — Paralysie, 10. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 45. — Bronchite aiguë, 14. — Bronchite chronique, 21. — Broncho-pneumonie, 15. — Pneumonie, 36. — Gastro-entérite : sein, 32; biberon, 148.—Autres diarrhées, 6. — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 23. — Sénilité, 26. — Suicides, 30. — Autres morts violentes, 10. — Autres causes de mort, 135. — Causes inconnues, 14. — Total : 968.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

19860. — MOTTEROZ. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 31 juillet 1889.

Académie de médecine : **Prophylaxie de la tuberculose. — Anesthésie par l'hypnotisme. — La saccharine.**

Continuant l'œuvre bienfaisante qu'il a entreprise et qu'il poursuit avec tant de constance et de dévouement, le Congrès pour l'étude de la tuberculose vient, par l'organe de son éminent rapporteur M. Villemin, de faire connaître les mesures prophylactiques qui paraissent les plus propres à arrêter la propagation de la phthisie. Nous reproduisons ci-dessous (p. 499) cette instruction que nous n'avons point à analyser. On y remarquera l'insistance avec laquelle le savant rapporteur parle des dangers de la contagion par le lait et de la nécessité d'interdire aux mères suspectes de tuberculose l'allaitement de leurs enfants. On applaudira aussi aux mesures recommandées aux propriétaires des villas et des hôtels où séjournent des malades tuberculeux. Il appartiendrait aux médecins de nos stations thermales, ainsi qu'aux médecins du littoral méditerranéen, de prescrire eux-mêmes des mesures analogues et d'en assurer la rigoureuse exécution.

— L'intéressante observation communiquée par M. Mesnet prouve une fois de plus combien certains sujets éminemment nerveux et suggestionnables deviennent facilement anesthésiques sous l'influence de la suggestion hypnotique. L'opération faite par M. Tillaux était très douloureuse; elle a duré plus d'un quart d'heure. Et cependant la malade n'a éprouvé aucune sensation pénible, elle n'a gardé au réveil aucun souvenir de l'opération qui avait été pratiquée. Le sommeil hypnotique a remplacé dans tous ses effets favorables l'anesthésie chloroformique.

La relation des faits de ce genre est des plus importantes au point de vue de l'histoire de l'hypnotisme. Mais, comme l'a bien fait remarquer M. Mesnet, ces faits sont et resteront toujours exceptionnels. Tous les sujets hypnotisables n'arrivent pas à un degré d'insensibilité qui permette de les opérer à leur insu et, par conséquent, *jamais* l'influence analgésique de l'hypnotisme ne pourra être généralisée de façon à devenir un procédé utilisable dans la pratique de la chirurgie ou des accouchements.

Elle sera le privilège exclusif de quelques malades chez lesquels l'action perturbatrice exercée par le système nerveux sur la sensibilité superficielle et profonde est plus accusée que de coutume et surtout plus persistante. C'est là un fait bien reconnu depuis l'opération justement célèbre que J. Cloquet pratiqua le 12 avril 1829 et que M. Mesnet

FEUILLETON

Le médecin à l'Exposition universelle de 1889.

(Troisième article.)

L'assainissement des habitations et des villes, qui constitue forcément l'une des parties les plus importantes de l'hygiène publique, est assez brillamment représentée à l'Exposition, grâce surtout à la participation des divers services de la ville de Paris. Il suffit de parcourir les divers quartiers de notre belle capitale pour admirer l'état de propreté et d'élégance des voies publiques; on en est surtout frappé lorsqu'on revient de l'étranger, car il est bien peu de villes au monde qui puissent rivaliser à cet égard avec Paris. Cet aspect extérieur, qui cache quelquefois, il est vrai, bien des preuves d'insalubrité, n'est pas obtenu sans peine ni sans efforts: une armée de balayeurs enlève chaque matin les immondices de la voie publique; de lourds tombereaux emportent tous les jours les résidus de la vie domestique; des appareils spéciaux portent au loin les vidanges ou les expulsent immédiatement de la ville par les égouts du sous-sol. Combien il a fallu de temps et d'ingéniosité pour obtenir tous ces résultats dans une telle agglomération! On peut s'en convaincre en examinant les excellents relevés et plans comparatifs dressés par l'administration des travaux depuis 1789 jusqu'à nos jours. Cette exposition rétrospective offre un grand intérêt.

Une remarquable leçon de choses est offerte aux visiteurs par l'examen de la maison salubre et de la maison insalubre que le service de l'assainissement de Paris a réussi à édifier dans l'un des pavillons municipaux du Champ de Mars. Déjà, en 1884, à Londres, une installation analogue avait été faite à l'Exposition internationale d'hygiène et d'éducation; elle y avait eu un succès considérable. On aime à voir les choses par elles-mêmes; les descriptions

a rappelée jusqu'aux essais beaucoup trop nombreux pour ne pas susciter quelques doutes, que fit le chirurgien Esdaile en 1852. On sait qu'Esdaile prétendait avoir opéré sans douleur plus de trois cents malades et qu'il avait fondé à Calcutta un *Mesmerie Hospital* où affluèrent les malades.

Nous croyons donc, comme l'a si énergiquement affirmé M. Mesnet, que l'hypnotisme, qui d'ailleurs ne doit jamais être employé que dans un but curatif, et par un médecin expérimenté, ne sera jamais utile qu'à des sujets très facilement suggestionnables et devra rester une médication exceptionnelle.

Signalons encore dans cette séance la communication faite par M. Constantin Paul dont le préparateur, M. Marfan, a étudié avec un grand soin les propriétés antiseptiques de la saccharine et son mode d'administration.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

De la créoline dans les affections de l'oreille et du nez.

La créoline est employée en ce moment par quelques médecins allemands comme antiseptique et désinfectant, dans les affections de l'oreille et des fosses nasales, sous la forme d'injections et de pommades.

1° *En pommade*. — Estelberg recommande la vaseline à la créoline contre l'eczéma de l'oreille externe et des narines. Il la formule ainsi :

Créoline..........................	1 partie.
Vaseline..........................	50 parties.

Pratiquer chaque jour une ou deux onctions avec cette pommade.

2° *En injections*. — Le même observateur traite l'otorrhée par des injections obtenues en additionnant 1 litre d'eau de XX gouttes de créoline.

Lichtwitz emploie une solution moins riche en créoline, pour pratiquer des irrigations nasales contre l'ozène. Voici sa prescription :

Créoline..........................	III à V gouttes.
Eau distillée....................	1/2 litre.

Pour douches nasales.

Ch. Éloy.

TRAVAUX ORIGINAUX

Neuropathologie.

La nutrition dans l'hystérie, par MM. Gilles de la Tourette, chef de clinique, et H. Cathelineau, interne en pharmacie (Laboratoire de la Clinique des maladies du système nerveux; M. J. Charcot). Communication faite à la Société de biologie, dans la séance du 27 juillet 1889.

On tend généralement à admettre que les hystériques ne s'alimentent que très insuffisamment et que, par contre, leur nutrition générale semble ne pas en souffrir. Pour prendre les termes extrêmes de la question, ils mangeraient peu ou pas et continueraient cependant à vivre sans maigrir. Leur température centrale n'étant pas abaissée, ils formeraient donc dans la série animale une classe à part, inférieure encore à celle des animaux hibernants.

L'analyse des travaux sur cette question montre que les auteurs qui ont adopté cette opinion, sans la contrôler, se sont ralliés dans la circonstance aux conclusions de M. Empereur qui, dans son *Essai sur la nutrition dans l'hystérie* (1876), s'est posé le premier la question de savoir si « les hystériques assimilaient et désassimilaient comme le type normal », et qui a conclu que chez elles l'assimilation ne se faisait pas parce que la désassimilation n'avait pas lieu... « Elles ne maigrissent pas, dit-il, parce qu'elles ne déperdent rien et, ne déperdant rien, il leur est inutile, sinon nuisible, de manger. »

C'est ce problème de la nutrition dans l'hystérie que nous avons également essayé de résoudre dans le service de M. le professeur Charcot, à la Salpêtrière, pendant les années 1888-1889, en nous basant sur l'analyse des *excreta* urinaires. Les résultats que nous allons exposer concernent indifféremment les deux sexes.

Il nous a semblé d'abord qu'il était indispensable d'ouvrir deux catégories dans les hystériques : les *hystériques normaux*, les *hystériques pathologiques*.

Les premiers sont ceux qui ne présentent au moment de l'observation que les stigmates physiques, nécessaires pour établir à l'état permanent le diagnostic de la névrose; les seconds sont ceux qui, en plus des stigmates permanents, présentent la série des accidents variés et attaques, états de mal, vomissements, etc., constituant la pathologie de l'hystérie.

I. — Nos recherches ont porté pour le premier groupe sur dix *hystériques normaux*, sept femmes et trois hommes. Elles nous ont démontré d'abord que si, par suite des troubles du goût presque toujours présents, les hystériques fai-

sur plan ne suffisent plus. Les médecins ont trop besoin de s'instruire des applications sanitaires pour ne pas se trouver satisfaits de trouver ainsi réunis, dans un petit espace, de si précieux éléments d'informations et d'étude.

Les deux maisons sont édifiées à l'entrée du pavillon de la ville de Paris, à droite en venant du dôme central. Elles sont à rez-de-chaussée et deux étages, plus un sous-sol pour la maison salubre, ainsi qu'il doit être. Au second étage, une passerelle réunit les deux maisons. La visite commence par le rez-de-chaussée de la maison insalubre; des barrières guident le visiteur et l'obligent à monter les deux étages, puis à passer dans la maison salubre pour la parcourir de haut en bas jusqu'à la sortie de la cave. De tous côtés un grand nombre de notices et d'inscriptions facilitent l'examen des objets exposés et en font ressortir la valeur ou les défauts.

Dès l'abord même de la maison insalubre, les tuyaux de canalisation placés sur la façade ont des joints qui permettent l'écoulement superficiel des eaux usées par une gargouille située sous le trottoir. En entrant dans le rez-de-chaussée, on foule un parquet posé sur lambourdes encastrées dans la terre, sans scellement ni petits murs, d'où une humidité permanente, la pourriture, et par suite des affections plus ou moins graves. Continuons la visite, en nous servant, pour nous guider, de l'excellente description publiée dans la *Revue d'hygiène*, il y a deux mois, description à laquelle nous emprunterons de nombreux passages.

Toujours au rez-de-chaussée, on remarque un lavabo, dont les tuyaux de vidange et de trop-plein, non siphonnés, permettent le reflux des gaz de la fosse d'aisances dans l'intérieur de l'appartement; les tuyaux se raccordent à angle droit, les soudures sont mauvaises; dans un autre coin existe une fontaine à évier avec seau au-dessous pour la vidange. Dans la cuisine adjacente, l'évier, mal construit, déverse son contenu dans la rue par une gargouille qui

saient le plus souvent usage d'une alimentation un peu particulière, il n'en était pas moins vrai qu'ils s'alimentaient d'une façon substantielle capable d'entretenir la vie normale chez un individu sain.

Nous avons alors pratiqué soixante-dix-neuf analyses de l'urine des vingt-quatre heures; les moyennes obtenues des éléments constitutifs : volume, résidu fixe, urée, acide phosphorique, ont été mises en regard des moyennes théoriques puisées dans les auteurs les plus recommandables et rapportées au kilogramme d'individu.

De ces recherches comparatives il est résulté que les *excreta* urinaires ne diffèrent pas quantitativement et qualitativement chez les hystériques de ceux qui sont fournis par les individus sains.

En résumé : chez l'hystérique, en dehors des manifestations pathologiques de la névrose, autres que les stigmates permanents, la nutrition s'effectue normalement.

II. — Les phénomènes pathologiques que nous avons plus particulièrement étudiés sont, en ce qui regarde l'attaque : 1° l'attaque convulsive aux quatre périodes; 2° l'attaque bornée à l'une de ses périodes ou avec prédominance de cette période : forme épileptoïde, léthargique, etc.; 3° l'attaque à forme d'épilepsie partielle; 4° les attaques de chorée rythmée, toux, bâillements, etc.

Dans tous ces cas, les résultats des analyses comprenant la période des vingt-quatre heures à dater du début de l'attaque, nous ont permis de conclure :

Que dans l'attaque d'hystérie convulsive et dans toutes les variétés d'attaques que nous venons d'énumérer, il y avait : 1° diminution du résidu fixe, de l'urée et des phosphates; 2° que le rapport entre les phosphates et ceux des alcalins étant normalement comme 1 est à 3 dans l'attaque d'hystérie, ce rapport devient toujours comme 1 est à 2, et souvent comme 1 est à 1. C'est ce que nous avons nommé l'inversion de la formule des phosphates.

En ce qui regarde le volume de l'urine des vingt-quatre heures, celui-ci est le plus souvent diminué; toutefois, la première miction qui suit l'attaque est généralement plus considérable qu'une miction ordinaire; c'est elle qui crée la polyurie lorsqu'elle existe.

L'étude des *états de mal hystérique* à forme épileptoïde, à forme d'épilepsie partielle, cataleptique (attitudes passionnelles), délirante, léthargique, nous a démontré qu'au point de vue chimique l'état de mal hystérique n'était autre chose qu'une attaque d'hystérie prolongée, avec accentuation des phénomènes que nous avons énumérés.

De plus, l'étude de la courbe des excreta urinaires pendant la durée de l'état de mal montre qu'au début il y a chute des éléments urinaires, puis plateau et relèvement quelques jours avant la sortie de l'état de mal. Ce relèvement des éléments constitutifs, lequel est susceptible d'atteindre et même de dépasser le taux normal la veille et le jour du réveil, est indépendant de l'alimentation, celle-ci ayant été négative dans la plupart des états de mal que nous avons étudiés. Ce sont donc bien là des phénomènes dus à l'hystérie et non à l'inanition.

L'étude de la courbe permet de préciser la durée de l'état de mal et de prédire le retour à l'état normal, notion dont l'importance clinique n'échappera à personne.

Quel que soit l'état de mal observé, le poids des sujets diminue journellement d'une quantité variable suivant la durée de l'état de mal, mais qui nous a paru comprise entre 200 et 500 grammes par jour. Le retour à l'embonpoint est très rapide après le réveil.

Nous avons noté ces phénomènes d'amaigrissement très marqués dans deux cas de *vomissements hystériques* suivis pendant plusieurs mois. A rapprocher de cette dénutrition le fait que M. Charcot a observé quatre cas de mort par inanition dans l'*anorexie hystérique*.

L'opinion déjà citée de M. Empereur est donc aussi radicalement fausse dans l'hystérie pathologique que dans l'hystérie normale.

Chimiquement, l'attaque d'hystérie est l'inverse de l'accès d'épilepsie, si l'on s'en rapporte aux travaux de MM. Lépine et Mairet, que nous avons également repris et complétés au seul point de vue toutefois de l'épilepsie partielle vraie, symptomatique.

Les accès d'épilepsie vraie et d'épilepsie partielle symptomatique, de même que les états de mal correspondants, se jugent par une *élévation considérable* des principes constitutifs de l'urine.

L'attaque d'hystérie et les états de mal, quelque forme qu'ils revêtent, se jugent par une diminution considérable de ces mêmes principes.

Ces notions nous permettent désormais, en clinique, de poser un diagnostic précis dans les formes douteuses de l'attaque d'hystérie et de l'accès d'épilepsie, qu'on pourrait confondre les unes avec les autres.

On comprend l'importance de cette question pour l'institution du traitement, surtout lorsque dans l'épilepsie partielle vraie celle-ci peut être la trépanation.

Entre autres faits, nous avons pu chez deux sujets établir chimiquement l'existence à l'état isolé de l'attaque d'hystérie et de l'accès d'épilepsie, confirmant ainsi l'opinion de M. Charcot, l'indépendance absolue des deux névroses, quelques formes similaires qu'elles puissent parfois revêtir.

Dans deux cas d'hystérie avec stigmates, sans attaques, nous avons pu reconnaître la coexistence d'accès épileptiques vrais.

Nous bornerons là l'exposé des faits dans lesquels nos

---

répand à profusion les mauvaises odeurs dans la rue et dans la maison; sur le mur sont appliqués des spécimens de tuyaux de plomb à joints défectueux; sur le sol, non incliné, une bonde siphoïde dirige les eaux de lavage vers l'égout, et maintient entre celui-ci et la cuisine une communication à peu près directe et constante. La pièce à côté abrite un urinoir dont les plaques d'ardoise sont mal jointes et lavées par un unique filet d'eau; le sol est en mortier de ciment et boit l'urine; celle-ci coule à l'air libre vers la cour; il n'y a pas d'éclairage artificiel, et l'éclairage naturel est très insuffisant.

Une courette étroite, sombre, mal pavée, donne passage à des caniveaux non étanches dont les joints s'imprègnent d'ordures répandant de mauvaises odeurs, d'autant plus que le siphon de cour est défectueux. La sixième partie de la surface de cette cour est occupée par l'orifice mal clos d'une fosse d'aisances, non étanche, placée mi-partie sous la maison, mi-partie sous la cour, et dégageant ses émanations sous les croisées. Cette fosse est ventilée par un tuyau d'évent en fonte joignant mal et débouchant plus bas que le toit. Une des dalles de la fosse est levée, et une pompe d'aspiration et de refoulement simule une vidange qui ne peut se faire qu'en passant par la maison; à côté, un seau plein de sulfate de fer représente le seul et maigre correctif à apporter à cette mauvaise situation. Deux tuyaux de descente des eaux ménagères, dont l'un en fonte, l'autre en zinc, tous deux à joints mauvais, sont desservis par des plombs disposés sous les fenêtres ou dans la cage de l'escalier. Des taches sur les murs représentent les traces des fuites et des débordements tant des plombs que des tuyaux qui leur font suite.

Au rez-de-chaussée, les cabinets d'aisances prennent jour et air sur l'escalier; ils sont à défécation accroupie, manquent d'eau; les clapets oxydés n'obturent pas l'orifice de chute; le sol, recouvert d'une plaque de plomb détériorée par l'usure, laisse filtrer l'urine qui imprègne la terre. Le

recherches ont contribué à établir sur des bases certaines un diagnostic jusqu'alors douteux.

Nous ajouterons en terminant que les manifestations suivantes : contractures, paralysies, tremblements hystériques, ces derniers ne survenant pas sous forme d'accès, n'entraînent pas de modifications de la nutrition générale.

Clinique médicale.

Des injections intrapleurales antiseptiques dans les pleurésies infectieuses. Communication faite à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 12 juillet 1889, par M. Ch. Fernet, médecin de l'hôpital Beaujon.

(Fin. — Voyez le numéro 30.)

Dans notre seconde observation, l'existence d'une fièvre typhoïde à manifestations primitivement thoraciques semble démontrée : à moins d'admettre la coïncidence fortuite d'une pneumonie et d'une pleurésie avec la fièvre typhoïde, il est légitime d'admettre l'existence de cette dernière maladie qui est affirmée par les phénomènes généraux, par les troubles abdominaux et notamment par les taches rosées lenticulaires, et de lui subordonner la pneumonie et la pleurésie observées d'abord.

Obs. II. — Le nommé K. (Frédéric), âgé de vingt-cinq ans, journalier, entre dans mon service le 20 février 1889 (salle Monneret, n° 5). C'est un homme de bonne constitution, dont la santé habituelle a été excellente ; on ne trouve dans ses antécédents que des douleurs lombaires qu'il a éprouvées il y a deux ans et qui ont duré assez longtemps.

Au commencement de février, le malade fut repris de ces mêmes douleurs, moins fortes qu'il y a deux ans, et il les attribue à des refroidissements répétés ; en même temps il perdait l'appétit, avait quelques frissons; cependant il continuait son travail, mais péniblement. Le 7 février, à la suite d'un refroidissement, il ressent le soir même un fort mal de tête, du malaise général, pas d'appétit; la nuit est agitée. Le lendemain matin, frisson violent, céphalalgie plus intense encore, bouche mauvaise. Il fait appeler un médecin qui lui ordonne des sinapismes et une potion. Pendant quelques jours il a un peu de soulagement, les nuits sont plus calmes.

Le 12 février, son état s'est un peu aggravé la veille où il a voulu se lever ; il a un point de côté à droite ; il fait redemander son médecin qui lui dit qu'il a une pleurésie et qui lui fait mettre un vésicatoire sur la poitrine, mais il n'en éprouve aucun soulagement. Vers le même temps, il commence à avoir la diarrhée avec plusieurs selles par jour; il a des sueurs abondantes le jour et la nuit, ses nuits sont agitées. C'est alors qu'il se décide à se présenter à l'hôpital; et d'après les renseignements que nous fournit le malade et les premiers signes que nous observons, nous le recevons sous la rubrique de fièvre typhoïde.

Le lendemain matin ce diagnostic semble confirmé par l'abattement et l'apparence de stupeur, par la sécheresse de la langue et la fétidité de l'haleine; mais la diarrhée a cessé et on ne trouve pas de taches rosées. D'autre part la poitrine présente des désordres importants : le point de côté a disparu depuis deux jours, mais la respiration est pénible; le malade a expectoré quelques crachats rouillés, visqueux, adhérents au vase. L'examen physique révèle de la submatité et quelques râles crépitants au sommet de la poitrine du côté droit en avant et en arrière; d'autre part de la matité, de l'abolition du murmure vésiculaire et de l'égophonie dans le tiers inférieur du même côté de la poitrine en arrière. D'après ces signes, nous portons le diagnostic de pneumonie du sommet droit avec pleurésie secondaire. Température, 38 degrés le matin, 39°,6 le soir; pouls, 112; rien dans les urines. Traitement : tisane pectorale; sulfate de quinine, 1 gramme; potion de Todd; gargarisme au borax; potages et lait.

Le 22 février, même état. Encore 1 gramme de sulfate de quinine.

Le 23. La nuit a été plus calme, et la température est moins élevée : 37°,8 le matin, 38°,4 le soir, sans doute sous l'influence du sulfate de quinine pris deux jours de suite. Les râles crépitants ont presque disparu; l'épanchement pleurétique reste stationnaire. L'apparence typhoïde du malade persiste sans modification sensible.

A partir de ce jour, on fait dans la poitrine trois injections de 5 grammes de liqueur de Van Swieten de deux en deux jours (les 23, 25 et 27 février), et on administre 1gr,50 de naphtol par jour, en six doses. Pendant ce temps, tous les signes physiques de la pneumonie du sommet ont disparu, mais la pleurésie reste stationnaire, la fièvre persiste avec des températures oscillant autour de 39 degrés.

Le 28 février, le malade se plaint de souffrir dans la paroi de la poitrine du côté droit et on constate à la partie moyenne du thorax un empâtement œdémateux; nous nous demandons si cette petite complication n'est pas due aux piqûres des injections (mais elle siège plus haut et en dehors de l'espace intercostal où celles-ci étaient pratiquées). Quoi qu'il en soit, on cesse les injections et pendant quelques jours on fait des onctions avec l'onguent napolitain et cet empâtement disparait.

Cependant la situation ne change pas : l'état général reste le même, la fièvre n'a que très peu diminué : 38°,2 le matin, 39°,2 le soir; la pleurésie donne toujours les mêmes signes. En outre, phénomène nouveau, le malade commence le 2 mars à avoir de la diarrhée et il rend des matières jaunâtres, grumeleuses. Le 4 mars, le soupçon de fièvre typhoïde, déjà mis en avant au début du séjour à l'hôpital et plusieurs fois depuis, se trouve confirmé par l'apparition de deux taches rosées lenticulaires sur le ventre; cinq jours plus tard (9 mars), nous constatons deux nouvelles taches rosées; le diagnostic ne nous paraît plus douteux, nous sommes en présence d'une fièvre typhoïde, et nous inclinons à croire que la première période de la maladie a été une pneumotyphoïde accompagnée de pleurésie secondaire et que les phénomènes abdominaux actuels ne constituent qu'une

---

revêtement des murs est en ciment. Si, pour échapper à ce rez-de-chaussée où l'on étouffe, qui respire la malpropreté et appelle la maladie, suivant l'expression du narrateur, on gravit l'escalier, on y trouve les fenêtres qui donnent sur l'extérieur condamnées par la rampe; une seule s'ouvre, mais sur la courette qui vient d'être décrite.

Au premier étage, les mêmes fautes avec quelques variantes se répètent dans les cabinets et la cuisine. Dans une chambre une baignoire se remplit au moyen d'un seau; un terrasson en plomb protège insuffisamment le parquet; sur le tuyau de vidange est disposé un coupe-air en plomb où les eaux grasses ou savonneuses s'accumulent et se décomposent et donnent des odeurs nauséabondes qui se répandent dans la pièce dès que la baignoire est vide. La couleur du papier de tenture est à base d'arsenic. Dans un angle, un lavabo en métal se remplissant au broc; l'eau s'y échauffe et s'y altère. Le tuyau de vidange plonge dans un siphon en D; sa plongée s'est corrodée et il en est résulté une communication directe entre la chambre et le tuyau de chute des cabinets.

Au deuxième étage, on constate des velléités d'assainissement, mais elles sont maladroites. Ainsi, dans les cabinets, on a cherché à obtenir l'obturation du tuyau de chute, mais au moyen d'un siège à bascule; sur la pierre d'évier de la cuisine, l'orifice de chute est fermé par un bouchon de cuivre; sous la cage de ce même évier, une cuvette tournante, sorte de plomb perfectionné ou plutôt aggravé. Dans le coin d'une chambre à coucher, on trouve un seau dit hygiénique, qui sert à toutes espèces d'usages, qu'on oublie trop souvent de vider et encore plus souvent de nettoyer. A côté, une toilette, assez propre d'ailleurs, est desservie par un seau analogue. Ici on est éclairé au gaz, mais les produits de la combustion se déversent dans l'air qu'ils vicient; la cheminée est sans prise d'air à l'extérieur; il ne manque qu'un poêle mobile.

Tous ces défauts de construction qu'on vient de constater,

reprise de la maladie sous la forme abdominale ordinaire. Le naphtol est porté à 2gr,50 en dix doses.

A partir du 11 mars, une amélioration sensible se produit; la fièvre commence à diminuer, la température est presque normale le matin et n'atteint que 38 degrés le soir. Cependant les signes d'épanchement pleurétique semblant persister, nous faisons une ponction avec la seringue de Pravaz, mais nous ne pouvons obtenir de liquide; il est donc probable que l'exsudat pleural n'est plus formé que de fausses membranes plus ou moins infiltrées de sérosité.

A partir du 13 mars, la maladie semble terminée, on peut commencer à donner quelques aliments solides qui sont graduellement augmentés de quantité. Mais la faiblesse est très grande, le rétablissement est très lent à se faire. Dès le 20 mars, les signes physiques de pleurésie sont très atténués et on ne trouve plus que de la submatité et de l'obscurité du bruit respiratoire et quelques crépitations fixes à la fin des grandes inspirations. (Applications d'iode.)

Le 29 mars, le malade part pour Vincennes. Il revient nous voir trois semaines après sa sortie de l'hôpital : son état général est excellent, mais le bruit respiratoire est encore obscur à la base droite. Je lui conseille de faire encore pendant quelques semaines des applications de teinture d'iode.

La troisième observation présente une grande analogie avec la précédente : l'état typhoïde y fut plus accusé encore, mais ici l'existence des taches rosées lenticulaires, si importante pour le diagnostic de la nature de la maladie, a fait défaut.

Obs. III. — La nommée B. (Jeanne), âgée de trente-huit ans, domestique, entre dans mon service (salle Axenfeld, n° 10), le 20 février 1889. (Observation rédigée sur les notes de M. Barrisien, externe du service.)

Cette malade est originaire du Mexique, mais elle habite la France depuis sa jeunesse; elle a le teint fortement pigmenté et les cheveux d'un noir foncé, elle est de petite taille, mais de constitution assez vigoureuse. Sa santé a été excellente jusqu'ici et on ne trouve rien à relever dans ses antécédents.

Elle est tombée malade assez brusquement il y a huit jours : après une journée passée comme d'habitude, elle eut sans raison apparente une nuit mauvaise, agitée; le lendemain matin elle éprouvait une lassitude générale et se leva péniblement pour faire son travail ordinaire. Dans la journée, elle ressentit un violent point de côté à gauche de la poitrine et pendant toute une semaine elle se traîna péniblement, ayant toujours la douleur de côté, un mal de tête persistant, de la fièvre tous les soirs et passant de très mauvaises nuits. Elle se décida alors à venir à l'hôpital.

Dans nos premiers examens, à voir son apparence de lassitude extrême et de prostration, sa langue tremblotante, couverte à sa partie supérieure, rouge sur les bords et à la pointe, l'intensité de la fièvre avec une température de 39 degrés le matin, 40 le soir, nous pouvions penser à une fièvre typhoïde, mais pourtant il n'y avait ni diarrhée, ni sensibilité exagérée dans la fosse iliaque droite, ni taches rosées lenticulaires, et d'autre part l'examen physique de la poitrine révélait tous les signes d'une pleurésie gauche avec épanchement déjà assez considérable : matité depuis l'épine de l'omoplate jusqu'en bas et occupant aussi toute l'aisselle; souffle expiratoire dans la fosse sous-épineuse, silence complet au-dessous, égophonie, transmission de la voix chuchotée, suppression des vibrations thoraciques. Le cœur était un peu déplacé et sa pointe venait battre près du bord droit du sternum. Les deux poumons paraissaient sains; du moins on n'y constatait aucun trouble morbide, et la respiration était peu gênée. L'urine contenait une petite quantité d'albumine.

Le 24 février, les phénomènes généraux sont toujours aussi graves, la fièvre persiste aussi intense; l'épanchement a encore augmenté : la matité s'étend à la partie antérieure de la poitrine dans tout le creux sous-claviculaire. Nous pratiquons d'urgence la thoracentèse et nous retirons 1400 grammes de liquide. Ce liquide est séreux avec une teinte verdâtre; il ne fournit après vingt-quatre heures qu'un très petit caillot fibrineux, et l'analyse chimique qui en est faite indique à peine 30 centigrammes de fibrine par litre (0gr,45 de fibrine, quantité totale).

Ces caractères du liquide (peu fibrineux malgré l'intensité de la maladie), joints aux caractères de gravité apparente des troubles généraux, à la violence de la fièvre, me font porter un pronostic défavorable : il me paraît à peu près certain que l'épanchement se reproduira, et d'autre part j'incline à croire que cette pleurésie est secondaire, subordonnée peut-être à quelque maladie du poumon qui nous échappe et de nature infectieuse : je rappelle ici l'état typhoïde, l'élévation de la température et la présence de l'albumine dans les urines. Cependant des cultures du liquide, pratiquées par M. Girode, n'ont donné que des résultats négatifs.

Trois jours après la ponction, la situation ne s'est pas améliorée : l'épanchement devient de nouveau apparent et remonte vers l'angle inférieur de l'omoplate. La fièvre demeure aussi vive et n'a subi aucune détente depuis la ponction : le 27 février, la température est de 40°,4 le matin, 40°,6 le soir, l'état typhoïde est toujours le même, mais les phénomènes abdominaux sont toujours absents. Ce jour-là, nous administrons à la malade 1 gramme de sulfate de quinine, et à partir du lendemain, nous commençons les injections de liqueur de Van Swieten dans la plèvre et nous en pratiquons successivement cinq dans l'espace de sept jours : chaque fois nous retirons 5 grammes de liquide et nous injectons 5 grammes de liqueur de Van Swieten. Le liquide extrait par ces ponctions a été soumis à des cultures par M. Girode, mais ce procédé n'y a pas révélé la présence de micro-organismes.

En pratiquant ces injections, je me proposais de rendre le liquide pleural aseptique et d'avoir chance qu'il ne s'y reproduisit pas quand je ferais une seconde ponction évacuatrice; peut-être même celle-ci pourrait-elle être évitée et le liquide serait-il résorbé grâce à la modification apportée dans sa composition.

Pendant cette période des injections qui s'étend du 27 février au 6 mars, l'état de la malade changea peu; cependant la fièvre fut un peu moindre (température 39°,4 environ le matin, 39°,8 le soir), il y eut pendant deux ou trois jours un peu de diarrhée sans autres phénomènes abdominaux; l'apparence typhoïde persistait; les nuits étaient mauvaises. Le sulfate de quinine dont

---

ces installations défectueuses et par cela même dangereuses, sont cependant celles de la plupart de nos demeures, même des plus luxueuses. Aussi n'en éprouverait-on aucun étonnement si la maison salubre ne nous permettait pas de faire des comparaisons; si, comme on l'a dit, on a d'abord parcouru dans ce voyage l'enfer, représenté par le rez-de-chaussée et le premier étage, le purgatoire, représenté par le deuxième, il n'y a qu'à traverser la passerelle pour arriver dans le paradis de l'hygiène, dans la maison salubre. Là tout respire la propreté et la santé; la cour intérieure est plus spacieuse, mieux éclairée, sans causes de mauvaises odeurs, et garnie de fenêtres, dont les rideaux de guipure blanche témoignent des sentiments de propreté des habitants.

A l'entrée de la maison salubre, un écriteau apprend que les travaux de plomberie ont été exécutés par les élèves des cours professionnels de la chambre syndicale des ouvriers plombiers, couvreurs et zingueurs, qui mérite bien les félicitations de tous ceux qui s'intéressent aux progrès de l'hygiène. Les progrès réalisés dans cette branche de notre travail national depuis cinq années sont considérables. Les beaux spécimens de tuyaux, de joints, de siphons exposés sont loin des gaucheries primitives qui nous ont fait peine à voir dans la maison insalubre. Il est bon de faire remarquer que les tuyaux sont peints de diverses couleurs pour pouvoir les distinguer: ceux destinés à la ventilation sont en vert; ceux pour l'eau en bleu; ceux du gaz en rouge et ceux de décharge en ocre.

Au deuxième étage, une lampe Wenham évacue les produits de la combustion par un fumivore, muni d'un tuyau débouchant à l'extérieur; une belle toilette a naturellement son tuyau de vidange siphonné; la couronne du siphon se ventile par un tuyau en plomb qui passe dans un angle de la pièce et ventile également les siphons de la baignoire du premier et de l'évier du rez-de-chaussée.

Dans la pièce à côté, on trouve un parquet à l'anglaise, formé de frises d'un mètre de long, ajustées à leurs extré-

on donnait 1 gramme de temps en temps, restait sans influence marquée ou du moins persistante sur la fièvre. Quant à l'épanchement, il restait stationnaire, du moins il n'augmentait certainement pas.

C'est dans ces conditions que le 8 mars nous pratiquons une nouvelle injection, différente des précédentes, dans la plèvre : nous retirons 100 grammes de liquide séro-fibrineux tout à fait analogue à celui de la première ponction, et nous injectons à la place 100 grammes d'une solution de chloral au centième, bien aseptique, soit 1 gramme de chloral dans 100 grammes d'eau filtrée, distillée et bouillie. Cette injection ne donne lieu sur le moment à aucun phénomène appréciable dans l'appareil respiratoire.

Dans les cinq jours suivants, il ne se produit aucun changement dans l'état de la malade : la fièvre reste aussi intense (pouls, 100-120; température, 39 à 40 degrés), les signes d'épanchement persistent.

Mais le sixième jour après l'injection (14 mars) l'épanchement paraît positivement avoir diminué, et cette diminution se confirme par la suite ; le 27 mars, il n'y en a plus trace et la respiration est la même au niveau des deux bases. En même temps, la malade se sent mieux ; et cependant son apparence a peu changé : elle a toujours l'aspect d'une typhique et sa fièvre n'a guère varié, à peine quelques dixièmes de température en moins. Tous les trois ou quatre jours on lui administre 1 gramme de sulfate de quinine qui abaisse momentanément la température en provoquant une transpiration très abondante, mais cet abaissement ne persiste pas et le bénéfice paraît nul.

Cette fièvre, dont la cause est restée indécise, a duré encore pendant près d'un mois sous ce type continu ou avec des rémissions insignifiantes. Pourtant la malade accusait un peu de mieux : à partir du 1er avril, craignant de voir la malade se cachectiser, je commençai à l'alimenter et cette tentative réussit bien. Quelques jours plus tard, la malade se plaignant de ne pouvoir dormir dans la salle commune, je la fis transférer dans une chambre séparée où elle retrouva le sommeil et il y eut alors une atténuation de la fièvre: le pouls restant à 100-120, l température s'abaissa entre 38 et 39 degrés.

Enfin le 15 avril commença une période qui dura un mois, pendant laquelle la fièvre prit le type rémittent, 37 degrés le matin, 40 degrés le soir. Malgré une grande faiblesse, la malade s'améliorait petit à petit : elle mangeait un peu, dormait passablement, commençait à se lever presque tous les jours, et ne s'apercevait pas de la fièvre indiquée tous les soirs par le thermomètre. L'état de la poitrine restait satisfaisant : nous ne relevions qu'un peu d'affaissement du thorax du côté gauche (côté de la pleurésie), et aussi un peu de faiblesse du bruit respiratoire dans le sommet du même côté, sans aucun bruit morbide.

Le 21 mai, la malade est en état de partir pour le Vésinet, conservant encore un mouvement de fièvre tous les soirs avec une température de 39 degrés, mais dans un état général vraiment satisfaisant.

Au milieu de juin, la malade est rentrée dans mon service, bien que son état de santé fût bon; mais elle était encore très faible et aurait été incapable de reprendre son service de domestique. Sa température s'élevait encore à 38 degrés dans la soirée; elle était normale le matin. Mais les progrès de sa convalescence ont été rapides; son appétit est bien revenu, elle a engraissé, et aujourd'hui (12 juillet) elle va sortir incessamment de l'hôpital.

Quelle qu'ait été la nature de la pleurésie dans les observations qui précèdent, que l'on admette, comme je l'ai pensé, qu'il s'agissait d'une maladie typhoïde dans les deux dernières observations, d'une maladie infectieuse mal déterminée dans le premier cas, ou qu'on laisse la question indécise, il me paraît incontestable que, chez les trois malades, le pronostic devait être considéré comme grave; l'intensité et la persistance de la fièvre, le développement des phénomènes généraux, caractérisant un état typhoïde, suffisaient pour rendre le pronostic sévère, et au point de vue de la pleurésie en tant que maladie locale, on pouvait craindre la purulence de l'épanchement, ou tout au moins la reproduction du liquide qui est habituelle lorsqu'on en pratique l'évacuation pendant la période d'activité de la maladie.

Le traitement par les injections antiseptiques s'est proposé de rendre le liquide aseptique et d'en favoriser ainsi la résorption ou tout au moins d'en éviter la reproduction après une ponction évacuatrice. Dans les trois observations, nous avons à plusieurs reprises injecté dans la plèvre de la liqueur de Van Swieten; nous avons fait choix de cette liqueur parce qu'elle est considérée comme un des meilleurs antiseptiques. La dose a varié dans les injections de 5 grammes à 7gr,50. Cette dose, en supposant qu'elle soit absorbée en totalité, est certainement inoffensive pour le malade, et d'autre part, mêlée au liquide de l'épanchement, elle paraît capable d'empêcher ou au moins de gêner le développement des bactéries dans ce liquide; elle serait peut-être un peu faible, si l'on s'en rapporte aux tableaux dressés par les bactériologistes sur la valeur antiseptique de diverses substances introduites dans les bouillons de culture (1); mais M. Renaut n'hésite pas, d'après ses recherches expérimentales et ses observations cliniques, à la considérer comme efficace et suffisante.

Dans les trois observations qui précèdent, la maladie s'est terminée d'une façon favorable; or, étant donné le pronostic que ces trois cas semblaient comporter, je crois que les injections intra-pleurales ont été utiles et ont contribué au bon résultat final.

J'ai encore suivi la même méthode de traitement dans un

(1) Si l'on admet que le plus faible titre des dilutions de sublimé, capables de détruire les bactéries en plein développement dans les bouillons ou les infusions, soit le titre de 1/20000, on voit que 5 milligrammes de sublimé ou 5 grammes de liqueur de Van Swieten ne peuvent stériliser que 100 grammes de liquide. Pour stériliser un litre de liquide, il faudrait 50 grammes de liqueur de Van Swieten, et même 80 grammes d'après les tableaux de Duclaux.

---

mités sur des languettes et permettant des démontages très faciles pour la visite et le nettoyage de l'entrevous. La cheminée a une prise d'air à l'extérieur. Les réservoirs de chasse sont desservis par le tout à l'égout, le réservoir de chasse est à tirage; la cuvette est à occlusion hydraulique placée dans une cage, dont les deux parois supérieure et antérieure s'ouvrent pour permettre l'inspection; elle repose sur un terrasson en plomb, muni d'un indique-fuite débouchant à l'extérieur. Le réduit est largement éclairé par une baie qui donne sur la cour et dont la moitié supérieure est constituée par du verre perforé.

Lorsqu'on descend l'escalier, on s'aperçoit qu'il est largement aéré par les fenêtres non condamnées et permettant une aération libérale; à la partie supérieure de ces fenêtres, des ventilateurs à valve de mica permettent la sortie de l'air mais empêchent l'entrée de la pluie. Le premier étage possède l'éclairage électrique et un parquet démontable en chêne à point de Hongrie. Le papier de tenture est peint avec des couleurs non toxiques. Une baignoire avec colonne pour douches est disposée sur un terrasson de plomb, muni d'un indique-fuite; le tuyau de trop-plein est branché sur le tuyau de vidange, dont le siphon est ventilé; la vitre perforée peut être masquée par un châssis plein; le cabinet d'aisances et à siège isolé est accessible de tous côtés.

Au rez-de-chaussée, est placé un cabinet d'aisances à défécation accroupie; la coquille du siège et la cuvette sont en grès émaillé; les urines tombent dans une rigole antérieure à retenue d'eau et sont balayées par des chasses automatiques. Le restant des murs est fait en carreaux de faïence; un lavabo et un timbre d'office ont leurs tuyaux de décharge siphonnés et ventilés. La cuisine est desservie par un robinet d'eau de source. L'évier est muni d'un siphon de plomb avec regard de visite pour le nettoyage; la partie du mur, qui est exposée à être éclaboussée par l'eau de l'évier, est revêtue de carreaux de faïence. Le carrelage est en grès

cas récent de ma pratique particulière, où il paraît évident que la pleurésie devait être de nature infectieuse.

Obs. IV. — Il s'agit d'un malade âgé de cinquante-cinq ans, diabétique depuis plusieurs années, qui, à la suite d'une lymphite d'un des membres inférieurs, résultant d'un cor au pied enflammé et mal soigné, présenta tous les symptômes d'une infection purulente : outre plusieurs arthrites infectieuses, il survint une manifestation thoracique caractérisée d'abord par une violente douleur au milieu du dos et vers l'omoplate droite, qui persista une huitaine, puis par un épanchement dans la plèvre droite, qui atteignit bientôt l'angle inférieur de l'omoplate, enfin, par une certaine fétidité de l'haleine. Les symptômes que je viens d'indiquer me donnèrent à penser qu'il s'était fait un infarctus pulmonaire, et qu'il se développait sans doute un foyer gangreneux du poumon dont les signes physiques étaient d'ailleurs nuls ou masqués; quant à la pleurésie, je la considérais comme subordonnée à la lésion que je supposais dans le poumon. Que telle fût son origine ou qu'elle se rattachât directement à l'infection purulente, je craignais, en tout cas, qu'elle ne fût ou ne devînt purulente, et il me paraissait au moins certain qu'elle était de nature septique. Une ponction avec la seringue de Pravaz me permit de constater que le liquide récemment épanché était formé de sérosité transparente; l'examen bactériologique, pratiqué par M. Girode, n'y fit pas découvrir de micro-organismes. Néanmoins, je pratiquai, à quatre reprises différentes et à deux jours d'intervalle, des injections intrapleurales de liqueur de Van Swieten (une fois 1 gramme, trois fois 4 à 5 grammes), et pendant ce temps (du neuvième au quinzième jour de la maladie), je pus constater, à chacune des ponctions, que le liquide n'augmentait pas de quantité et qu'il restait absolument séreux; c'est ce dernier résultat que je poursuivais, et qui a été entièrement atteint. Malgré tout, le malade succomba aux progrès de la maladie infectieuse, le traitement antiseptique général au moyen du sulfate de quinine, du salicylate de soude, du naphtol à l'intérieur, n'ayant paru exercer aucune influence sur l'évolution de l'infection purulente.

Dans une de mes observations, j'ai fait en outre une fois, dans la plèvre, une injection de 100 grammes d'une solution de chloral au centième. Cette injection avait pour objet, en présence d'un épanchement rendu aseptique par des injections de sublimé antérieures, de substituer un liquide facilement absorbable à un liquide qui ne semblait pas l'être, puisqu'il ne montrait aucune tendance à la résorption, et encore de mêler un liquide antiseptique à ce qui pouvait rester de liquide septique. Cette intervention a encore paru heureuse dans ce cas, puisque, au bout de quelques jours, liquide pleurétique épanché et liquide injecté étaient totalement résorbés, et que la maladie locale pouvait être considérée comme guérie.

Il me paraît inutile d'insister sur la nécessité des plus grandes précautions opératoires : il va de soi que ce traitement, comme tous les traitements chirurgicaux, ne peut être inoffensif que si l'on s'astreint, dans tous les détails de l'intervention, aux plus minutieuses précautions antiseptiques.

J'ai eu récemment dans mon service un cas malheureux, pour lequel je me suis demandé si le traitement auquel j'ai eu recours n'avait pas, à mon insu et bien que j'aie cru m'entourer de toutes les précautions nécessaires, été responsable des complications funestes qui sont survenues.

Obs. V. — Un homme de trente-neuf ans était atteint de pleurésie hémorrhagique du côté gauche de la poitrine, et, en outre, d'artério-sclérose d'origine alcoolique. Deux fois déjà, à un mois d'intervalle, nous avions dû faire une ponction pour remédier à la dyspnée intense dont le malade était affecté, et nous avions retiré chaque fois près d'un litre et demi d'un liquide fortement sanguinolent et de couleur un peu brunâtre. Quelques jours après la seconde ponction, j'en fis une troisième, dans laquelle je retirai près d'un litre de liquide, et j'injectai à la place 300 grammes de solution de chloral au centième. Mon but était d'éviter la diminution de pression intra-pleurale qui pouvait favoriser l'issue du sang, et de substituer au liquide de l'épanchement un liquide susceptible d'être graduellement résorbé; c'est ce que j'avais fait avec avantage dans l'observation III.

Dès le lendemain, nous constations des signes de pneumothorax, qui devenaient évidents les jours suivants, et, huit jours après, une quatrième ponction donnait issue à 2 litres de liquide brun grisâtre ayant une odeur fétide de macération anatomique et à des gaz. L'état général était détestable, l'haleine était fétide et il y avait de la diarrhée. A partir du lendemain de cette ponction, on commença des injections de liqueur de Van Swieten à la dose de 5 grammes qu'on répéta tous les jours.

Nous reculions devant l'empyème, que le malade, alcoolique et lésé dans tous ses organes par l'artério-sclérose, ne nous paraissait pas pouvoir supporter : une nouvelle ponction, au bout de huit jours, nous donnait encore 1 litre de liquide trouble et des gaz, mais moins fétides que l'autre fois, et, trois jours plus tard, la situation restant la même, nous nous résignions à pratiquer l'empyème, qui amenait le rejet de 2 litres environ de liquide fétide mêlé à des gaz, nous pratiquions un lavage avec la solution de sublimé au dix-millième et nous placions deux drains; pansement à l'iodoforme et à la ouate au salol.

Le soir de l'opération, la fièvre tombait à 37°,7; mais, le lendemain, elle remontait pour osciller entre 38 et 39 degrés; bien que la plèvre ne fournît presque pas de liquide, que les lavages pratiqués tous les jours ne donnassent presque rien, le malade était en proie à une agitation continuelle, poussant des plaintes inarticulées, il avait de la diarrhée avec incontinence. Dès lors, il s'affaiblit rapidement et succomba six jours après l'opération.

A l'autopsie, nous ne trouvâmes que les lésions d'une pleurésie néomembraneuse, avec néomembranes épaisses, atrophie du poumon; quelques noyaux tuberculeux au sommet des deux poumons, mais pas de perforation du poumon gauche ni de lésion pulmonaire, gangreneuse ou autre, à laquelle on pût imputer l'altération putride du liquide pleural. L'aorte était athéromateuse et les viscères, cœur, foie, reins, présentaient des lésions

---

cérame; l'eau usée s'écoule par une pente douce vers un siphon en grès vernissé, afin de pouvoir pratiquer des lavages journaliers à grande eau.

Le sol de la cour est cimenté et un siphon assure l'écoulement des eaux. Un tuyau des eaux pluviales, en fonte avec joints à la céruse, est ouvert à ses deux bouts pour la libre circulation de l'air; il déverse son contenu dans un siphon, qui reçoit aussi la décharge de la cuisine. Le tuyau de chute des cabinets est en plomb, métal peu oxydable, facile à appliquer, s'allongeant sans rupture des joints, se prêtant bien aux soudures solides et se travaillant en bouts très longs, ce qui diminue le nombre des joints. Une trappe de regard avec joints étanches et grille de sûreté donne accès dans le regard de visite de la canalisation.

Dans le sous-sol, éclairé par une minuscule lampe à incandescence, on voit la canalisation en grès vernissé posée sur corbeaux ou sur un massif en maçonnerie; la pente est de 0m,04; des tampons mobiles permettent le nettoyage. Dans le branchement particulier qui va de la maison à l'égout, il existe un siphon sur le trajet de la canalisation; dans ce même branchement se trouvent deux compteurs, l'un pour l'eau de source, l'autre pour l'eau de rivière. En dehors de la maison, la voie publique est représentée à ciel ouvert sur une étendue assez considérable pour apercevoir nettement les installations sanitaires du sous-sol des rues de Paris. Là on peut se rendre aisément compte des avantages du tout à l'égout, des excellentes dispositions prises pour assurer par le siphon automatique de chasse d'eau le nettoyage des conduites et empêcher tout reflux de gaz ou de matières dans les habitations. Jamais encore en France on n'avait ainsi mis sous les yeux du public, avec autant de clarté, les éléments de ce grave problème de l'assainissement des habitations et des villes, que personne ne doit ignorer.

(*A suivre.*)

de sclérose et des altérations graisseuses en rapport avec la lésion du système artériel.

Les dangers auxquels peut exposer la négligence des précautions antiseptiques ne doivent pas cependant détourner de l'emploi des injections intrapleurales, si leur efficacité vient à être démontrée : ils imposent seulement l'observance rigoureuse de ces précautions, et, grâce à elles, ces injections semblent au moins inoffensives. Les faits que j'ai rapportés et ceux que j'ai cités d'après divers auteurs paraissent démontrer que, dans certaines circonstances déterminées, elles ont été efficaces.

Je voudrais citer encore quelques exemples de ma pratique où une intervention du même genre a donné de bons résultats.

Obs. VI. — Chez une malade de mon service, atteinte de tumeurs multiples (dont la nature est probablement celle du lymphadénome ou du lymphosarcome), qui, développées sans doute dans l'utérus ou dans ses annexes d'abord, ont envahi successivement le mésentère et les ganglions mésentériques, puis les ganglions du médiastin et les parois thoraciques du côté droit, et enfin les ganglions du côté droit du cou, il était survenu un épanchement abondant dans la plèvre droite, vraisemblablement subordonné à la maladie principale, par extension de la dégénérescence à la plèvre. Déjà deux fois il avait fallu évacuer cet épanchement, à cause de la dyspnée qu'il occasionnait, et on retirait chaque fois 1 litre et demi de liquide séro-fibrineux.

Pendant mes dernières vacances, notre collègue, M. Barié, qui me remplaçait, essaya de combattre la reproduction incessante de liquide par des injections d'une solution de chlorure de zinc, suivant les indications données ici même par notre collègue M. Juhel-Renoy; à trois reprises différentes, les ponctions furent suivies d'injection de chlorure de zinc, mais ces injections, d'ailleurs inoffensives, ne donnèrent pas le résultat qu'on désirait; le liquide paraissait devenir de plus en plus fibrineux, mais il se reproduisait.

Quand je repris mon service, je voulus continuer ces tentatives, qui me paraissaient justifiées, mais devant l'insuccès du chlorure de zinc, je résolus d'employer l'iode, et je me servis de la solution recommandée par M. Moizard pour le traitement des pleurésies infectieuses dépendantes du pneumothorax. Après évacuation de la plèvre, j'injectai dans sa cavité 30 grammes d'une solution iodurée d'iode (teinture d'iode, solution d'iodure de potassium au dixième, alcool à 60 degrés, parties égales de chacun). La malade accusa une vive douleur et ressentit comme un coup dans la tête à perdre connaissance; mais ces désordres se calmèrent bientôt et, au bout d'une demi-heure, toute douleur avait cessé. Dans les jours suivants, on constata qu'il se reproduisait un peu de liquide, mais, peu de temps après, cet épanchement était résorbé, et, depuis lors, on n'en a plus constaté aucune trace.

Obs. VII. — Chez une autre malade atteinte de tuberculose péritonéo-pleurale avec épanchement liquide assez abondant dans le péritoine, j'ai fait à deux reprises différentes une injection d'eau iodée dans la cavité péritonéale; j'espérais par cette intervention agir sur les deux éléments de la maladie, le tubercule d'une part, la péritonite d'autre part. La solution dont je me suis servi est analogue à celle dont j'ai déjà parlé, moins l'alcool, qui paraît inutile et qui peut-être est cause de la douleur vive qui accompagne l'injection; voici donc la formule que j'ai employée :

Iode	1	gramme.
Iodure de sodium	4	—
Eau filtrée, distillée et bouillie	35	—

La première fois, j'injectai 5 grammes de cette solution, après avoir retiré une égale quantité du liquide épanché qui était composé de sérosité jaunâtre bien transparente, et m'être assuré que l'eau iodée diffusait parfaitement dans ce liquide. Je recommandai à la malade de se déplacer en divers sens après l'injection, dans le but de mélanger l'eau iodée avec le liquide péritonéal. La douleur après l'injection fut absolument nulle. Les urines, recueillies depuis la ponction, donnèrent, par l'amidon et l'acide nitrique, la réaction caractéristique de l'iode : les premières urines, recueillies huit heures après la ponction, en contenaient déjà d'une façon manifeste, mais les urines des mictions suivantes en contenaient davantage encore et on en trouva ainsi pendant six jours, l'élimination paraissant être au maximum le second jour, puis diminuant graduellement. Il n'y eut d'ailleurs aucun phénomène d'iodisme.

Huit jours plus tard, les phénomènes abdominaux ne présentant pas de modification sensible, je fis une seconde injection avec 8 grammes de la même solution. Comme la première fois, il n'y eut aucune douleur et aucun symptôme immédiat imputable à l'injection. Comme la première fois, l'élimination d'iode par les urines persista pendant six à sept jours.

Quant au résultat de ces injections, quatre ou cinq jours après la seconde, il devint manifeste que le ventre était moins tendu et plus souple; petit à petit, le liquide épanché fut résorbé presque totalement et le ventre redevint sonore dans les parties déclives. Il parut donc que la péritonite et l'épanchement qui lui est subordonné avaient cédé, le résultat était satisfaisant sous ce rapport; pour les lésions tuberculeuses, elles étaient sans doute bien avancées déjà et difficilement accessibles à un traitement quelconque; dès après la première injection, nous commencions à sentir un plastron dur, occupant tout l'épigastre et la région ombilicale, et formé sans doute par l'épiploon infiltré de tubercules; les lésions de la plèvre gauche semblent demeurer stationnaires; l'état général est médiocre, la malade s'alimente peu et a souvent des troubles digestifs, elle maigrit, et la cachexie finale est à craindre dans un délai peu éloigné.

Ce dernier cas, bien que l'état actuel de la malade soit très peu satisfaisant, est favorable à la pratique des injections intrapéritonéales. Il ne me paraît pas douteux, et j'ai cherché à l'établir dans une communication antérieure, que la tuberculose péritonéo-pleurale, dans sa forme subaiguë du moins, est curable; or, si l'on pouvait, par des injections appropriées, combattre et empêcher la pullulation du microbe tuberculeux, et d'autre part éteindre la péritonite et l'épanchement qui en est la conséquence, on atteindrait le double but qu'on doit poursuivre dans la situation actuelle, guérir la maladie présente et sauvegarder autant que possible l'avenir en détruisant les germes qui pourraient se développer plus tard.

En résumé, j'ai fait, après d'autres, des essais de traitement local dans des cas de pleurésie où la nature seule ne paraissait pas devoir faire les frais de la guérison; et d'après ce que j'ai vu, il me semble que la pratique des injections intra-pleurales, on peut même dire des injections intra-séreuses en général, constitue une *médication d'avenir*.

Il faut avouer que le traitement dit médical de la pleurésie est en général aussi peu efficace qu'il est banal : les antiphlogistiques paraissent utiles au début pour combattre l'élément inflammatoire ; mais, plus tard, dans la longue période de l'épanchement, les révulsifs et les dérivatifs n'ont qu'une action bien incertaine et bien douteuse, ils ne constituent souvent qu'une expectation offensive, faisant illusion au malade jusqu'à la solution naturelle de la maladie : la thoracentèse reste alors comme ressource excellente pour enlever le liquide, mais naturellement elle ne peut rien pour empêcher sa reproduction ; elle n'est donc qu'un moyen palliatif, s'adressant à l'épanchement, non à la maladie pleurésie.

S'il en est ainsi, même dans la pleurésie dite simple, combien plus encore est-on impuissant par ce traitement contre les pleurésies infectieuses.

Que font cependant les chirurgiens dans les arthrites infectieuses, qui sont des maladies analogues? si elles ne sont pas justiciables des révulsifs, de l'immobilisation et autres moyens de douceur, on les ouvre, on les lave et on en obtient la guérison. Pour les pleurésies et les péritonites infectieuses, faut-il donc en venir à l'empyème et à la laparatomie, suivis de lavages antiseptiques? Avant de recourir à ces moyens, qui donnent aux chirurgiens de si beaux résultats depuis l'antisepsie, mais qui pourtant ne sont pas encore des opérations légères, ne peut-on pas espérer qu'on arriverait, dans certains cas de pleurésies ou de péritonites

infectieuses, alors même qu'elles seraient suppurées comme dans les deux cas rapportés par Bouchard, qu'on arriverait, dis-je, à la guérison par des injections antiseptiques ou des injections modificatrices? Les exemples que j'ai cités et ceux que j'ai empruntés à différents auteurs, montrent que ces espérances sont fondées, que les injections antiseptiques et modificatrices constituent un mode de traitement sérieux de la pleurésie et des maladies des grandes séreuses en général; ce traitement paraît inoffensif, si l'on prend les précautions nécessaires ; il paraît avantageux et même efficace.

Quant aux agents de cette médication auxquels il faut donner la préférence, sublimé, naphtol, iodoforme, chlorure de zinc, iode, etc., on aura à déterminer quels sont les plus actifs ou plutôt ceux auxquels il vaudra mieux s'adresser suivant chaque variété de maladie ou chaque espèce d'agent pathogène. Ce qu'il faut établir d'abord, c'est la valeur de la méthode ; je n'ai eu d'autre objet que de lui apporter ma modeste contribution.

CORRESPONDANCE

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE. »

Contagion clinique du tétanos.

Voici, après bien d'autres, un exemple de contagion clinique du tétanos, qui, outre son intérêt propre, tire une certaine importance des illustrations chirurgicales mises en cause. Je le tiens de M. Walter Franklin Atlee, chirurgien distingué de Philadelphie. M. F. Atlee appartient à une dynastie chirurgicale, qui, jusqu'à ces dernières années, s'est souvent donné le luxe familial, de faire insérer dans un même numéro du *The american Journal of the medical Sciences*, des articles du grand-père, du père et du fils.

Voici le fait, tel que nous l'a raconté M. Atlee qui représente la seconde personne de cette remarquable trinité :

« Il y a plusieurs années Sir Spencer Wells, le célèbre ovariotomiste anglais, dans son voyage aux États-Unis, se rendit auprès de mon père, à Lancaster, où je l'accompagnai. Il dîna chez mon père, et, au dessert, au cours de maintes dissertations chirurgicales, il me demanda si je croyais à la contagiosité du tétanos. — Non, lui répondis-je, et vous, y croyez-vous? — Je ne sais si j'y crois, répliqua-t-il, mais voici ce qui m'est arrivé.

« Je n'avais jamais eu de cas de tétanos chez mes opérées jusqu'à un certain jour où, au cours d'une opération, je constatai que je n'avais pas ma sonde cannelée (*director*). Henry Smith (l'assistant régulier de sir James Fergusson) qui était à côté de moi, m'offrit la sienne. Mon opéré mourut du tétanos, elle et les deux opérées qui suivirent, et je dus suspendre toute opération pour quelque temps.

« Or, *cette sonde cannelée, que m'avait offerte Henry Smith, était celle de sir James Fergusson, qui avait en ce moment des cas de tétanos dans son service.* »

Voilà le fait sans commentaires.

D'autre part, au point de vue de l'origine équine du tétanos humain, sur laquelle je me suis déjà permis de faire quelques réserves, j'ai pu recueillir le témoignage d'étudiants russes, habitant la Podolie, où les chevaux et les cas de tétanos ne sont pas rares. Il est accrédité dans leur pays que les plaies contractées au voisinage des chevaux prédisposent au tétanos.

Ces faits, il est vrai, n'apprennent rien de bien nouveau. Au point où les derniers débats académiques ont amené la question d'origine du tétanos, cette question, en effet, ne peut plus guère avancer sur le terrain clinique. Il n'y a que l'expérimentation méthodique qui puisse lui faire faire aujourd'hui un nouveau pas. M. le professeur Nocard a promis de s'engager dans cette voie. D'autre part, nous croyons savoir que MM. Chantemesse et Widal y sont engagés depuis longtemps. Il ne nous reste plus qu'à attendre les diverses communications qu'on leur devra sans doute.

Dr Ricochon (de Champdeniers).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

Perfectionnements apportés a la préparation de l'hémoglobine cristallisée par le procédé d'Hoppe-Seyler ; nouveau procédé de préparation de ce corps, par M. *Mayet.* — Mémoire de chimie biologique, dont on trouvera un exposé détaillé aux *Comptes rendus*, p. 156, et qui a pour objet d'obtenir de beaux cristaux d'hémoglobine cristallisée.

Du mode d'action de l'électrolyse linéaire par les courants faibles, et de sa température dans la destruction des tissus organiques, par M. *J. A. Fort.* — Après quelques considérations théoriques relatives à la décomposition des tissus organiques par l'électrolyse, l'auteur recherche quelle est la température des tissus au niveau du pôle négatif. Il démontre, par des expériences faites sur la chair de cadavre et sur l'animal vivant, que l'opération de l'électrolyse linéaire consiste dans la formation, par action chimique, d'un sillon dans la substance du rétrécissement, sillon analogue à une incision non sanglante, sans élévation de température.

Sur une nouvelle tuberculose bacillaire, d'origine bovine, par M. *J. Courmont.* — L'auteur a trouvé, il y a quelque temps, un nouveau bacille tuberculeux dans une lésion pleurale de bœuf atteint de pommelière. C'est un bacille court et large, composé d'une zone médiane claire légèrement étranglée et de deux noyaux terminaux. Il est très mobile, pousse rapidement sur tous les milieux couramment employés et ne liquéfie pas la gélatine. On en obtient des cultures à + 36 degrés et dans le vide. Il se colore facilement et se décolore de même. Les tubercules du bœuf, où il n'était pas associé au bacille de Koch, donnèrent directement des cultures pures.

Les lapins inoculés avec le suc des tubercules devinrent tuberculeux en quinze à quatre-vingts jours, et chacun d'eux fut l'origine d'une génération de lapins tuberculeux, tandis que les cobayes moururent tous dans les dix premiers jours, présentant simplement un œdème local et le gonflement de la rate. Les tubercules des lapins fournirent des cultures pures du bacille susdécrit : jamais de bacille de Koch ; mais, chose remarquable, le sang, tant des lapins que des cobayes, fourmillait du même micro-organisme. Le bacille tuberculeux n'était donc pas à peu près exclusivement cantonné dans la lésion, comme dans la tuberculose classique, mais répandu dans tout l'organisme. L'inoculation du sang et de la sérosité de l'œdème local occasionnait la mort rapide avec envahissement du sang par le bacille.

Les tubercules obtenus chez les lapins furent transmissibles aux lapins, mais ne se reproduisirent pas chez les cobayes ; ces derniers succombèrent néanmoins à l'inoculation, par suite du passage et de la multiplication du bacille dans les vaisseaux.

Il résulte de tous ces faits que, si le bacille décrit tue toujours le lapin et le cobaye en se retrouvant dans leur sang, il n'acquiert l'aptitude à provoquer des lésions tuberculeuses que dans certaines conditions. Lorsqu'il est *au point* pour tuberculiser les animaux d'une ou plusieurs espèces, il ne l'est pas pour certaines autres. Dans la même espèce, il reproduit toujours de la tuberculose, si on l'emprunte à une lésion tuberculeuse; s'il est emprunté à une culture, il ne produit des tubercules qu'à un moment donné de son évolution (le vieillissement paraît être un des facteurs de cette propriété). L'aptitude à faire du tubercule ne doit pas être regardée comme une simple atténuation de la virulence, puisque le bacille atténué peut ne tuer qu'en cinquante jours sans produire de lésions, tandis que celles-ci s'édifient quel-

quefois en cinq jours : c'est une propriété surajoutée. Cette notion explique comment un bacille se cultivant et se colorant aussi facilement a pu longtemps passer inaperçu au point de vue de la genèse de la tuberculose. Désormais, si l'on ne pouvait pas inoculer un microbe provenant d'un tubercule à l'espèce qui portait la lésion, il faudrait, avant de se prononcer sur les qualités de ce microbe, l'inoculer à plusieurs espèces animales et aux phases différentes de son évolution.

Un point capital dans l'histoire du nouveau bacille tuberculeux que nous décrivons est relatif à l'action des produits qu'il fabrique dans l'organisme. Loin de vacciner l'animal à qui on les inocule, ils préparent au contraire le terrain pour la pullulation du microbe. M. Arloing avait déjà émis l'idée au dernier Congrès pour l'étude de la tuberculose qu'il devait en être ainsi du bacille de Koch, et il fait exécuter des recherches en ce sens. Il suffit d'introduire sous la peau d'un lapin ou d'un cobaye 1^{cc} de bouillon de culture filtrée par kilogramme de poids vif pour que l'inoculation d'un tubercule pratiquée chez ces animaux vingt jours plus tard tue le cobaye en quinze heures et le lapin en vingt-trois, tandis que le cobaye témoin meurt tuberculeux au bout de dix jours en moyenne. On peut donc dire que chez le cobaye, par exemple, la virulence du bacille par rapport à l'organisme récepteur est augmentée dans la proportion de 1 à 16. Une parcelle de l'animal tué de cette façon, inoculée soit à un lapin, soit à un cobaye neutres, amène leur mort dans un temps sensiblement égal. Au bout de cinq transmissions, on n'a pas constaté d'atténuation appréciable. L'influence des produits fabriqués par ce bacille tuberculeux donnera peut-être une explication satisfaisante de la généralisation lente des tuberculoses locales, des poussées, de l'hérédité, etc.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 30 JUILLET 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MAURICE PERRIN.

M. le docteur *Scnut*, médecin-major de 1re classe au 19e d'artillerie, envoie un mémoire manuscrit sur *la fièvre typhoïde dans la garnison de Nîmes en* 1884-1888.

M. *G. Martin* envoie un ouvrage sur *les prothèses immédiates et les restaurations de la face.*

M. le docteur *Costomiris* se porte candidat au titre de correspondant étranger dans la division de médecine.

M. *Larrey* présente : 1° au nom de M. le docteur *Sirus-Pirondi* (de Marseille), des notes sur *la naupathie et son traitement;* 2° de la part de M. le docteur *Dumer*, une thèse sur *le mécanisme des articulations radio-cubitales;* 3° *la statistique médicale du dispensaire Furtado-Heine pour* 1888.

M. *G. Lagneau* dépose, de la part de M. le docteur *Coustou*, médecin-major de 1re classe, l'article PRÉMATURATION, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, et il fait hommage de son *Rapport sur les maladies épidémiques observées en* 1887 *dans la Seine*.

M. *Vidal* présente une leçon de M. *H. Leloir* sur *les dermato-neuroses indicatrices* et offre un mémoire sur *le molluscum contagiosum de Bateman.*

M. *Tarnier* dépose une thèse de M. le docteur *Schuhl* sur *les grossesses extra-utérines anciennes dans leurs rapports avec les grossesses utérines subséquentes.*

ÉLECTIONS. — Par 35 voix sur 40 votants, M. *Rommelaere* (de Bruxelles) est élu correspondant étranger dans la division de médecine. M. *Sydney-Ringer* est également élu correspondant étranger dans la même division, par 24 voix sur 39 votants.

SACCHARINE. — Comme suite aux recherches qu'il a communiquées l'année dernière, M. *Constantin Paul* signale les résultats qu'il a obtenus en joignant à la saccharine une égale proportion de bicarbonate de soude; avec ce mélange on n'a plus à craindre le moindre retard dans la digestion, ni les maux d'estomac, dont se sont plaints certains diabétiques; le saccharinate de soude peut être donné jusqu'à 5 grammes. D'autre part, lorsqu'on veut obtenir l'action antiseptique la plus énergique, il faut employer la saccharine pure en poudre. Toutefois, lorsqu'il s'agit du microbe de la putréfaction et de celui de la suppuration, la proportion de deux parties de bicarbonate de soude pour trois de saccharine rend celle-ci très soluble et permet d'arrêter le développement non seulement de ces deux microbes, mais de tous les microbes si nombreux qui vivent dans la bouche et jouissent de la propriété de fluidifier la gélatine. La saccharine rendue soluble dans ces proportions constitue un dentifrice précieux.

HYPNOTISME. — M. *Mesnet* rapporte une opération de kolporrhaphie pratiquée pour une cystocèle vaginale simple, pratiquée pendant le sommeil hypnotique chez une jeune femme de vingt-cinq ans. L'opération dura environ vingt minutes pendant laquelle la malade ne ressentit aucune douleur. Malgré sa volonté (par crainte de souffrir, elle voulait être chloroformée), elle fut endormie par la fixation du regard, dans la salle, près de son lit. Elle vint ensuite elle-même de la salle à l'amphithéâtre, suivant M. Mesnet, pas à pas, réglant sa marche sur la sienne, lente ou précipitée. Sur l'invitation qui lui en fut faite, elle se déshabilla, se plaça sur le lit d'opération, dans la position dorsale, les jambes relevées. M. Tillaux pratiqua l'opération; il enleva avec le bistouri, moyennant une dissection lente et délicate, une large surface rectangulaire de muqueuse vaginale, d'une étendue de 7 centimètres sur 4 environ de largeur, et rapprocha par des points de suture les bords de la surface avivée; des tampons de gaze iodoformée furent placés dans le vagin comme pansement.

Pendant ce temps la malade ne fit pas le moindre mouvement; agacée au début, elle devint de plus en plus calme, parlant de choses indifférentes, et s'inquiétant surtout du moment de l'opération qu'elle attendait, en rappelant qu'elle voulait être chloroformée. L'opération terminée, elle avait sa chemise tachée de quelques gouttes de sang; sur l'affirmation de M. Mesnet, qu'elle était seule avec lui dans la pièce, qu'il fallait qu'elle se déshabillât pour changer de linge, elle se laissa faire et s'habilla de nouveau devant cent personnes ayant les yeux sur elle. Elle fut ensuite placée sur un brancard et rapportée dans son lit; là on lui suggéra qu'elle passerait une excellente journée et qu'elle ne sentirait rien; à son réveil, elle demanda à M. Tillaux quand il devait l'opérer et son étonnement fut indescriptible lorsqu'on lui annonça que l'opération était faite; elle n'avait rien senti, elle ne sentait rien, son souvenir s'était arrêté au moment où elle a été endormie. Pendant l'opération, elle avait perdu très peu de sang, mais dans la journée, une heure et demie après, elle fut prise d'une hémorrhagie abondante qui nécessita un tamponnement; c'est seulement en voyant le sang qu'elle crut véritablement à l'opération faite. Aujourd'hui, la malade est guérie et rentrée dans sa famille sans avoir souffert un instant de l'opération importante qu'elle a subie.

Au récit de cette opération, M. Mesnet ajoute quelques considérations sur l'état psycho-sensoriel de cette malade. Il fait observer tout d'abord que la facilité avec laquelle elle s'endort est extrême ; la transition de l'état de veille au sommeil hypnotique est presque instantanée et n'a d'autre signe apparent qu'un léger mouvement de secousse de tout le corps, une respiration profonde, anhéleuse, qui se produit au moment où ses paupières se ferment sur ses yeux convulsés en dehors, où ses sensibilités s'éteignent sur toute la surface du corps et des muqueuses. La sensibilité du tact persiste seule.

Ce remarquable exemple de dissociation des sensibilités, avec abolition de telle d'entre elles et conservation de telle autre, n'est d'ailleurs pas un fait isolé ; M. Mesnet rappelle qu'il l'a observé depuis longtemps un grand nombre de fois. Aussi, analysant le rôle réciproque de l'expérimentateur et de l'opérateur vis-à-vis de l'opéré et relevant les

critiques de détail adressées en pareil cas, il conclut que l'hypnotisme exerce véritablement sur certains sujets une action perturbatrice du système nerveux qui suspend momentanément leurs sensibilités superficielles et profondes, au point qu'une longue et grave opération sanglante peut être pratiquée sur eux, sans éveiller de douleur, sans qu'ils en aient connaissance :

Tuberculose. — Lecture est faite par M. *Villemin* des instructions ci-après rédigées par la Commission permanente de l'Œuvre de la tuberculose. Il est décidé, à la demande de M. *Dujardin-Beaumetz*, que la discussion en sera fixée à mardi prochain. M. *Verneuil* prie l'Académie d'en hâter l'approbation, tant il importe que le public puisse bientôt en prendre connaissance.

I. La tuberculose est de toutes les maladies celle qui fait le plus de victimes dans les villes, et même dans certaines campagnes.

En 1884, année prise au hasard comme exemple, sur 56 970 Parisiens décédés, environ 15 000 — soit plus du quart — sont morts de tuberculose.

Si les tuberculeux sont si nombreux, c'est que la phthisie pulmonaire n'est pas la seule manifestation de la tuberculose, comme on le croit à tort dans le public.

Les médecins considèrent à bon droit, comme tuberculeuses, bien d'autres maladies que la phthisie pulmonaire. En effet, nombre de bronchites, de rhumes, de pleurésies, de gourmes, de scrofules, de méningites, de péritonites, de tumeurs blanches, osseuses et articulaires, d'abcès froids, sont des maladies tuberculeuses, aussi redoutables que la phthisie pulmonaire.

II. La tuberculose est une maladie parasitaire, virulente, contagieuse, transmissible, causée par un microbe — *le bacille de Koch*. Ce microbe pénètre dans l'organisme par le canal digestif avec les aliments, par les voies aériennes avec l'air inspiré, par la peau et les muqueuses, à la suite d'écorchures, de piqûres, de blessures et d'ulcérations diverses. Certaines maladies : rougeole, variole, bronchite chronique, pneumonie ; certains états constitutionnels provenant du diabète, de l'alcoolisme, de la syphilis, etc., prédisposent considérablement à contracter la tuberculose. La cause de la tuberculose étant connue, les précautions prises pour se défendre contre ses germes sont capables d'empêcher sa propagation. Nous avons un exemple encourageant dans les résultats obtenus pour la fièvre typhoïde, dont les épidémies diminuent dans toutes les villes où l'on sait prendre les mesures nécessaires pour empêcher le germe typhoïdique de se mêler aux eaux potables.

III. Le parasite de la tuberculose peut se rencontrer dans le lait, les muscles, le sang des animaux qui servent à l'alimentation de l'homme (bœuf, vache surtout, lapin, volailles). La viande crue, la viande peu cuite, le sang pouvant contenir le germe vivant de la tuberculose, doivent être prohibés. Le lait, pour les mêmes raisons, ne doit être consommé que bouilli.

IV. Par suite des dangers provenant du lait, la protection des jeunes enfants, frappés si facilement par la tuberculose sous toutes ses formes (puisqu'il meurt annuellement à Paris plus de 2000 tuberculeux âgés de moins de deux ans), doit attirer spécialement l'attention des mères et des nourrices. L'allaitement par la femme saine est l'idéal. La mère tuberculeuse ne doit pas nourrir son enfant ; elle doit le confier à une nourrice saine, vivant à la campagne, où, avec les meilleures conditions hygiéniques, les risques de contagion tuberculeuse sont beaucoup moindres que dans les villes. L'enfant ainsi élevé aura de grandes chances d'échapper à la tuberculose. Si l'allaitement au sein est impossible, et qu'on le remplace par l'allaitement artificiel, le lait de vache, donné au biberon, au petit pot ou à la cuiller, doit toujours être bouilli. Le lait d'ânesse et de chèvre offre infiniment moins de danger à être donné non bouilli.

V. Par suite des dangers provenant de la viande des animaux de boucherie, qui peuvent conserver toutes les apparences de la santé alors qu'ils sont tuberculeux, le public a tout intérêt à s'assurer que l'inspection des viandes, exigée par la loi, est convenablement et partout exercée. Le seul moyen absolument sûr d'éviter les dangers de la viande qui provient d'animaux tuberculeux est de la soumettre à une cuisson suffisante pour atteindre sa profondeur aussi bien que sa surface : les viandes complètement rôties, ou bouillies et braisées sont seules sans danger.

VI. D'autre part, le germe de la tuberculose pouvant se transmettre de l'homme tuberculeux à l'homme sain, par les crachats, le pus, les mucosités desséchés et tous les objets chargés de poussières tuberculeuses, il faut, pour se garantir contre la transmission de la tuberculose : 1° savoir que, les crachats des phthisiques étant les agents les plus redoutables de transmission de la tuberculose, il y a danger pour le public à les répandre sur le sol, les tapis, les tentures, les rideaux, les serviettes, les mouchoirs, les draps et les couvertures ; 2° être bien convaincu, en conséquence, que l'usage des crachoirs doit s'imposer partout et pour tous. Les crachoirs doivent toujours être vidés dans le feu et nettoyés à l'eau bouillante ; jamais ils ne doivent être vidés ni sur les fumiers, ni dans les jardins, où ils peuvent tuberculiser les volailles, ni dans les latrines ; 3° ne pas coucher dans le lit d'un tuberculeux ; habiter le moins possible sa chambre, mais surtout ne pas y coucher les jeunes enfants ; 4° éloigner des locaux habités par les phthisiques les individus prédisposés à contracter la tuberculose : sujets nés de parents tuberculeux, ou ayant eu la rougeole, la variole, la pneumonie, des bronchites répétées, ou atteints de diabète, etc. ; 5° ne se servir des objets qu'a pu contaminer le phthisique (linge, literie, vêtements, objets de toilette, tentures, meubles, jouets) qu'après désinfection préalable (étuve sous pression, ébullition, vapeurs soufrées, peinture à la chaux) ; 6° obtenir que les chambres d'hôtels, maisons garnies, chalets ou villas occupées par les phthisiques dans les villes d'eaux ou les stations hivernales, soient meublées et tapissées de telle manière que la désinfection y soit facilement et complètement réalisée après le départ de chaque malade ; le mieux serait que ces chambres n'eussent ni rideaux, ni tapis, ni tentures ; qu'elles fussent peintes à la chaux et que le parquet fût recouvert de linoléum. Le public est le premier intéressé à préférer les hôtels dans lesquels pareilles précautions hygiéniques et pareilles mesures de désinfection si indispensables sont observées.

Grossesse quadri-gémellaire. — M. *Tarnier* présente quatre petites filles jumelles, nées à terme le 11 mai dernier. La mère, bien portante, a eu un grand-père jumeau et sa mère était également jumelle. Elle a déjà mis au monde une fois deux jumeaux et une autre fois un seul enfant.

Chloroformisation. — M. *Michon* communique des expériences déjà vieilles de vingt-cinq ans, qu'il a faites au laboratoire de Claude Bernard et qu'il vient de répéter. Elles consistent à projeter brusquement un jet d'eau froide sur la région cervicale en cas d'asphyxie pendant la chloroformisation. Ce moyen a réussi nombre de fois sur des chiens et des lapins ; peut-être serait-il applicable à l'homme dans les accidents dus au chloroforme. (Renvoi à une Commission composée de MM. *Léon Labbé* et *Budin*.)

Chirurgie abdominale. — M. le docteur *Chaput* lit d'abord une observation intitulée : *Entéro-colostomie iliaque par le procédé de la pince, pour un rétrécissement étendu du côlon descendant. Guérison.*

Il s'agit d'un homme de cinquante-trois ans, opéré d'abord

à l'Hôtel-Dieu le 27 septembre 1888, par M. Chaput, qui lui fit l'entérotomie sur le cæcum, pour des phénomènes graves d'occlusion intestinale. Les jours suivants, le malade rendit une quantité énorme de noyaux de cerises mangées deux mois auparavant. Cette constatation permit de penser à la cure de l'anus contre nature. Le 27 octobre de la même année, M. Chaput se proposait de fermer l'orifice intestinal, quand on lui apprit que ni purgatifs ni lavements n'avaient pu amener d'évacuations. Une sonde œsophagienne introduite séance tenante fut arrêtée à la partie supérieure du rectum. L'opération projetée étant contre-indiquée, le chirurgien fit séance tenante la laparotomie dans le flanc gauche, pour aller à la recherche de l'obstacle. Il trouva un S iliaque de volume normal; mais, au-dessus, le côlon descendant était très rétréci; il avait le volume du petit doigt, et le rétrécissement remontait jusqu'à 20 ou 25 centimètres. Devant l'étendue des lésions, l'opération resta exploratrice, et la guérison se fit en quelques jours.

Cinq mois après, le 21 mars 1889, M. Chaput exécuta de la façon suivante l'entéro-colostomie iliaque gauche, pour dériver le cours des matières :

Une incision médiane de 10 à 12 centimètres fut faite au-dessus du pubis; après ouverture du péritoine, on alla chercher l'S iliaque, qui fut fixé avec un fil et amené dans la plaie. L'opérateur alla ensuite à la recherche du cæcum, y trouva la fin do l'intestin, et, remontant légèrement, amena dans la plaie la dernière anse de l'iléon, environ à 30 ou 40 centimètres de sa terminaison. Une suture continue accola les deux intestins l'un à l'autre sur une hauteur de 10 centimètres. L'intestin grêle fut ensuite fixé à la lèvre droite de la plaie et l'S iliaque à la lèvre gauche. Deux incisions ouvrirent l'un et l'autre intestin. Le 27 mars, M. Chaput introduisait par les deux orifices les deux mors d'une longue pince à pédicule, qui fut fortement serrée.

Au bout de quelques jours, la pince étant tombée, la communication se trouvait établie entre les deux viscères, mais les matières sortaient toutes par la plaie médiane. Deux tentatives de réparation, faites l'une le 6 avril, l'autre le 19 mai, amenèrent des selles régulières par l'anus normal. Actuellement, le malade peut être considéré comme guéri, bien qu'il persiste une petite fistule du volume d'une tête d'épingle sur la ligne médiane. Cet orifice se fermera de lui-même ou très facilement par une petite opération complémentaire.

Pour ce qui est de l'*entérorrhaphie longitudinale*, il s'agit d'expériences sur les chiens, au sujet desquelles l'auteur veut seulement établir sa priorité. Voici en quelques mots son procédé opératoire : Si l'on suppose exécutée une résection de l'intestin, les deux bouts à réunir sont sectionnés longitudinalement sur une longueur de 12 à 15 centimètres. On réunit alors par une section continue les lèvres correspondantes des deux incisions, de façon à faire communiquer largement les deux anses entre elles. Reste l'oblitération des orifices des deux canons de fusil. L'auteur l'obtient très simplement en abrasant la muqueuse avec une curette tranchante sur une étendue de 1 à 2 centimètres, et en suturant ensuite les surfaces ravivées. On termine l'opération en fixant par quelques sutures l'épiploon à la surface de l'anse opérée. Les avantages de cette méthode sont tels que l'auteur pense qu'elle se substituera à tous les autres procédés d'entérorrhaphie. Il fait remarquer qu'il s'agit en somme d'une combinaison de l'entéro-anastomose avec l'entérorrhaphie circulaire. Il préfère toutefois, comme plus simple, l'expression d'entérorrhaphie longitudinale. — (*Renvoi à l'examen d'une Commission composée de MM. Verneuil et Tillaux.*)

— L'ordre du jour de la séance du 6 août est fixé ainsi qu'il suit : 1° Discussion sur la prophylaxie de la tuberculose (inscrit : M. *Dujardin-Beaumetz*); 2° discussion sur l'anesthésie et le chloroforme (inscrits : MM. *Laborde*, *Chauveau*); 3° communications de MM. *G. Sée*, *Marc Sée* et *Semmola*.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 26 JUILLET 1889. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

Injections intra-pleurales antiseptiques : M. Juhel-Renoy. — Traitement des kystes hydatiques du foie : M. Juhel-Renoy (Discussion : MM. Chauffard, Debove, Sevestre). — Pleurésis métapneumoniques; ponctions et empyème : M. Sévestre (Discussion : MM. Du Cazal, Debove, Cadet de Gassicourt). — Du diabète conjugal : M. Debove (Discussion : MM. Rendu, E. Labbé, Gaucher, Dreyfous, Letulle, Gouraud).

A l'occasion du procès-verbal, M. *Juhel-Renoy* répond à M. Fernet que les pleurésies dans lesquelles il a pratiqué des injections de chlorure de zinc étaient tuberculeuses, partant infectieuses. En employant le chlorure de zinc, il désirait réaliser l'asepsie pleurale. Aujourd'hui, après avoir retiré l'épanchement presque complètement, il préfère pratiquer un lavage de la plèvre avec une solution de chlorure de zinc à 1 pour 100. Il a obtenu de très bons résultats, même dans un cas de pleurésie purulente; dans deux autres cas d'épanchement purulent il a complètement échoué.

— M. *Juhel-Renoy* donne lecture d'une note sur le *traitement des kystes hydatiques du foie*. (*Sera publié.*)

M. *Chauffard* a employé un traitement tout semblable, chez une jeune fille de dix-huit ans, pour un kyste hydatique du foie gros comme une orange. Afin d'éviter tout accident d'intoxication, il s'est servi de l'eau naphtolée à 1 pour 2000. La guérison, depuis trois mois, paraît être complète.

M. *Debove* croit cette méthode appelée à un grand avenir : qui ne préférerait, pour un kyste hydatique, supporter le lavage antiseptique plutôt que la laparotomie? D'ailleurs les chirurgiens ont eu tort, dans une récente discussion, d'affirmer que les kystes hydatiques opérés « médicalement » récidivent; le fait est inexact : il s'agit du développement d'un second kyste, voisin du premier. Le même fait s'observe aussi bien après la laparotomie.

M. *Juhel-Renoy* est entièrement de cet avis. Il reconnaît que la liqueur de Van Swieten peut occasionner quelques accidents; il connaît un fait dans lequel la malade a eu de la stomatite et une diarrhée intense à la suite de l'opération.

M. *Sevestre* pense qu'en faisant suivre le lavage au sublimé d'un autre lavage avec de l'eau stérilisée ou une solution anodine, on éviterait tout accident toxique.

— M. *Sevestre* lit un travail ayant pour titre : *Pleurésie purulente métapneumonique, ponctions, empyème, guérison*. (*Sera publié.*)

M. *Du Cazal* demande pourquoi on revient aux lavages pleuraux; M. Debove n'avait-il pas obtenu des succès par le simple pansement antiseptique à demeure?

M. *Sevestre* a cru devoir recourir aux lavages à cause de l'élévation de la température. Celle-ci a disparu après les lavages pleuraux.

M. *Debove* préfère un seul lavage aussitôt après la pleurotomie; mais l'élévation de la température indique la nécessité des lavages ultérieurs.

M. *Cadet de Gassicourt* rapporte une observation absolument inverse de celle de M. Sevestre. Il s'agit d'une pleurésie séro-purulente ponctionnée, dont l'épanchement ne renfermait que des streptocoques, constatés par M. Netter, et qui cependant, contre toute attente, guérit sans nécessiter l'opération de l'empyème.

— M. *Debove* signale la fréquence relative de ce qu'il appelle le « diabète conjugal »; le mari et la femme atteints tous deux de glycosurie, ou même atteints, l'un de diabète sucré, l'autre de diabète insipide. Faut-il incriminer une hygiène commune, les mêmes perturbations morales, ou le diabète serait-il contagieux?

MM. *Rendu*, *E. Labbé*, *Gaucher*, *Dreyfous*, *Letulle* et *Gouraud* ont observé un certain nombre de faits analogues; tantôt ils ont incriminé le régime alimentaire, tantôt les soucis communs, mais sans arriver à une notion étiologique précise du « diabète conjugal ».

— La séance est levée à cinq heures.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 24 JUILLET 1889.—PRÉSIDENCE DE M. LE DENTU.

Amputation intra-calcanéenne horizontale: M. Chaput (M. Chauvel, rapporteur). — Kyste hydatique de la rate: M. Tachard (M. Chauvel, rapporteur). — Kystes et fistules de la région sacro-coccygienne : M. Després (Discussion : MM. Terrillon, Kirmisson, Després, Schwartz). — Chloroformisation : M. Reynier (Discussion: MM. Championnière, Polaillon, Terrier).

M. *Chauvel* lit deux rapports : 1° M. *Chaput : De l'amputation intra-calcanéenne horizontale*. M. Chaput a eu à amputer le pied pour un mal perforant récidivé. Le procédé spécial qu'il décrit a pour but de remplacer la désarticulation dite de Chopart. Dans cette amputation, en effet, le triceps sural, conservé dans son intégrité, élève l'arrière-pied, en sorte que la cicatrice, théoriquement dorsale, s'abaisse, devient plantaire et s'ulcère. Dans le procédé de M. Chaput (un peu différent d'une opération analogue préconisée par M. Tripier), un des temps consiste précisément à sectionner le tendon d'Achille. M. Chauvel, il est vrai, fait quelques réserves, car il se demande d'abord si on n'exagère pas les méfaits du Chopart; et en second lieu, si l'opération de M. Chaput n'est pas un peu complexe. D'autre part, avant d'affirmer l'excellence du résultat définitif, il faut attendre encore un peu.

2° M. *Tachard* : Observation de *kyste hydatique de la rate*, recueillie à Médéah en 1883. Le diagnostic fut fait sur cette tumeur lisse, fluctuante, indolente, frémissante, touchant directement la paroi abdominale, suivant les mouvements du diaphragme, ne s'accompagnant d'aucun trouble urinaire. Une ponction fut faite et, le sixième jour, le malade, homme de quarante ans, était mort de pneumonie. Mais l'autopsie prouva qu'il n'y avait pas trace d'inflammation, tant dans le kyste que dans le péritoine. M. Tachard (et avec lui M. Chauvel) croit donc à une malheureuse coïncidence. Il pense que, dans ces kystes, la ponction doit être tentée une fois. Si elle échoue, la splénectomie étant une o on grave, le mieux est de faire l'incision large, avec de la poche à la paroi.

M. *Després* fait une communication sur les *kystes et tules dermoïdes de la région sacro-coccygienne*. Il rappelle d'abord les observations publiées à la Société anatomique par Ballet, Terrillon; à la Société de chirurgie par Lannelongue, par Terrillon, par lui-même. Souvent il existe en cette région une petite dépression, reste sans doute de la gouttière dorsale. Cette dépression est parfois profonde : un degré de plus et c'est d'un kyste dermoïde qu'il s'agit. Puis ce kyste peut suppurer et se transformer secondairement en fistule. M. Després en relate deux cas, sur des filles de dix-huit et de dix-neuf ans. Tous deux ont guéri par la dilatation du trajet et la cautérisation énergique de la poche. Ces abcès à répétition, ces fistules rebelles sont souvent confondues avec des suppurations d'origine osseuse. Le diagnostic se fait par l'exploration au stylet et par le siège rigoureusement médian de l'orifice.

M. *Terrillon* a entretenu la Société, en 1882, des fistules congénitales. Il ajoute qu'elles peuvent suppurer sans avoir jamais été à l'état de kyste, tout comme un amas de smegma au fond de l'ombilic devient parfois la cause de fistules ombilicales. Ces vices de développement sont très fréquents, surtout chez la femme.

M. *Kirmisson* a fait cette année un rapport sur une observation analogue de M. Masse (de Bordeaux).

M. *Routier* rappelle qu'il a communiqué à la Société un fait semblable sur une fille de quinze ans chez qui la fistule, consécutive à un coup, avait été attribuée à une carie du sacrum. Le trajet, excisé, était de nature dermoïde.

Tous les orateurs précédents insistent sur la plus grande fréquence chez la femme. M. *Schwartz*, toutefois, a recueilli trois observations, toutes trois sur des hommes.

— M. *Reynier* fait une communication sur les *dangers de la chloroformisation*. Il se rallie presque à la formule de Sédillot : le chloroforme pur, bien administré, ne tue jamais. Mais la pureté est rarement parfaite et l'on n'a presque jamais du chloroforme chimiquement pur : quelques heures d'exposition à l'air et à la lumière suffisent pour l'altérer. Il faut donc employer du chloroforme qu'on aura recommandé de rectifier la veille. On évite ainsi les accidents du début, dus aux réflexes qu'engendrent les impuretés en irritant les voies respiratoires. La susceptibilité classique des chiens vient peut-être simplement de ce que, dans les laboratoires de physiologie, le chloroforme est toujours conservé sans précaution. Il faut encore attendre avant de se prononcer sur la valeur anesthésique du mélange, plus stable, de chloroforme et d'alcool.

M. *Championnière* insiste sur la nécessité d'employer un chloroforme pur. Dans son service, il n'emploie depuis quelque temps que du chloroforme rectifié la veille par le pharmacien, et il a observé un changement à vue dans les allures des chloroformisations. De longs entretiens avec M. Regnauld il a conclu que le seul procédé pour avoir du chloroforme pur était de le faire nettoyer au fur et à mesure des besoins. Avec cette précaution, on a en France du chloroforme aussi bon que les chloroformes étrangers. Il est certain que la pureté est aussi un grand facteur d'efficacité. C'est probablement pour cela que l'anesthésie obstétricale a été si souvent combattue. Le chloroforme vulgaire ne donne pas cette anesthésie superficielle, et Campbell ne réussissait que parce qu'il refusait d'agir avec tout autre chloroforme que celui de Duncan (d'Edimbourg).

M. *Terrier* emploie volontiers, en ville, le chloroforme de Duncan. A l'hôpital, la seule solution pratique est la rectification au jour le jour : puisqu'il y a des pharmaciens en chef, ils pourront peut-être servir à cela.

M. *Polaillon* rappelle sa récente communication à l'Académie. Il recommande le mélange de Regnauld, le chloroforme additionné d'alcool méthylique.

M. *Championnière* fait observer que le débat n'est pas engagé sur ce point. Cette addition n'a pas seulement pour but d'assurer la pureté du produit et la question devient dès lors très complexe.

A. Broca.

REVUE DES JOURNAUX

Travaux à consulter.

Du calomel comme diurétique, par M. Sterling Carriger. — Cette note est une revendication en faveur de B. Wood qui en 1849 publiait dans *The Practice* des observations d'hydropisie guéries par le calomel. Il constatait que les mercuriaux sont de puissants hydragogues, soit administrés isolément, soit associés à la scille, et qu'ils ont le pouvoir d'augmenter la diurèse, la diaphorèse et les sécrétions intestinales. En 1883, M. Smith, dans ses leçons à l'hôpital Bellevue, recommandait aussi le calomel à la dose d'un sixième de grain, répétée trois ou quatre fois par jour, dans les hydropisies de la maladie de Bright et quand les autres diurétiques étaient en défaut. — (Ces revendications en faveur de la médecine américaine démontrent que la découverte attribuée à M. Jendrasik n'en est pas une, mais ne rendent pas justice aux tentatives plus anciennes de Stokes). — (*The N.-Y. med. Journal*, 2 février 1889.)

Des indications des lavements et des suppositoires a la glycérine, par M. A. Polubinsky. — Ce mémoire a été écrit d'après les essais entrepris à la clinique de M. Manassein (de Saint-Pétersbourg) sur cinquante malades, quarante-cinq hommes et cinq femmes, et au moyen de suppositoires contenant 2 grammes de glycérine ou de lavements contenant 2, 3 ou 4 grammes de cette substance. M. Polübinsky a de plus consulté la littérature et termine par ces conclusions :

1° Les meilleurs résultats ont été obtenus dans les cas d'accumulations fécales dans le rectum ; toutefois, la glycérine a encore été utile quand la stagnation siégeait plus haut, dans les typhlites ou le catarrhe intestinal ; 2° les lavements et les suppositoires glycérinés sont indiqués dans l'atonie rectale, la constipation habituelle, contre lesquelles ils remplacent le massage et l'électricité ; 3° on peut parfois en retirer des avantages dans les cas de compression de l'intestin par une tumeur, dans la grossesse, au cours des affections utérines ou bien quand l'obstacle vient de la consistance trop grande des fèces. C'est alors que les suppositoires doivent être préférés aux lavements, tandis que dans les autres formes de constipation, ceux-ci possèdent une efficacité supérieure à ceux-là. (*Vratch*, 1889, n°s 1, 2 et 3.)

Du traitement de la diphthérie par le jus de citron, par M. Hennig. — Cet observateur conseille le jus de citron comme un spécifique de la diphthérie et dans son engouement compare son efficacité à celle de l'acide salicylique contre le rhumatisme et de la quinine contre la malaria. C'est, écrit-il, un antiputride, un coagulant et un dissolvant de l'albumine. Il l'emploie donc en gargarismes répétés toues les deux heures et combine son usage avec celui de la glace à l'intérieur. Puis, il va plus loin et le conseille encore comme moyen prophylactique quand il existe des cas de diphthérie dans une famille ou une habitation. (*Berl. klin. Woch.*, 1889, n° 8.)

Du traitement de l'herpès tonsurant, par M. J. Harrisson. — Cette médication consiste à amollir les follicules pileux et la gaine des cheveux dans lesquels le trichophyton a son habitat et à faciliter aussi l'accès de l'agent parasitaire jusqu'à lui. Dans ce but on emploie des liqueurs alcalines. M. Harrisson préfère préparer une pommade contenant 3 grammes d'acide phénique pour un mélange à parties égales de 50 grammes de lanoline et de noix de coco et il additionne cette pommade avec 1 gramme de potasse caustique. Chaque jour, le matin et le soir, il pratique un pansement avec la grosseur d'un pois de cette pommade, il exige de plus que les cheveux soient tenus courts et obtient, écrit-il, la guérison dans l'espace maximum de deux à trois mois. (*Brit. med. Journal*, 2 mars 1889.)

Du phénol dans la fièvre typhoïde, par MM. Gramshaw et F. Pope. — Le 22 juin 1888, M. Gramshaw faisait l'éloge du traitement de la fièvre typhoïde par la méthode de Rothe (*Deut. med. Woch.*, 1888). Il preservait avec succès, écrivait-il, toutes les quatre heures l'ingestion d'une dose de 1 gramme de phénol et 1 gramme et demi de teinture d'iode à l'intérieur dans le but de diminuer l'hyperthermie et de favoriser la cicatrisation des ulcérations intestinales. Il aurait obtenu, par cette médication, les résultats les plus constants et les plus durables. (*The Lancet*, juin 1888.)

M. Frenk Pope a voulu vérifier ces assertions. Dans vingt-deux cas, il a aussi prescrit le mélange de phénol et de teinture d'iode. L'urine n'a été ni diminuée ni altérée ; la température s'abaissait. Le séjour à l'hôpital dura quarante-huit jours. Enfin, les selles n'étaient pas désinfectées. M. Pope conclut donc que l'association de ces doux médicaments ne modifie ni la marche de la maladie, ni son pronostic. (*The Lancet*, 13 avril 1889.)

De la cocaïne contre le mal de mer, par M. John J. Sellwood. — C'est sur une série de vingt cas que l'auteur motive ses remarques. Il conseille de faire ingérer un quart de grain d'hydrochlorate de cocaïne toutes les heures, de commencer le traitement dès l'apparition du collapsus et de le continuer pendant douze heures, mais en ayant soin de diminuer la dose de moitié. Enfin, la cocaïne peut devenir, paraît-il, un moyen de prévenir le mal de mer. A cet effet, M. Sellwood la prescrit à la dose d'un huitième de grain répétée trois fois par jour pendant une semaine avant l'embarquement. Préventif ou palliatif, ce traitement, ajoute-t-il, procure toujours, sinon la guérison des accidents, du moins un notable soulagement. (*The therap. Gaz.*, janvier 1889, p. 15.)

Des injections de phénate de camphre dans la phthisie, par M. Shingleton Smith. — Ce traitement a été mis à l'essai sur deux malades. Il consistait d'abord dans l'injection souscutanée de dix, quinze à vingt gouttes d'une solution saturée de camphre dans l'acide phénique. En outre on pratiqua des injections intra-parenchymateuses, avec la même solution aux sommets du poumon et sans provoquer aucune irritation.

Plus de cinquante injections furent pratiquées dans l'espace de dix semaines sur l'un des malades. Chez l'autre, on employa en trente-cinq jours, 245 gouttes du médicament, dont 60 furent injectées dans le tissu pulmonaire. Après chaque injection on observait une augmentation légère de la température, mais sans apparence d'irritation locale. (*Birmingham med. Review*, février 1889, p. 1103, n° 126.)

BIBLIOGRAPHIE

Affections chirurgicales des reins, des uretères et des capsules surrénales, par M. A. Le Dentu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, membre de la Société de chirurgie. — Paris, G. Masson, 1889.

On raconte qu'il n'y a pas bien longtemps encore un médecin anglais commençait un cours sur les maladies des reins en félicitant l'espèce humaine de ce que cet organe était, Dieu merci, à l'abri de toutes les tentatives des chirurgiens. Sans doute, on avait déjà fait des essais opératoires ; mais leurs résultats déplorables les avaient vite fait condamner. Il n'en va plus de même aujourd'hui et, pour une bonne part, les affections rénales ressortissent légitimement au chirurgien.

Les faits qui ont été l'origine de cette révolution sont de date récente, et M. Le Dentu est un de ceux qui, en France, se sont le plus occupés d'eux, depuis plusieurs années. Le livre qui est offert aujourd'hui au public médical est donc une œuvre mûrie, fondée sur des observations personnelles importantes. Mais M. Le Dentu n'a pas cru devoir se borner à une étude rapide, à propos de ces observations. Il a

pensé que le moment était venu de faire succéder la synthèse à l'analyse; d'exposer en un traité didactique tout ce qui concerne la chirurgie des reins, des uretères et des capsules surrénales. Car un petit appendice concerne ces glandes vasculaires sanguines, dont les fonctions sont encore si obscures. Mais nous n'insisterons pas sur « ce tribut payé à la vieille tradition qui fait de ces organes des annexes anatomiques des reins ». Le chirurgien doit seulement retenir que dans ces glandes peuvent se former des tumeurs solides ou liquides capables d'induire le diagnostic en erreur.

Les ouvrages consacrés jusqu'à présent à la chirurgie du rein — il en existe déjà quelques-uns, en Angleterre surtout — sont avant tout des traités de médecine opératoire appliquée, de thérapeutique chirurgicale. La partie purement pathologique y est écourtée, parce que l'auteur pense que cette étude théorique regarde surtout la pathologie interne. Le chirurgien doit, dès lors, étudier d'abord dans les traités dus aux médecins; puis il acquerra dans les ouvrages dus aux chirurgiens les notions pratiques de diagnostic et d'intervention opératoire.

Tout autre est le plan de M. Le Dentu. Ici, l'auteur n'hésite pas à empiéter sur le domaine souvent attribué en propre à la médecine, et il est incontestable que le lecteur en tirera tout profit. Les considérations que M. Le Dentu fait valoir pour expliquer sa conduite, sont difficilement réfutables. « Outre que certains sujets, tels que les traumatismes des reins, sont du domaine de la chirurgie pure, il n'est pas possible qu'un chirurgien voie les choses du même point de vue qu'un médecin. Il n'est pas possible que l'homme qui connaît l'efficacité de l'intervention dans certaines circonstances, et dont le principal souci doit être d'en préciser nettement les indications, ne mette pas dans ces descriptions quelque chose de cette préoccupation spéciale. »

Cette argumentation est excellente, et chacun reconnaîtra, par exemple, que les chapitres consacrés par M. Le Dentu à l'hydronéphrose, à la pyélite, à la lithiase rénale, ne ressemblent pas à ceux qui sont dus à la plume de Rayer, de Lécorché, de Lancereaux. Ainsi, dans ces affections inflammatoires du bassinet et des reins, les adhérences dues à la périnéphrite chronique ne sauraient être regardées du même œil par le médecin et par le chirurgien. Pour le premier, elles sont un épiphénomène sans importance, et quelques lignes suffisent à leur description. Pour le second, au contraire, elles ont un grand intérêt : ce phlegmon chronique, ces indurations ne sont-ils pas une des causes qui rendent souvent dans ces conditions la néphrectomie difficile, qui dès lors doivent peser dans la balance quand on hésite entre la néphrectomie et la néphrotomie?

Les considérations de ce genre surgissent à chaque pas : on conçoit qu'il nous soit impossible de les faire valoir toutes. C'est précisément à cela qu'est consacré le volume de M. Le Dentu : nous nous bornerons, pour terminer cette analyse, à jeter un rapide coup d'œil sur les différents chapitres qui le constituent.

Les *lésions traumatiques* font l'objet du chapitre Ier. Elles sont réparties en trois sections : les plaies par instruments piquants, tranchants et contondants; les plaies par armes à feu; les ruptures sous-cutanées. Ce sujet est d'ailleurs de ceux que le chirurgien a toujours étudiés : il est vrai que les indications exactes à la néphrotomie et à la néphrectomie ne sont pas connues depuis bien longtemps.

Dans le *phlegmon périnéphrique*, les règles de l'intervention n'ont pas été rénovées dans ces dernières années. Il n'en est plus de même pour la *lithiase*, les *pyélites*, l'*hydronéphrose*. Là, M. Le Dentu prend nettement parti, en principe, pour la néphrotomie contre la néphrectomie. Le rein malade, en effet, n'est souvent pas tout à fait annihilé; il sécrète plus d'urine qu'on ne serait parfois tenté de le croire. Et l'on n'a pas le droit de supprimer cet émonctoire imparfait, mais réel, à un patient dont l'autre rein peut fort bien être altéré, être même absent. C'est là, en effet, que continue à être le point noir de la chirurgie rénale : on continue à rester trop souvent dans le doute sur l'état exact du rein non soumis à l'intervention.

Mais, si la coque rénale est apte à sécréter et si d'autre part l'uretère est oblitéré ou à peu près — ce qui est usuel — il en résulte que la néphrotomie sera bien souvent suivie de fistule. L'expérience a malheureusement confirmé ces craintes. Mais elle a prouvé, aussi, que si cette fistule en vient à nécessiter la néphrectomie, cette néphrectomie secondaire est moins grave que l'ablation immédiate du rein.

Pour le *rein mobile*, la chirurgie a aujourd'hui des procédés d'une efficacité certaine. Ici encore, la conservation doit être la règle, et les résultats fournis par la néphrorrhaphie sont tels que la néphrectomie doit être réservée à des cas exceptionnels. N'est-il pas arrivé, en effet, d'enlever un rein douloureux mais fonctionnant à peu près normalement à un sujet dont l'autre rein était anatomiquement ou physiologiquement absent? Point n'est besoin d'ajouter que la mort ne s'est point fait attendre.

Jusqu'à présent, nous avons donc vu que la néphrectomie est, en principe, reléguée au second plan. De même pour les tumeurs liquides. Mais elle seule convient aux *tumeurs solides* : il est juste d'ajouter qu'elle leur convient trop rarement; que la plupart des sujets sont inopérables, ou à peu près, quand ils viennent consulter le chirurgien; que les résultats immédiats et éloignés sont pour le moment bien défectueux.

L'étude des maladies chirurgicales du rein se termine par deux chapitres d'ordre purement pratique. L'un est relatif aux procédés d'exploration médiate et immédiate des reins; l'autre expose les procédés de médecine opératoire et leurs indications générales.

Le livre que nous venons d'analyser mérite de trouver place dans toutes les bibliothèques chirurgicales. Nous pourrions aussi en recommander la lecture à ceux des médecins — par bonheur de plus en plus rares — qui ne peuvent se résoudre à voir porter le bistouri sur des viscères qui pendant si longtemps n'ont été justiciables que de la seule thérapeutique interne. Le livre de M. Le Dentu est certes des plus démonstratifs, des plus aptes à combattre cette erreur. Nous ajouterons, pour terminer, que le lecteur arrivera sans fatigue au bout de ces pages écrites avec méthode et avec clarté.

A. Broca.

L'Œuvre de Davaine (charbon, septicémie, parasitisme, microbisme, anatomie, physiologie, anomalies, tératologie). 1 vol. de 860 pages avec 7 planches. — Paris, J.-B. Baillière.

Le docteur A. Davaine a eu la pieuse pensée de réunir en un volume les principaux mémoires publiés par l'illustre auteur des *Recherches sur la maladie du sang de rate* et du *Traité des entozoaires*. « Le nom de C.-J. Davaine, dit M. le professeur Laboulbène, dans la notice biographique qui se trouve reproduite en tête de ce livre, restera dans l'avenir attaché aux questions du parasitisme. » Ces questions primordiales, au point de vue de l'étiologie et de la prophylaxie des maladies infectieuses, il les a, en effet, étudiées sous toutes leurs faces. Longue est la série des mémoires qu'il a publiés pour affirmer, malgré les objections qu'on adressait alors à sa doctrine, le rôle capital des bactéridies dans la transmission des maladies charbonneuses, soit de l'animal à l'homme, soit entre les animaux.

Il faut les lire dans tous leurs détails, pour en bien saisir l'intérêt, pour bien comprendre, aujourd'hui que les travaux de notre immortel Pasteur ont fait la lumière sur toutes ces questions si complexes et si difficiles à résoudre, que Davaine a été un initiateur, qu'il avait bien vu, bien étudié tous les faits qu'il annonçait au monde savant.

On aura donc plaisir et profit à trouver réunis dans ce volume tous les mémoires sur le charbon et la septicémie, tous ceux qui ont trait au parasitisme animal et végétal, en particulier le savant article du *Dictionnaire encyclopédique*, écrit avec le professeur Laboulbène, qui fut le plus fidèle et le plus dévoué des collaborateurs de Davaine.

L. L.

VARIÉTÉS

Faculté de médecine de Paris. — A la suite du dernier concours, M. Clado a été nommé chef de clinique chirurgicale, et MM. Boissard et Tissier, chefs de clinique obstétricale.

Écoles de médecine. — Par décret, en date du 24 juillet 1889, les professeurs titulaires des écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie sont nommés par le ministre de l'instruction publique, après avis de la section permanente du Conseil supérieur de l'instruction publique.

Concours de clinicat. — Le concours du clinicat chirurgical s'est terminé par la nomination de M. Clado. Le concours du clinicat obstétrical s'est terminé par la nomination de MM. Boissard et Tissier.

Faculté de médecine de Nancy. — Sont maintenus pour l'année scolaire 1889-1890, dans les fonctions ci-après désignées, à la Faculté de médecine de Nancy:

MM. Vallois, chef des travaux du laboratoire d'hygiène; Pierrot, chef des travaux du laboratoire de thérapeutique; Bagnéris, chef des travaux du laboratoire de physique; Lambert, préparateur du laboratoire de physique, Chambelland, aide d'anatomie pathologique; Mouginet, aide d'histoire naturelle; Parisot (Paul), aide d'histologie (en remplacement de M. Friant).

MM. Senique (Alfred) et Adam (François-Joseph-Alexis) sont nommés, pour trois ans, chefs de clinique chirurgicale, en remplacement de MM. Etienne et Vautrin, dont le temps d'exercice est expiré.

École de médecine de Toulouse. — M. Bébard, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est institué, en outre, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite école.

Corps de santé de la marine. — A été nommé: *Au grade de médecin de deuxième classe*, M. Corolleur, docteur en médecine, médecin auxiliaire de 2e classe.

Congrès internationaux. — Jeudi 1er août, à dix heures. — Séance d'ouverture du *Congrès de thérapeutique*. Séances du 1er au 4 août, à l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente. A trois heures, séance plénière: a. *Des analgésiques antithermiques;* b. *Des toniques du cœur.*

Vendredi 2, à neuf heures. — Réunion des sections: communications diverses. A trois heures, séance plénière: *Antiseptique propre à chaque espèce de microbe pathogène.*

Samedi 3, à neuf heures. — Réunion des sections: communications diverses. A trois heures: a. *Des drogues nouvelles d'origine végétale ;* b. *Unification des mesures et des poids employés dans les formules;* c. *De l'utilité d'une pharmacopée internationale;* d. *Vote sur les vœux formulés.*

Dimanche 4, à trois heures. — Séance d'ouverture du *Congrès d'hygiène et de démographie*. Séances du 4 au 11 août, à l'École de médecine.

Lundi 5, à neuf heures du matin. — Séance d'ouverture du *Congrès de dermatologie et de syphiligraphie.* Séance du 5 au 10 août, au musée de l'hôpital Saint-Louis, rue Bichat.

Lundi 5, à trois heures. — Séance d'ouverture du *Congrès de médecine mentale.* Séances du 5 au 10 août, au Collège de France.

Mardi 6, à deux heures. — Séance d'ouverture du *Congrès de psychologie physiologique.* Séances du 6 au 10 août, à la Faculté de médecine (amphithéâtre du laboratoire de physiologie).

Congrès français de chirurgie (4e session, Paris, 1889). — La quatrième session du Congrès français de chirurgie se tiendra du 14 au 20 octobre 1889, à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine, sous la présidence de M. le baron Larrey. Séance d'ouverture lundi 14 octobre, à deux heures.

Questions à l'ordre du jour (voy. l'article III du règlement): les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour du Congrès:

1° Résultats immédiats et éloignés des opérations pratiquées pour les tuberculoses locales;
2° Traitement chirurgical de la péritonite;
3° Traitement des anévrysmes des membres.

Congrès de Berlin. — Nous recevons la communication suivante:

« Les soussignés ont l'honneur de porter à votre connaissance que conformément à la délibération prise, lors de la dernière session à Washington, dans la séance du 9 septembre 1887, le *dixième Congrès médical international* aura lieu à *Berlin*.

« Le Congrès sera ouvert le 4 et sera clos le 9 août 1890.

« Des communications détaillées, par rapport au programme, suivront sans délai ce premier avis, aussitôt que l'assemblée des délégués des Facultés de médecine et des Sociétés médicales allemandes, convoquée au 17 septembre à Heidelberg, aura pris une décision définitive à ce sujet.

« En attendant, nous venons recourir à votre obligeance, en priant de bien vouloir faire connaître dans vos cercles scientifiques le contenu de ce qui précède, et de leur transmettre en même temps une invitation courtoise de notre part.

« Von Bergmann, Virchow, Waldeyer. »

Société française de dermatologie et de syphiligraphie. — Il vient de se fonder une *Société française de dermatologie et de syphiligraphie* qui se réunira deux fois par an.

Elle a nommé présidents d'honneur, MM. Ricord et Diday; président, M. Hardy ; vice-présidents, MM. Ernest Besnier et Alfred Fournier ; secrétaire général, M. E. Vidal; secrétaires annuels, MM. Barthélemy, Feulard, Thibierge et Verchère; trésorier, M. Du Castel.

Dans une réunion qui aura lieu le jeudi 8 août, à huit heures et demie du soir, il sera procédé à l'élection d'un troisième vice-président et de deux secrétaires choisis parmi les membres de la Société résidant dans les départements et on fixera la date des sessions semestrielles, qui dureront chacune trois jours.

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 9 août). — *Ordre du jour :* M. Gaucher : Nouvelles observations sur le traitement de la diphthérie. — M. Debove: Note sur l'alimentation.

A partir du 9 août, la Société entrera en vacances, pour reprendre le cours de ses séances le vendredi 11 octobre.

Mortalité a Paris (29e semaine, du 14 au 20 juillet 1889. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 26. — Variole, 3. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 17. — Diphthérie, croup, 25. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 188. — Autres tuberculoses, 19. — Tumeurs: cancéreuses, 47; autres, 7. — Méningite, 41. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 44. — Paralysie, 4. — Ramollissement cérébral, 7. — Maladies organiques du cœur, 48. — Bronchite aiguë, 22. — Bronchite chronique, 13. — Bronchopneumonie, 16. — Pneumonie, 21. — Gastro-entérite: sein, 31; biberon, 146. — Autres diarrhées, 9. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 30. — Sénilité, 27. — Suicides, 12. — Autres morts violentes, 8. — Autres causes de mort, 146. — Causes inconnues, 10. — Total : 989.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

10937. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon 2, Paris.

TRENTE-SIXIÈME ANNÉE — N° 32 — 9 AOUT 1889

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 7 août 1889.

Académie des sciences : **Syphilis vaccinale. — Prophylaxie de la tuberculose.** — *Congrès d'hygiène.*

La question du choix à faire entre le vaccin jennérien et la vaccine animale vient d'être de nouveau posée avec la plus grande netteté devant l'Académie par M. Fournier. Elle l'est aussi devant l'opinion publique par le retentissement que ne manquera pas d'avoir le récit des cinq cas de syphilis vaccinale survenus chez des enfants inoculés avec le vaccin de l'Académie et que M. Hervieux a tenu à communiquer immédiatement à ses collègues.

Déjà l'opinion publique, si facilement impressionnable, s'égarait ; on ne parlait rien moins que de cinquante, quelques-uns allaient jusqu'à soixante, victimes, et il était urgent d'établir la vérité sur ces faits douloureux. Il était, d'autre part, impossible de trancher séance tenante la difficile et délicate question soulevée par M. Fournier. Le savant médecin de Saint-Louis affirme, avec toute l'autorité de sa parole, que « la sécurité absolue n'existe pas, ne saurait exister avec le vaccin humain » ; d'autre part, l'habile, prudent et dévoué directeur du service de la vaccine, M. Hervieux, estime que l'abandon du vaccin jennérien « serait une injustice et une ingratitude ». Entre ces divergences, l'Académie devra se prononcer, d'après les éléments d'appréciation que la Commission de vaccine est chargée de lui fournir. Ces éléments abondent d'ailleurs, car la pratique des nombreux instituts de vaccine, français et étrangers, les résultats obtenus par la vaccination animale dans notre armée, etc., montrent bien avec quelle facilité la vaccination animale s'est aujourd'hui généralisée. Elle aussi sans doute, elle a eu quelques accidents très rares, mais ils ont toujours été causés par des altérations dont les perfectionnements de la pratique permettent assurément d'éviter le retour ; l'on peut affirmer, ainsi que le déclare M. le professeur Layet dans le remarquable traité de vaccination animale qu'il vient de publier, que « la pratique des inoculations à l'homme du cow-pox de culture ou cow-pox artificiel transmis par piqûres ou petites incisions, offre de très grands avantages de généralisation de la vaccine, dans une organisations administrative bien entendue des services publics de la vaccination ».

Le Comité consultatif d'hygiène publique de France a récemment aussi étudié cette question, sur un rapport considérable de M. le professeur Proust. Étant donné que la vaccination animale confère une immunité semblable à celle que donne la vaccination jennérienne, et comme, lorsqu'il s'agit d'imposer la vaccination, la vaccination animale présente certains avantages, tels que l'impossibilité de transmettre la syphilis, par exemple, c'est à la vaccination animale que le Comité a donné la préférence. « En prenant de jeunes veaux de trois mois environ, fait observer M. Proust, on n'a guère à redouter la transmission de la tuberculose. En effet d'une part la tuberculose est très rare sur les veaux de lait. D'autre part, le bacille tuberculeux paraît avoir fort peu d'aptitude à passer dans la lymphe vaccinale. En effet, Lothar Meyer, avec l'assistance de F. Guttmann, n'a pas trouvé le bacille de Koch dans la lymphe vaccinale recueillie sur des sujets tuberculeux. De plus, les expériences de M. Josserand exécutées dans le laboratoire de M. Chauveau, expériences confirmées par celles de M. Straus, ont démontré que cette lymphe vaccinale des tuberculeux, injectée, sur le cobaye, dans le tissu conjonctif sous-cutané ou dans le péritoine, ne provoque pas l'infection tuberculeuse dans l'immense majorité, sinon dans la totalité des cas. Enfin, chose importante, il a été établi par M. Chauveau d'abord, puis par Bollinger, que le virus tuberculeux le plus actif, inoculé à la peau, par piqûres sons-épidermiques ou par scarifications artificielles, ne communique pas la tuberculose aux sujets d'expériences. Il résulte de ces faits que le danger de transmettre la tuberculose par la vaccination animale est donc illusoire, malgré quelques expériences dont la publication a produit une émotion non justifiée. Cependant, pour se mettre à l'abri de toute contagion possible, on pourra préférer à la vaccination de génisse à bras la pulpe vaccinale en prenant la précaution suivante : dès que cette pulpe est recueillie, on sacrifie l'animal, on en fait l'autopsie, pour s'assurer qu'il n'est pas tuberculeux. La pulpe est d'ailleurs très active, elle offre cette supériorité sur la vaccination de génisse à bras qu'elle ne présente aucune difficulté pour le transport. Enfin aucun produit de vaccination n'est perdu. D'un autre côté, la syphilis n'est pas à redouter puisqu'elle ne peut être transmise aux animaux. Enfin la vaccination ani-

male donne une source abondante de vaccin qu'il serait presque impossible d'obtenir avec la vaccination jennérienne. Aussi à cause des gages de sécurité qu'elle présente, et en raison des facilités qu'elle donne pour les vaccinations et les revaccinactions en masse, la vaccination animale me semble devoir être choisie. Il est bien entendu toutefois que le vaccin jennérien devra continuer à être cultivé là où il l'est aujourd'hui, à l'Académie de médecine par exemple, et qu'il pourra continuer à être utilisé dans certaines circonstances données. »

Il ne nous paraît pas douteux que l'Académie ne souscrive à ces propositions. Quelque intérêt qu'il y ait à s'entourer en pareille matière de tous les moyens d'information qui peuvent être recueillis et d'agir avec une extrême prudence, il est désirable que son opinion soit bientôt connue. L'émotion jetée dans le public par les communications d'aujourd'hui doit être très promptement calmée. Peut-être eût-il mieux valu ne la provoquer qu'après une entente préalable de la Commission de vaccine sur les mesures à prendre pour éviter le retour de pareils faits; telle est du moins une opinion qu'on nous a prié d'exprimer. En tout cas, il faut le dire bien haut — et une déclaration formelle, immédiatement votée par l'Académie, n'eût pas été inutile, — de tels accidents ne sauraient infirmer les bienfaits dus à la vaccine. Ce que personne ne saurait aujourd'hui contredire de bonne foi, c'est que la variole a presque complètement disparu des pays où la vaccination et la revaccination sont obligatoires et régulièrement pratiquées.

La prophylaxie de la tuberculose soulève tant de difficultés pratiques que l'examen des instructions proposées à l'adoption de l'Académie occupera sans doute plusieurs séances. Cet examen a donné lieu de la part de MM. Dujardin-Beaumetz, Daremberg et Germain Sée à des observations qui ne tendraient à rien moins qu'à supprimer la plus grande partie des recommandations soumises à l'Académie. On peut ainsi voir une fois de plus combien il est difficile de pratiquer la prophylaxie des maladies transmissibles, lorsqu'elle doit profondément modifier les habitudes sociales. S'agit-il de malades hospitalisés, ici tout devient plus aisé; mais, lorsque les mesures préventives doivent être pratiquées au domicile particulier des personnes atteintes, l'embarras devient grand. Et cependant il faut ici pouvoir s'occuper des moindres détails; chacun d'eux a son importance; aussi la prophylaxie doit-elle tout d'abord n'exiger que les précautions les plus indispensables, celles dont l'efficacité est le mieux démontrée. Elle gagnerait beaucoup dans l'opinion publique à se limiter à un petit nombre de points.

La découverte du bacille de la tuberculose a éclairé le problème ; les progrès de la technique sanitaire en facilitent les diverses solutions, pour peu que l'on se garde de multiplier comme à plaisir les difficultés et de vouloir tout d'un coup modifier toutes les habitudes, quelque regrettables ou quelque dangereuses qu'elles soient.

Il est hors de doute que la recommandation de n'admettre dans l'alimentation que des viandes profondément cuites, ne paraît pas suffisamment justifiée; car, à supposer que le tissu musculaire et le sang renferment des bacilles tuberculeux, la cuisson ne les atteindrait dans la profondeur des morceaux de viande qu'à une température où la viande serait devenue immangeable. Les expériences déjà anciennes de MM. Léon Colin, Vallin, Hudelo, montrent que les parties centrales des viandes rôties d'après nos pratiques culinaires atteignent une température qui ne donne même pas une garantie complète contre des parasites tels que les trichines que la chair des animaux pourrait contenir; quant aux viandes bouillies, il faut, même pour la viande fraîche de bœuf, qui est lâche et peu serrée, quatre heures d'ébullition pour qu'une pièce de 3 kilogrammes atteigne 90 ou 100 degrés.

Le danger généralement attribué aujourd'hui à l'usage du lait cru tend également à modifier d'une façon si considérable nos habitudes, que l'on ne saurait s'étonner de voir un grand nombre de personnes hésiter à suivre les préceptes que la science a si positivement établis à cet égard. Il en est de même de la destruction des crachats des phthisiques et des procédés de nettoiement et de désinfection applicables à la tuberculose. La discussion actuellement pendante nous permettra de revenir sur ces divers points. Il ne nous paraît pas douteux qu'en dépit de certaines divergences, plus apparentes que réelles, l'accord ne tardera pas à se faire sur les précautions vraiment indispensables qui permettront de diminuer les ravages de la plus meurtrière de nos affections contemporaines.

Quatre Congrès internationaux tiennent en ce moment leurs séances, qui intéressent également les médecins: quatre autres vont s'ouvrir d'ici à la fin de la semaine. Fidèle à la décision qu'elle a prise depuis quelques années, la *Gazette* résumera, en les groupant sous des rubriques spéciales, les principaux travaux de ces réunions qui embrassent toutes les branches de la médecine. Il nous sera toutefois permis aujourd'hui d'apprécier tout particulièrement l'important et remarquable discours présidentiel prononcé par M. le doyen Brouardel, dimanche 4 août, à l'ouverture du Congrès international d'hygiène et de démographie, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Cette page éloquente trace nettement le point de vue auquel se place aujourd'hui la science sanitaire, et il caractérise, avec une grande précision, la portée de ses efforts et la valeur de ses résultats. Au moment où l'Académie engage devant elle deux discussions de la plus haute gravité sur le vaccin et sur la prophylaxie de la tuberculose, les déclarations si autorisées de M. Brouardel sont plus que jamais dignes d'attention :

« L'hygiène, a-t-il tenu à dire, n'est plus un champ livré aux recherches d'une petite confrérie. Elle a détruit ses vieux remparts. Elle a appelé à son aide tous les citoyens de bonne volonté, quelle que soit leur profession, quelle que soit leur nationalité. Elle a compris que son rôle ne se limitait pas à des conseils individuels; que les découvertes de ses maîtres lui imposaient de nouveaux devoirs, elle les a acceptés. Elle a proclamé la solidarité des habitants les uns vis-à-vis des autres, de toutes les agglomérations humaines entre elles. Elle a reconnu que les frontières géographiques n'arrêtaient ni les épidémies, ni les produits falsifiés. La réunion des conférences internationales, celle des congrès, est la démonstration éclatante de cette vérité. Aujourd'hui, il n'est plus personne qui ne rende hommage à l'hygiène, hommage trop souvent platonique. Mais si le mot du moraliste est vrai, si l'hypocrisie n'est qu'un hommage rendu à la vertu, n'est-ce pas déjà quelque chose que d'avoir obtenu pour l'idole un respect réel ou apparent?

« Des projets de loi sur l'organisation des différents services de l'hygiène, sur la prophylaxie des épidémies, sur les

falsifications des denrées alimentaires, sont à l'ordre du jour des parlements de tous les pays. Les discussions réservées jusqu'à ce jour aux Académies de médecine et aux Sociétés savantes ont fait invasion dans les Chambres législatives.

« Sommes-nous donc près du port ? Devons-nous rendre grâces aux dieux et déclarer notre tâche terminée ? Hélas, non. Chacun, dans la société, a conscience que nous sommes mieux armés pour la défense de la vie et de la santé de nos concitoyens, on attend avec espoir, on nous reproche même nos lenteurs. Mais chaque fois que nous voulons présenter dans le monde le nouveau Messie, il s'élève un concert de cris de douleur. C'est que nous nous heurtons à un obstacle terrible. La solution d'une question d'hygiène publique, qu'il s'agisse de l'assainissement des ports, des villes, des campagnes, de la poursuite des falsifications, nécessite une dépense ou compromet des intérêts.

« Pour assainir une maison, une ville, il faut faire des travaux ; pour se défendre contre l'importation des maladies exotiques, il faut retarder le déchargement d'un navire ; pour interdire la vente d'une denrée nuisible à la santé, il faut troubler des intérêts plus ou moins respectables, mais qu'importe ? ceux qui sont atteints par la dépense ou lésés dans leurs transactions protestent, ils initient le public à leurs doléances. Ceux qui, protégés, n'ont pas été victimes de la peste, de la fièvre jaune, du choléra, de la fièvre typhoïde, ceux qui ne sont plus empoisonnés par les denrées falsifiées, élèvent-ils la voix pour contredire aux plaintes que l'on entend de toutes parts ? Nullement. Comment me croirais-je obligé d'adresser un témoignage de reconnaissance à quelqu'un, voire même au gouvernement, peu habitué d'ailleurs à entendre ces sortes de manifestation, pour une maladie que je n'ai pas eue, que j'aurais pu avoir peut-être ? j'ignore même le plus souvent que le danger m'a menacé. L'homme satisfait est muet par nature, la victime ou la personne qui se croit victime est seule disposée à communiquer ses impressions à ses concitoyens Aussi l'intervention de l'hygiène n'a pas la réputation de faire naître de vives satisfactions. Cela se dit et parfois même se met en chansons...

« Quand, dans un pays quelconque, ceux qui ont l'honneur d'être appelés dans les conseils du gouvernement proposent de prendre telle ou telle mesure d'hygiène, quand ils demandent aux pouvoirs publics de transformer en des actes leurs conceptions hygiéniques, ils sont obligés d'avouer que le premier résultat sera une dépense. Chacun défend son intérêt pécuniaire, plus tangible pour lui que l'intérêt de sa vie ou celle de sa famille. La dépense est certaine, le danger personnel douteux ou inconnu.

« Le gouvernement hésite. La valeur scientifique ou pratique de la résolution est elle-même contestée. Il y a toujours quelque savant ou quelque médecin qui ne partage pas l'avis émis par ses confrères. Il va parfois même, quand il n'a plus d'autre argument, jusqu'à les accuser de faire une chose horrible, de « la science officielle ». Je ne sais ce que représente cette locution, à moins qu'elle ne veuille dire que l'hygiéniste est condamné à remuer sans cesse les mêmes idées dans des discussions purement académiques, à ne jamais en parler aux pouvoirs publics, à ne jamais leur demander de transformer en actes les décisions capables d'améliorer le sort des populations.

« En présence de ces débats et de ces plaintes, le gouvernement est troublé. Mais si, après un de ces congrès, nous venons le trouver, si nous lui disons : « La question « qui vous préoccupe a été débattue publiquement, dans « des congrès auxquels pouvaient prendre part tous les « médecins, ingénieurs, chimistes, architectes, tous les « citoyens qui dans le monde entier s'intéressent aux « choses de l'hygiène ; cette question était portée à l'ordre « du jour, on savait qu'elle serait étudiée ; les savants de « tous les pays sont venus, des résolutions ont été proposées et acceptées, celles que je vous avais soumises ont « été adoptées, » comment voulez-vous que les pouvoirs publics hésitent encore ?

« Telle est, suivant moi, une des raisons d'être de nos congrès : discerner les questions que l'on peut actuellement résoudre, les étudier, formuler des conclusions en se limitant tout d'abord à préciser les points principaux ; exposer comment, dans les divers pays, les mêmes problèmes ont été résolus. Dans les sciences d'application, en effet, les solutions peuvent être diverses suivant les lieux et les circonstances. Il appartient ensuite à chacun de nous de choisir celles qui sont le mieux appropriées à son pays, à ses mœurs, à la législation en vigueur. »

C'est ainsi que l'accord a pu se faire, à la suite des congrès antérieurs, sur les moyens de préserver l'Europe contre l'envahissement des maladies exotiques, c'est ainsi qu'on sait aujourd'hui comment empêcher la propagation de quelques-unes des maladies transmissibles nées à l'intérieur du territoire, qu'il n'y a plus de discussion sur le meilleur mode d'assainissement des villes et que la nocuité de certaines falsifications a été bien établie. Ainsi l'hygiène a cessé d'être conjecturale et elle a pu obtenir des résultats appréciables pour la santé publique.

CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES

Sur le phosphate acide de chaux ou phosphate monocalcique.

Parmi les produits chimiques qui sont exposés au Champ de Mars, il en est un, le phosphate monocalcique, qui mérite l'attention des pharmaciens.

Jusqu'à ce jour, on ne connaissait ce produit que sous la forme de cristaux blancs enchevêtrés, nacrés, déliquescents et ayant presque la consistance du miel. On n'avait jamais pu le priver de son excès d'acide phosphorique. De là, la nécessité des solutions neutres de lacto et chlorhydrophosphate de chaux, qui sont depuis longtemps d'un usage courant en médecine.

J'ai examiné les blocs cristallisés de phosphate acide de chaux de l'Exposition, et j'ai trouvé qu'ils ne contenaient que 1 pour 100 d'acide phosphorique en excès. Cette quantité peut, à bon droit, être considérée comme négligeable. Désormais, les médecins qui voudront prescrire un phosphate de chaux soluble pourront ordonner celui-là sous forme de solution ou de sirop. Il ne peut être administré ni en pilules, ni en paquets ou cachets ; mais, à la rigueur, on pourrait le mettre en capsules de 25 centigrammes.

La solution se formulerait ainsi :

Phosphate monocalcique	5	grammes.
Eau distillée	300	—

Chaque cuillerée à soupe contiendra 25 centigrammes du sel, sera prise au moment des repas, pure ou avec un peu de vin.

La formule du sirop serait la suivante :

Phosphate monocalcique	5 grammes.
Sirop simple	400 —
Essence de citrons	IV gouttes.

La cuillerée à soupe contiendra ainsi 25 centigrammes de phosphate de chaux absolument pur.

Voici quel est le procédé de fabrication de ce produit :

Les os calcinés, blancs, triés avec soin, pulvérisés, délayés dans de l'eau bouillante, sont traités par l'acide sulfurique concentré.

Le magma, obtenu après vingt-quatre heures de contact, est étendu d'eau bouillante et passé au filtre-presse, pour séparer le sulfate do chaux; le liquide acide obtenu est évaporé jusqu'à apparition du sulfate de chaux resté en dissolution dans le liquide; on laisse refroidir, on filtre; et, si l'on suivait le Codex, on laisserait cristalliser après concentration; mais, pour obtenir les gros cristaux de phosphate pur, il faut chauffer fortement la liqueur dans une bassine de platine pour en chasser l'acide fluorhydrique ; étendre d'eau à nouveau, ajouter avec précaution du phosphate acide de baryte pour précipiter l'acide sulfurique en excès; filtrer pour séparer le sulfate de baryte; faire passer dans les liqueurs un courant d'hydrogène sulfuré pour séparer l'arsenic (si l'on s'est servi de l'acide sulfurique commercial, et c'est l'habitude dans l'industrie); faire évaporer jusqu'à consistance sirupeuse, et laisser cristalliser. A la longue, il se dépose des cristaux que l'on fait égoutter et que l'on sèche autant que possible.

Ce phosphate doit être conservé dans des flacons soigneusement bouchés.

Pierre Vigier.

REVUE DES COURS ET DES CLINIQUES

Faculté de médecine. — Cours de M. le professeur Guyon.

DU TRAITEMENT CONSÉCUTIF DES ARTHROPATHIES

Dans un article publié par la *Gazette* du 21 juin dernier nous avons étudié les raideurs articulaires, d'après une leçon du professeur Guyon, en nous plaçant au point de vue exclusif de l'administration des mouvements communiqués. Mais, si le mouvement est l'agent thérapeutique le plus important, il n'est certes pas le seul, et le chirurgien dispose de moyens adjuvants qu'il y a intérêt majeur à bien connaître. Nous allons reproduire une leçon que M. Guyon a consacrée à la vulgarisation de ces préceptes et dont il a bien voulu nous communiquer la rédaction. A. B.

La plupart des arthropathies se traitent pendant leur période d'état par l'immobilisation dans la position physiologique de repos, puis, pour terminer la cure, il faut rendre à la jointure le plus possible de ses fonctions. L'idéal du traitement des lésions articulaires est en effet un traitement fonctionnel; et ce traitement fonctionnel peut être défini: l'art de conserver en méthode curative le repos physiologique des articulations et leur jeu normal. Cette définition démontre que le but doit être d'allier la physiologie à la thérapeutique : ce fut là une des pensées directrices de Bonnet, dont les idées ne sont peut-être pas, à ce point de vue spécial, aussi répandues qu'elles le méritent.

De l'immobilisation en bonne position il ne sera pas question ici; le seul traitement consécutif sera envisagé. D'autre part, la définition précédente n'est pas assez compréhensive. Elle ne vise, en effet, que l'articulation. Or, à toutes les périodes du traitement, il faut s'occuper avec sollicitude du membre entier qui porte la lésion. Mieux encore : tout l'organisme doit être l'objet de nos soins; nous devons combattre avec vigilance les états diathésiques qui sont si souvent l'origine des arthropathies. Mais cette partie purement médicale ne sera pas développée : c'est du seul traitement local que nous nous occuperons, énumérant d'abord les moyens que nous avons à notre disposition, puis en décrivant les modes d'application, pour terminer par le résumé de leurs principales indications.

I. Les *moyens destinés à rendre à la jointure son action* s'adressent directement à elle, à ses parties périphériques, au membre entier. Ainsi, au niveau même de la jointure malade, les moyens sont intra-articulaires ou péri-articulaires. En ce qui concerne le membre entier, ils cherchent surtout à combattre les désordres musculaires, mais ils ne doivent pas oublier la peau, le tissu cellulaire superficiel et profond.

Ces moyens sont les mouvements, le massage, les frictions, la température, l'électricité et la balnéation.

Parmi tous, le mouvement est le plus essentiel : c'est l'aliment nécessaire de la vie intra-articulaire normale. L'administrer, c'est rompre le jeûne de l'articulation malade lorsque la diète, c'est-à-dire le repos, a terminé son rôle. Il ne faudrait pas croire, d'ailleurs, que le mouvement n'a d'effet que sur les parties intra-articulaires. Les parties péri-articulaires, le membre tout entier en bénéficient. Mais les mouvements à distance, le glissement des parties molles les unes sur les autres sont bien plus efficacement obtenus par le massage, et de plus l'électricité faradique permet de mettre directement les muscles en jeu.

Dans tout cela, c'est la mobilisation qu'on vise. Pour parvenir au but, il faut ne point oublier un principe général : on ferait erreur si l'on cherchait à restituer, dès l'abord, des mouvements d'ensemble. On doit procéder par degrés, par dissociations élémentaires, pour atteindre peu à peu le but. C'est ce que Bonnet a admirablement compris; c'est ce qu'il a cherché à réaliser pour chaque jointure, pour chaque section des membres, pour chaque membre.

Le massage vient d'être rangé parmi les agents de la mobilisation. Mais il a surtout à jouer le rôle de modificateur. Son principal effet est de favoriser les résorptions, d'être un agent éliminateur. Ne fait-il pas résorber un épanchement séro-sanguin (et là son rôle est en partie un rôle mécanique de dissémination), tout comme il fait fondre les engorgements chroniques qui épaississent les tissus ?

Les frictions, la température, les douches, l'électrisation galvanique agissent dans le même sens, mais ont sur la nutrition cellulaire une influence plus particulière.

La balnéation, qui emprunte pour une bonne part ses effets à l'action de la température, a de plus une influence très spéciale. Elle assouplit et détend les tissus, en sorte qu'elle favorise très nettement la mobilisation. Grâce à elle, les mouvements d'ensemble deviennent possibles à une époque du traitement où, sans elle, les mouvements partiels seraient seuls obtenus. De même, c'est d'abord au sortir du bain que les mouvements volontaires sont souvent effectués pour la première fois.

Telle est l'énumération rapide des divers agents du traitement fonctionnel. Avant d'allor plus loin, il faut tâcher d'analyser l'action de chacun d'eux.

A propos des raideurs articulaires, nous plaçant au point de vue de la clinique pure, nous avons montré la douleur vive, mais passagère, qu'éveillent les mouvements communiqués. Ce n'est pas tout. Après la douleur se produisent bientôt de la chaleur et du gonflement. Cette triade symptomatique est donc celle de l'inflammation, c'est-à-dire que les premiers effets du mouvement sont en quelque sorte

pathologiques, et l'on comprend, dès lors, que l'état pathologique puisse devenir franc et entraver la cure, si l'on administre le mouvement avec quelque brutalité ou à une époque mal choisie. Répétons-le, c'est à la durée des symptômes, de la douleur surtout, qu'il faut demander des renseignements à ce sujet.

Aucun autre moyen ne peut remplacer le mouvement. Il est incontestable toutefois que les autres agents précédemment énumérés sont des auxiliaires précieux. Ils rendront aux muscles la puissance perdue et ils assoupliront les parties molles dans leur ensemble..

Le massage a, dans cet ordre d'idées, une grande importance, mais il ne faut pas mettre à son compte, comme on le fait journellement, tout ce qui est gagné par les mouvements. Sans doute, Hippocrate écrit « qu'il relâchera une articulation trop serrée et resserrera une articulation trop lâche », et, sans contredit, ces effets si disparates sont obtenus dans une certaine limite. Il ne faudrait pas, cependant, dire que le massage possède toutes les vertus.

De même que le mouvement, il détermine d'abord de la douleur, fort vive, mais dont la fugacité doit servir de criterium. Et même cette douleur s'apaise séance tenante, malgré la répétition des manœuvres; déjà Celse conseille le massage pour faire disparaître les dépôts dans les tissus, et surtout pour soulager la douleur.

La résorption des épanchements péri-articulaires sous l'influence du massage est incontestable. L'entorse en fournit chaque jour la preuve clinique, et le hasard de quelques autopsies en a pu fournir la démonstration anatomique : on trouve deux faits de ce genre dans la thèse de Lapervenche. Ce qui est contestable cliniquement, c'est la disparition des épanchements articulaires et, d'une façon générale, de tout épanchement collecté. M. Guyon a bien souvent comparé, dans ces cas, l'action des révulsifs ou de la compression ouatée à celle du massage : rien de plus certain que les effets des vésicatoires et de l'enveloppement compressif, tandis que ceux du massage sont douteux ; une expérience de von Mosengeil paraît cependant probante. Après avoir injecté de l'encre de Chine dans les genoux d'un lapin, cet auteur a soumis l'un des côtés au massage. Lorsqu'il a sacrifié l'animal, au bout de vingt-quatre heures, il a constaté que du côté non massé la jointure était pleine de liquide et les ganglions lymphatiques étaient normaux; tandis que l'articulation malaxée était asséchée et que des particules d'encre de Chine coloraient les ganglions lymphatiques correspondants. Les différences étaient assez prononcées pour être reconnaissables à l'œil nu.

Le massage revendique aussi une action sur la contractilité musculaire. Les expériences de Zabludowski, de von Mosengeil, de Reibmayr paraissent le démontrer. La clinique prouve, d'ailleurs, qu'il remédie à l'atrophie, moins vite il est vrai, et moins complètement que l'électricité. On ne saurait s'en étonner. La nutrition des muscles n'est normale que si le mouvement entre en jeu, et le pétrissage est, en somme, une série de mouvements communiquée aux muscles, à leurs enveloppes, au tissu cellulaire qui les entoure. Il n'est donc pas étonnant que le massage puisse être préservatif ou curatif de l'atrophie.

Les frictions, de même que les mouvements, sont le plus souvent mises, sous le nom d'effleurage, à l'actif du massage. Elles en diffèrent cependant, et dans leur mode d'action, et dans leurs indications. Elles peuvent produire des effets calmants aussi bien que des effets excitants, et conviennent particulièrement aux formes rhumatismales. Elles favorisent nettement la circulation cutanée : après un pâlissement momentané, la coloration s'établit, et suivant la durée et l'intensité de la manœuvre on peut parcourir toute la gamme des tons, du rose tendre au rouge vif. En même temps se développe une sensation de chaleur, elle aussi variable dans son intensité; la sécrétion cutanée est mise en jeu et la peau s'assouplit, peut devenir moite. Il est à noter que ces phénomènes s'observent surtout à la suite de la friction sèche.

Ces effets circulatoires et sécrétoires sont la preuve grossière qu'on est en droit d'attendre de la friction des modifications nutritives; modifications locales ou générales, suivant que l'application sera restreinte à une région, à un membre ou sera, au contraire, étendue à tout le corps. Entrer dans l'étude de ces modifications générales serait sortir du cadre de la pathologie externe; mais le chirurgien n'oubliera pas tout ce que la dermatologie nous enseigne sur le rôle capital joué par le tégument entier chez les diathésiques, chez les diathésiques uriques en particulier.

C'est encore sur la peau et par son intermédiaire qu'agissent la température et les différents modes de la balnéation.

La température peut être utilisée à l'état sec ou humide, c'est-à-dire sous forme de vapeurs ou d'air chaud; de corps qui ont emmagasiné du calorique ou qui sont imprégnés de liquides à des températures variées. On peut aussi arriver au chaud en passant par le froid et faire alterner rapidement des températures que séparent de brusques écarts dans leur degré. Et la balnéation — dont nous avons déjà indiqué le rôle d'assouplissement — emprunte une partie de ses effets à l'action de la température.

Ainsi, frictions, température, bains, ont prise sur la circulation, l'innervation, les sécrétions périphériques. Ces moyens sont donc efficaces pour agir sur la vie cellulaire. Action dynamique, par conséquent, à différencier dès lors de l'action mécanique des mouvements, du massage.

L'électricité s'adresse à la fois au mouvement et à la nutrition. Elle a sur les muscles une efficacité indiscutée. Or l'état des muscles a, dans les arthropathies, une importance majeure. Non seulement les organes contractiles sont la force appliquée aux leviers qu'ils meuvent et qu'ils dirigent, mais encore ils sont pour bien des jointures des ligaments actifs. Et d'ailleurs, tenir compte des muscles est une indication de premier ordre, à toutes les périodes, dans le traitement des lésions articulaires. Pendant la période d'état, c'est des muscles que relèvent les attitudes vicieuses : ne pas avoir les muscles contre soi est une des conditions primordiales du traitement fonctionnel de repos. Pendant la période de convalescence, l'impotence des muscles est un des principaux ennemis : avoir les muscles pour soi est une des conditions primordiales du traitement fonctionnel d'activité. Pour atteindre ce but, l'électricité est l'agent le plus précieux, sans dénier cependant toute valeur aux frictions, aux douches, au massage.

A. Broca.

(A suivre.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Neuropathologie.

Cystocèle vaginale, opération faite dans le sommeil hypnotique. Communication faite à l'Académie de médecine dans la séance du 30 juillet 1889, par M. Mesnet.

Ce n'est pas sans une certaine émotion que j'aborde de nouveau cette tribune, pour appeler votre attention sur la question de l'hypnotisme.

J'aurais assurément gardé le silence si la communication que j'ai à vous faire n'avait pour objet un fait matériel, tangible, un fait chirurgical à joindre à l'ensemble des preuves sur lesquelles se base la réalité de l'hypnotisme, et si mes collègues de l'Hôtel-Dieu, Tillaux, Bucquoy, Dumontpallier, ne m'avaient demandé d'être près de vous leur inter-

prête dans l'exposé d'une opération à laquelle ils avaient pris un grand intérêt.

Quand une question nouvelle apparaît — et pour celle-ci plus que pour toute autre — elle se trouve, à ses débuts, en face de deux écueils :

L'enthousiasme, avec toutes ses exagérations;

L'incrédulité, qui conduit à grands pas vers la négation de parti pris!

Entre ces deux extrêmes, il est une part de vérité parfois bien difficile à dégager, mais qui, bien établie et scientifiquement démontrée, devient la base solide, inébranlable, sur laquelle se construit l'édifice.

Loin de moi la pensée de vous promener sur les frontières de l'hypnotisme, moins encore de m'aventurer dans ces sentiers épineux d'où l'on peut sortir découragé et meurtri! Mon seul désir est de vous présenter une observation dont la véracité est incontestable, et dont la répétition sera toujours possible dans des conditions identiques.

Le terrain sur lequel nous nous trouvons placé n'a pas de sanction anatomique.

Quand, en effet, un trouble quelconque survient dans un organisme, et que nous constatons des signes physiques, matériels de lésions d'organes correspondants aux symptômes de la maladie, le rapport de cause à effet se démontre de lui-même!

Il n'en est point ainsi dans l'ordre des névroses, dont les manifestations violentes, souvent instantanées, quelquefois éphémères, appartiennent aux troubles dynamiques, simples perturbations fonctionnelles qui ne laissent après elles nulle trace de lésions appréciables. Mais, lors même que l'anatomie pathologique ne nous apporte, quant à présent du moins, aucune démonstration organique, nous avons, dans l'étude attentive des faits, dans l'observation suivie et répétée des malades, un ensemble de preuves qui nous permet de dire aujourd'hui *avec assurance : que l'hypnotisme n'est point une illusion du médecin, non plus qu'une jonglerie du sujet!*

Poursuivie sous le double contrôle de la clinique et de l'expérimentation, l'étude des névroses a depuis longtemps fait justice des superstitions des temps passés, ainsi que des influences occultes et merveilleuses du *baquet magique!* La lumière s'est faite par la démonstration — chez la plupart des malades accessibles à l'action hypnotique — de phénomènes de perturbations nerveuses toujours semblables à eux-mêmes, se succédant dans un ordre déterminé, si bien indiqué par notre collègue, le professeur Charcot.

Sans doute, l'*existence* DE TELS OU TELS *de ces phénomènes, pris* ISOLÉMENT, *peut être contestée dans sa réalité!* On peut toujours nous dire :

« Quelle preuve avez-vous que ce malade, que vous piquez avec une épingle, ne sent pas? Que celui-ci, qui vous dit ne pas voir de l'œil droit ou de l'œil gauche, ne voit pas? Que chez cet autre, le bras est réellement paralysé du mouvement?

« La seule preuve que vous ayez à nous donner est l'affirmation du malade et son insensibilité apparente!

« Vous pouvez donc être dupe!... »

Assurément, cette objection n'est pas sans valeur, et l'illusion est possible quant au fait pris *isolément* chez un *malade d'aventure;* mais si, poursuivant votre examen, vous observez chez ce même malade la coexistence d'autres perturbations nerveuses *indépendantes de sa volonté, indépendantes de toute supercherie*, la contestation est réduite à néant et la négation devient impossible.

Je passe outre, et j'arrive à la démonstration directe, par des faits scientifiquement établis, puisqu'ils ont à leur actif les noms les plus autorisés!

De grandes opérations ont été faites pendant le sommeil hypnotique; toutes ont été conduites à bonne fin, sans que le malade ait souffert, sans qu'il ait eu connaissance de l'intervention chirurgicale : il y a là une unité qui mérite bien de fixer notre attention.

Mais, avant de vous entretenir de l'opération de M. Tillaux — dont je vais me faire l'interprète, tout en vous exprimant le regret qu'il ne soit pas venu vous en parler lui-même avec l'autorité de parole que vous lui connaissez et la parfaite sincérité d'un nouveau converti, — permettez-moi de vous rappeler d'autres opérations accomplies dans les mêmes conditions. Parmi elles, il en est quelques-unes que nous connaissons tous :

Une amputation du sein pendant le sommeil hypnotique, faite par Jules Cloquet en 1829, *in* Procès-verbal de l'Académie de médecine, section de chirurgie, séance du 16 avril;

En 1845 et 1846, plusieurs opérations pratiquées à Cherbourg, par le docteur Loysel; entre autres : une amputation de la jambe; la section du tendon d'Achille; l'extirpation de glandes sous-maxillaires;

A la même époque (1845), une amputation du bras, par le docteur Jolly;

En 1859, l'ouverture d'un abcès volumineux, très douloureux, de la marge de l'anus, par Broca et Follin, insérée dans les *Bulletins* de la Société de chirurgie et les *Bulletins* de l'Académie des sciences;

En 1859, une amputation de la cuisse, par le docteur Guérineau, professeur à l'Ecole de médecine de Poitiers, dans la *Gazette hebdomadaire* du 30 décembre 1859, publiée et commentée par Verneuil;

Dans la même année, une opération de fistule à l'anus, par notre collègue Verneuil, qui m'a entretenu de ce fait.

Plusieurs accouchements pratiqués dans l'état d'hypnose ont eu les mêmes résultats, entre autres : une observation du docteur Pritzl, assistant de Karl Braun, à Vienne, sur une femme accouchée par lui le 7 novembre 1885; une autre de Dumontpallier communiquée à la Société de biologie. le 26 février 1887; une autre encore des docteurs Auvard et Varnier, publiée dans les *Annales de gynécologie*, mai 1887; une quatrième du 1er avril 1887, que j'ai eu l'honneur de lire à cette tribune, et qui appartient à mon service de l'Hôtel-Dieu.

Je ne vous citerai que ces quelques exemples nécessaires aux besoins de ma cause; mais nos recueils, et ceux de l'étranger, en Europe comme en Amérique, contenant un très grand nombre de faits chirurgicaux afférents à l'hypnotisme, notre bibliothécaire, M. Dureaux, se propose de les collectionner et de les réunir tous dans un mémoire qui sera très prochainement publié.

J'arrive à l'opération du 24 juin dernier, pratiquée par mon excellent collègue Tillaux, dans son service à l'Hôtel-Dieu. L'observation est rédigée et écrite par M. Témoin, un de ses internes. La voici :

Obs. — C... (Marie-Louise), âgée de vingt-cinq ans, journalière.

Pas de renseignements importants sur les antécédents héréditaires. Son père est mort des suites d'une affection de vessie; sa mère vit encore et a toujours été bien portante; elle n'a ni frère ni sœur.

Antécédents personnels. — Toujours bien portante, réglée pour la première fois à l'âge de douze ans, elle l'a toujours été régulièrement depuis. Mariée il y a huit ans (à l'âge de dix-sept ans), elle a eu un enfant il y a vingt-six mois seulement.

Son accouchement fut extrêmement pénible, le travail dura douze heures, on dut appliquer le forceps; elle eut une déchirure du périnée qui fut suturée immédiatement. Les suites de cet accouchement furent simples, et trois semaines après, la malade reprenait ses occupations.

Début. — Depuis cette époque, la malade ressent une gêne considérable du côté de la vulve, elle ne peut rester debout sans avoir des envies fréquentes d'uriner; et bientôt elle constate, en y portant la main, la présence d'une tumeur à l'entrée du

vagin. Cette tumeur, non douloureuse au toucher, augmente par la station debout, par les efforts, diminue après la miction, et détermine bientôt, non plus seulement de la gène, mais des douleurs incessantes avec picotements, élancements dans le canal de l'urèthre. Un médecin consulté lui ordonne le port d'un pessaire. D'abord, elle en est soulagée, mais bientôt il devient intolérable.

Depuis trois mois, la malade éprouve de continuelles douleurs, ne peut accomplir aucun travail, est obligée de garder le repos au lit presque complètement, et le 22 mai, elle entre dans le service de M. Tillaux.

Etat. — La malade porte à la vulve une tumeur occupant la paroi antérieure du vagin. Cette tumeur est irrégulière, plissée transversalement, réductible par la pression des doigts, augmentant par les efforts de la toux. Une sonde introduite dans la vessie est sentie nettement dans la tumeur à travers la paroi vésico-vaginale qui est épaissie surtout au-dessous du méat urinaire. La vulve ne semble pas élargie. Le col de l'utérus est normal, non prolabé, les culs-de-sac sont libres.

Le périnée est de longueur normale; on y voit les traces de la suture. Il n'y a pas de rectocèle.

Il s'agit d'une cystocèle vaginale simple.

Hystérie. — Pendant que nous causions avec la malade, nous remarquons qu'elle nous fixe d'une façon particulière; que de légers mouvements convulsifs animent ses membres, et que subitement elle s'endort.

Réveillée, nous l'interrogeons sur ce sujet, et elle nous apprend ce qui suit :

Ses antécédents héréditaires sont nuls à ce sujet. Elle-même n'a jamais eu d'attaque d'hystérie, mais depuis son jeune âge, elle a toujours été d'un caractère bizarre, riant ou pleurant facilement.

Début. — Il y a six ans, au milieu d'une conversation, elle se mit à fixer un objet et elle s'endormit. Elle ne peut dire le temps que dura son sommeil, ni comment elle se réveilla.

Depuis cette époque, elle s'endort fréquemment; ses amies l'hypnotisent avec la plus grande facilité. Elle consulta M. Bernheim, de Nancy, qui, cinq ou six fois, à des époques différentes, la soumit à l'hypnotisation. Elle-même s'endort très souvent au milieu d'un travail à l'aiguille; et à son réveil, elle s'aperçoit qu'elle a travaillé sans s'en rendre compte, pendant un temps plus ou moins long; quelquefois, elle tombe dans la rue dans le sommeil hypnotique.

État actuel. — C'est une femme assez grande, de complexion moyenne, plutôt maigre, fort intelligente.

A l'état de veille, cette malade ne présente rien de particulier: sa sensibilité à la douleur et à la température, bien que légèrement diminuée, persiste également sur toute la surface du corps, on ne trouve nulle part de zone d'anesthésie, ni d'hyperesthésie. La sensibilité tactile est normale; la sensibilité à la température également.

Les sens spéciaux sont tous intacts, les réflexes sont normaux. On ne trouve pas d'hyperesthésie ovarienne.

A l'état de somnambulisme, dans lequel elle tombe aussitôt par la fixation du regard, la sensibilité est abolie sur toute la surface du corps; la sensibilité tactile est conservée: elle ne sent pas l'aiguille qu'on lui enfonce dans le bras, mais elle reconnaît très bien les objets qu'elle touche.

Dans cet état et par la suggestion, on obtient de la malade ce que l'on veut, et la sensibilité revient dans tel ou tel point du corps, au gré de celui qui l'a mise en somnambulisme, etc.

La sensibilité de la muqueuse vaginale, normale à l'état de veille, étant abolie à l'état de somnambulisme, M. Tillaux veut pratiquer la kolporrhaphie sur cette malade pendant le sommeil hypnotique.

A cet effet, la malade est plusieurs fois endormie, et on s'assure qu'elle ne conserve aucune sensibilité pendant son sommeil.

L'opération est faite le 24 juin.

Malgré sa volonté (par crainte de souffrir, elle voulait être chloroformée), la malade est endormie par la fixation du regard, dans la salle, près de son lit. Elle vient elle-même de la salle à l'amphithéâtre en nous suivant pas à pas, réglant sa marche sur la nôtre, lente ou précipitée. Sur notre invitation, elle se déshabille, se place sur le lit d'opération dans la position dorsale, les jambes relevées. M. Tillaux pratique l'opération (la kolporrhaphie antérieure). Il enlève avec le bistouri, moyennant une dissection lente et délicate, une large surface rectangulaire de muqueuse vaginale, d'une étendue de 7 centimètres sur 4 environ de largeur, et rapproche par les points de suture les bords de la surface avivée. Des tampons de gaze iodoformée sont placés dans le vagin comme pansement; l'opération a *duré vingt minutes* environ.

Pendant ce temps, la malade n'a fait le moindre mouvement. Agacée au début, elle devient de plus en plus calme, parle de choses indifférentes, se préoccupe de ce qu'elle aura à déjeuner, raconte ce que lui dit sa mère quand elle vient la voir, etc... Mais, constamment, elle s'inquiète du moment de l'opération qu'elle attend, disant qu'elle veut être chloroformée!!!

Nous étions près d'elle, lui tenant les mains, lui parlant sans cesse pour tenir son attention éveillée. Nous lui disions: de ne pas se tourmenter; qu'on ne l'opérerait pas sans qu'elle soit prévenue; que d'ailleurs, l'heure étant avancée, on ne l'opérerait pas ce jour-là; que, pendant l'opération, elle ne souffrirait pas... et d'autres suggestions dans le même sens, qu'elle écoutait avec la plus parfaite confiance, pendant que M. Tillaux disséquait lentement ce vaste lambeau de muqueuse vaginale, et coupait d'un seul coup de ciseaux le pédicule de ce lambeau, sans qu'elle manifestât la plus légère sensation de douleur.

L'opération terminée, elle avait sa chemise tachée de quelques gouttes de sang. Sur notre affirmation que nous étions seuls dans la pièce, qu'il fallait qu'elle se déshabillât pour changer de linge, elle se laissa faire (sans demander ni comment, ni pourquoi), et s'habilla de nouveau devant cent personnes ayant les yeux sur elle.

Elle fut ensuite placée sur un brancard et rapportée dans son lit. Là, nous lui suggérons qu'elle passera une excellente journée et qu'elle ne sentira rien.

A son réveil, elle demande à M. Tillaux quand il doit l'opérer, et son étonnement est indescriptible lorsqu'on lui annonce que l'opération est faite.

Elle n'a rien senti, elle ne sent rien; son souvenir l'arrête au moment où elle a été endormie.

Pendant l'opération, elle avait perdu très peu de sang, mais, dans la journée, une heure et demie après l'opération, elle fut prise d'une hémorrhagie abondante, qui nécessita un tamponnement. C'est en voyant le sang seulement, qu'elle crut véritablement à l'opération faite.

Aujourd'hui, la malade est guérie, et rentre dans sa famille sans avoir souffert un instant de l'opération importante qu'elle avait subie.

Messieurs, vous ne connaîtriez que d'une manière fort imparfaite la malade de M. Tillaux, si je ne complétais cette communication par quelques considérations relatives à son état psycho-sensoriel.

La facilité avec laquelle elle s'endort est extrême; il suffit de la fixer un instant, de lui dire de dormir, pour qu'aussitôt elle dorme; et au simple commandement : « Réveillez-vous ! » elle se réveille.

La transition de l'état de veille au sommeil hypnotique est presque instantanée, et n'a d'autre signe qu'un léger mouvement de secousse de tout le corps, une respiration profonde, anhéleuse qui se produisent au moment où ses paupières se ferment sur ses yeux convulsés en dehors, où ses sensibilités s'éteignent sur toute la surface du corps et des muqueuses.

La sensibilité du *tact seule persiste;* piquez la pulpe des doigts avec une épingle, elle ne sent pas; vous la touchez en un point quelconque avec un corps froid ou chaud, elle n'a aucune sensation; mais placez sous sa main différents objets, elle vous dira, en vous les présentant (les yeux bien clos pour éviter toute erreur) : « Ceci est une plume, ceci est un crayon, ceci une pièce de monnaie, ceci une aiguille, ceci une épingle, voici la tête, voici la pointe ! »

Ce remarquable exemple de dissociation des sensibilités, avec abolition de telles d'entre elles et conservation de telle autre, n'est point un fait isolé, je l'ai observé, depuis longtemps, un grand nombre de fois chez d'autres hypnotisées; et l'ignorance dans laquelle on était de la conservation du *tact*, alors qu'on pouvait traverser le doigt d'une malade avec une épingle sans qu'elle le sentît, a été rapportée au

merveilleux, et a servi de prétexte à l'illusion de la transposition du sens de la vue.

C'est grâce à cette apparence de raison qu'on a pu nous dire :

« Ses yeux sont fermés,

« Tout son corps est insensible,

« Ses mains peuvent être tenaillées sans douleur,

« Et cependant, elle reconnaît tout ce qu'elle touche !

« Donc, elle voit par la pulpe des doigts ! »

Illusion ! ! ! Illusion disparue... comme bien d'autres disparaîtront encore avec la connaissance de plus en plus intime des troubles fonctionnels du système nerveux.

Voyons maintenant le rôle réciproque de l'expérimentateur d'une part, et de l'opérateur d'autre part, vis-à-vis de l'opérée ?

L'influence de l'EXPÉRIMENTATEUR est SOUVERAINE ; il est le maître absolu de la situation ; il dispose, il commande à sa guise, bien sûr d'être obéi ; trouvât-il quelque résistance, il triomphera toujours de la volonté fruste, de l'opposition impuissante de son sujet.

QUANT A L'OPÉRATEUR, il n'a pour le moment QU'UN ROLE TRÈS EFFACÉ ; il est indifférent à la malade au même titre que tout assistant ; elle ne le voit, ni l'entend, ni le connaît, alors que tout à l'heure il occupait toute sa pensée.

L'isolement de la malade d'avec le monde extérieur serait donc complet, s'il ne lui restait un point d'attache dans la personne de l'expérimentateur dont elle entend la voix, et auquel elle obéit *servilement*.

L'ouïe et le toucher persistant seuls dans ce naufrage des impressions sensitivo-sensorielles, c'est par l'exercice de ces deux sens que la communication reste établie avec l'expérimentateur, alors qu'ils sont fermés à tout autre excitant d'où qu'il vienne ; ils arrivent même souvent vis-à-vis de lui à un degré d'*hyperesthésie fonctionnelle* qui dépasse de beaucoup la moyenne de leur exercice normal : il n'est point nécessaire qu'il parle haut, qu'il grossisse sa voix pour être entendu ; la malade est pour lui tout oreilles, elle entend et écoute ses moindres commandements ; elle n'a d'activité que *pour lui* et *par lui* ; cesse-t-il de lui parler, elle reste immobile et muette, incapable de toute spontanéité.

S'il s'éloigne, elle porte ses mains vers lui, en recherchant ses mains, ses bras, comme si elle trouvait à leur contact un point d'appui, une impression agréable ; qu'une autre personne la touche, elle se retire brusquement avec une expression de malaise très manifeste.

Cette concentration exclusive de la malade sur la personne de l'expérimentateur doit être entretenue par des appels incessants faits à son activité mentale : « Comment vous trouvez-vous ? Êtes-vous bien ? Souffrez-vous ? » etc., ou par des suggestions telles que celles-ci : « Soyez calme ! N'ayez nulle inquiétude ! Vous vous trouverez bien quand je vous réveillerai ! »

Les suggestions auxquelles l'École de Nancy, représentée par MM. les professeurs Bernheim, Bonis, Liégois, a donné, à juste titre, le rôle prépondérant dans l'évolution des phénomènes hypnotiques, sont toujours le meilleur mode de communication ; et ce sont elles qui, dans le cas particulier, nous ont servi à maintenir la malade au degré d'hypnose nécessaire à la durée fort longue de l'opération qu'elle avait à subir ; abandonnée à elle-même, elle eût pu se réveiller brusquement, et perdre, en retrouvant sa sensibilité, le profit de l'anesthésie hypnotique insuffisamment prolongée.

Je ne dois pas terminer cette communication, sans vous parler des troubles de la mémoire, et de l'ignorance absolue de l'opérée au moment où on l'a réveillée.

Son étonnement, son expression ne sont pas moins caractéristiques du trouble de son innervation cérébrale, que l'anesthésie et l'analgésie qu'elle nous présentait tout à l'heure ; aux phénomènes d'inhibition qui la rendaient insensible, succède presque instantanément une légère excitation cérébrale. Elle voit avec surprise les personnes qui entourent son lit, elle promène ses yeux autour d'elle pour reprendre possession de son milieu, elle n'éprouve ni fatigue, ni malaise, et revenue à elle, demande avec insistance qu'on l'opère au plus vite.

Dites-lui que l'opération est remise au lendemain..., elle sera mécontente. Dites-lui qu'elle est faite... elle ne vous croira pas !

Il faut assurément qu'un bien grand trouble cérébral ait été produit dans l'ensemble de ses facultés, pour qu'une scission aussi complète s'opère dans l'exercice de la mémoire !

Je vais au-devant d'une objection qui m'a souvent été faite :

« Quelle certitude avez-vous que la mémoire est anéantie ?

« Vous n'avez d'autre preuve que la sincérité de votre malade ? et vous pouvez être dupe d'une mystification. »

Je ne vois vraiment d'autre réponse à cette objection que celle-ci :

Soyez témoin des faits dont je vous parle, — observez froidement, sans parti pris, le réveil d'un hypnotisé, — voyez son expression, son regard, son étonnement, la transformation qui se fait dans tout son être, dans la coloration de sa peau, dans le timbre de sa voix... et vous n'échapperez point à l'émotion qu'ont eue tous les assistants de M. Tillaux, quand sa malade, rapportée dans son lit, lui a demandé de fixer au lendemain le jour de son opération !

Un seul fait, pourriez-vous me dire, n'est pas preuve à conviction ?

Multipliez les observations, répétez l'expérience sur d'autres malades, vous trouverez invariablement, au réveil, l'ignorance complète de tous les faits qui se sont produits pendant le sommeil ; à cette condition toutefois que le sommeil hypnotique ait été conduit à un degré d'intensité suffisante.

Tous les sujets hypnotisables, qu'on nous dit bien plus nombreux à Nancy que nous ne les trouvons à Paris, n'arrivant pas à un même degré d'insensibilité générale et profonde, qui permette de tenter, à leur insu, une opération sanglante, il ne doit venir à l'esprit de personne que l'influence analgésique de l'hypnose puisse être *jamais* un procédé utilisable dans la pratique de la chirurgie en général, non plus que dans celle de l'accouchement.

L'anesthésie et l'analgésie hypnotiques ne seront donc *jamais* que le privilège de quelques malades accessibles à ce mode d'action ; mais son application aura sur le chloroforme l'avantage de les soustraire aux dangers de la chloroformisation, ainsi qu'aux inconvénients qui en résultent : l'excitation violente de la première période, les vomissements, la céphalalgie, l'engourdissement, l'hébétude et le malaise plus ou moins prolongé !

« Je ne verrais, nous disait Tillaux, au sujet de l'hémorrhagie survenue une heure après chez son opérée, je ne verrais qu'une seule observation à faire relativement aux quelques malades qui peuvent profiter de cette méthode : c'est que le spasme des petits vaisseaux, qui diminue la perte de sang au moment de l'opération, peut devenir, quand il cesse au réveil et que la circulation se rétablit largement, l'occasion d'hémorrhagies qui devront être surveillées.

Messieurs, j'avais l'espoir, en composant cette communication, sinon de convertir les plus incrédules d'entre vous, du moins de leur prouver que l'hypnotisme avait une

base reposant sur un ordre de faits déterminés et scientifiquement établis.

Y suis-je arrivé?

Quoi qu'il en soit, je conclus par une nouvelle affirmation à l'appui de faits déjà connus, que :

L'hypnotisme exerce sur CERTAINS SUJETS *une action perturbatrice du système nerveux, qui suspend momentanément leurs sensibilités superficielles et profondes, au point qu'une longue et grave opération sanglante peut être pratiquée sur eux, sans éveiller de douleur, sans qu'ils en aient connaissance.*

Clinique médicale.

KYSTE HYDATIQUE DU FOIE TRAITÉ PAR L'INJECTION DE LIQUEUR DE VAN SWIETEN ; GUÉRISON. — Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 27 juillet 1889, par M. JUHEL-RENOY, médecin des hôpitaux.

La discussion soulevée ici même par M. Debove, dans les séances des 12 et 21 mars 1888, celle plus récente encore de la Société de chirurgie, m'engagent à vous communiquer un fait qui n'a de remarquable que la simplicité, l'innocuité avec lesquelles la guérison a été obtenue. J'ai suivi de point en point la méthode que se proposait de suivre M. Debove lorsque de nouveau il aurait à intervenir. C'est donc à l'évacuation complète, aussi totale que possible au moins, de la poche kystique que j'ai eu recours, suivie de l'injection de liqueur de Van Swieten.

Ce traitement, pour le dire tout de suite, me paraît mériter aussi bien que la laparotomie le nom de *traitement moderne* que M. Richelot semble réserver à l'intervention chirurgicale, et je pense qu'au sein de notre Société, malgré les merveilles opératoires dues à l'antisepsie rigoureuse, nul ne songera à comparer au point de vue de la gravité la ponction suivie de lavage à l'ouverture de l'abdomen. Ces dangers, d'ailleurs, certains chirurgiens ne les dissimulent pas, et le professeur Heydenreich de Nancy proposait pour les éviter le retour à la méthode simplifiée de Récamier; plus récemment encore, M. Spilmann de Nancy s'est déclaré ouvertement partisan du traitement par la ponction simple dont il a publié un cas probant (*Bulletin médical*, in *Semaine méd.*, 13 mars 1889).

Contre la méthode que M. Mesnard de Bordeaux et M. Debove nous ont fait connaître, les objections ont été assez nombreuses, on a bien voulu concéder que « le lavage était un perfectionnement, mais qu'il n'augmentait pas assez la valeur de la ponction pour la faire préférer aux méthodes chirurgicales » (Richelot).

Il ne me paraît même pas absolument démontré qu'il n'y faille pas « songer » un instant dans les kystes suppurés; l'observation de Mesnard de Bordeaux est là pour prouver que cette opération peut être suivie quelquefois de succès complet et qu'en conséquence il n'y a pas lieu de condamner sans appel ce procédé, même dans le cas toujours singulièrement grave d'un kyste suppuré.

Si la discussion reste ouverte sur ce dernier point, je comprends peu, en vérité, le dédain en lequel la plupart des chirurgiens tiennent maintenant l'intervention « médicale », si je puis ainsi parler. Outre que les succès par la simple et unique méthode aspiratrice ne se comptent plus tant ils sont nombreux, il me paraît évident que leur nombre ira s'accroissant à mesure que la pratique du lavage s'étendra et aussi à mesure que la prudence reviendra aux chirurgiens qui semblent s'en départir un peu depuis que l'antisepsie leur est chose familière.

L'observation qui suit et que je résume en quelques mots engagera peut-être quelques-uns de nos collègues à tenter le lavage après ponction des kystes qu'ils auront à traiter.

OBS. — Berthe B., douze ans, est prise en août 1888 d'un malaise qui fut qualifié de scarlatine par un médecin, il y avait une légère angine et une éruption rouge *non prurigineuse*. En quatre ou cinq jours tout fut fini, et aucune desquamation ne survint; mais durant cette courte maladie, le médecin reconnut que la malade portait dans le flanc droit une tumeur qui jusque-là, par son indolence absolue, était restée méconnue. Depuis l'apparition de l'éruption, la gêne respiratoire s'est montrée, l'enfant se plaint d'une sensation de tension dans l'hypocondre droit lorsqu'elle marche ou reste longtemps debout.

Aucune modification de la santé générale d'ailleurs, aucun de ces signes « révélateurs » signalés dans les kystes hydatiques, dégoût des graisses, douleur de l'épaule, etc.

Lors de l'entrée, 6 novembre 1888, on constate que l'hypocondre droit est le siège d'une déformation considérable, les côtes sont déjetées en dehors, une véritables tumeur fait saillie. *A la palpation* on perçoit une fluctuation profonde, en même temps qu'une certaine mobilité, la main placée dans la région lombaire et la soulevant fait éprouver à la main antérieure qui palpe le foie une sensation de résistance très nette. La tumeur est mate à la percussion, sans interposition d'anses intestinales, et suit les mouvements du diaphragme.

Le diagnostic étant fait sur-le-champ, et la poche paraissant très tendue, je me décide à intervenir. La veille du jour où l'enfant doit être opérée, l'intestin est débarrassé par un purgatif léger, et la malade est soumise à une diète assez sévère, avant la ponction, un bandage de corps a été disposé afin d'éviter tout mouvement après l'opération. Celle-ci est très simple : ponction au point culminant de la tumeur, issue de 975 grammes d'un liquide clair limpide, dans lequel nagent de nombreux échinocoques.

Ce liquide est *très légèrement* alcalin, d'une densité de 1008, non albumineux, renferme $5^{gr},4$ de chlorures (chlorure de sodium), pas de sulfates et donne $9^{gr},3$ d'extrait sec à 100 degrés.

Dès que l'aspiration est terminée, j'injecte 150 *grammes* de liqueur de Van Swieten tiédie au bain-marie à 35 degrés, et laisse durant dix minutes le liquide dans la poche; à ce moment la malade accuse un peu de douleur dans l'épaule droite, le liquide retiré est couleur vert clair.

Je pratique un second lavage, 125 *grammes* sont de nouveau injectés et séjournent cinq minutes, puis sont repris par l'aspiration, le liquide extrait est très faiblement verdâtre. Dès que le lavage est fini, l'enfant est immobilisée et prend à trois reprises 1 centigramme d'opium.

Les suites furent simples, le lendemain survient un peu de diarrhée et, deux jours après, un peu de rougeur des gencives.

Le 19 novembre, soit dix jours après le lavage, la tumeur avait disparu, et l'enfant partait guérie. Depuis lors, je l'ai suivie, la palpant toutes les six semaines. Je l'ai revue, il y a peu de jours, et la palpation la plus profonde, la plus minutieuse ne permet de constater aucune trace du kyste, la région hépatique a repris sa forme. Toute gêne, toute douleur ont disparu.

Donc intervention opératoire simple et peu douloureuse, car malgré l'âge de l'enfant (douze ans), la douleur de l'épaule droite ressentie durant les deux injections intrakystiques fut assez peu vive pour n'arracher aucun pleur. Innocuité, ai-je dit, car chez cette malade, aucune fébricule, aucune plaque ortiée ne se sont montrées. Il y eut une petite menace de stomatite légère, très légère, malgré les quantités (275 *grammes*) de liqueur de Van Swieten qui furent injectées. C'est là cependant un inconvénient à redouter, et il est vraisemblable qu'on pourra trouver dans l'arsenal thérapeutique un liquide antiparasitaire aussi énergique que le sublimé, et n'exposant pas les opérés à des phénomènes d'intoxication, témoin le malade de M. Debove, guéri par l'injection de sulfate de cuivre; malgré la *possibilité* de ce danger, je crois qu'on peut, sans imprudence, imiter ma conduite chez les individus pourvus d'une bonne dentition, comme l'était ma petite malade.

Je crois donc, en résumé, que sans avoir la prétention, — comme la laparotomie, — de guérir tous les kystes hydatiques du foie, la méthode du docteur Mesnard de Bordeaux

doit être suivie, qu'il y a lieu à protester contre le courant chirurgical qui tend à présenter comme une méthode aveugle entre toutes l'aspiration, c'est un reproche contre lequel on ne saurait assez vigoureusement s'inscrire en faux, alors que la thoracentèse qui nous est si familière, et qui n'est rien autre chose que la ponction d'un kyste pleural, nous rend de si grands services; c'est une application précieuse pour le traitement des kystes hydatiques du foie, il suffit de faire des diagnostics précis et la clinique les permet dans la généralité des cas. Si à la ponction on adjoint l'injection de liquides puissamment antiparasitaires sans causticité, et qu'en même temps on évite toute intoxication, je suis porté à penser que le traitement médical de ces kystes nous restera et pourra entrer en comparaison avec le traitement chirurgical; ces méthodes thérapeutiques, toutes deux récentes, modernes pour reprendre l'expression du chirurgien que je citais au début de ma communication, compteront, j'en suis sûr, des succès nombreux; mais j'ajoute que, quoi qu'on en aie, la généralité des malades et des médecins préférera à l'ouverture abdominale la ponction et le lavage antiseptique et antiparasitaire, méthode qui ne mérite, je pense, à aucun titre le nom d'aveugle.

REVUE DES CONGRÈS

8e Congrès de médecine interne (Wiesbaden, 1889).

Discussion sur l'occlusion intestinale.

Leichtenstern (de Cologne) a consacré son rapport à des considérations sur l'occlusion paralytique, sur le diagnostic général et sur quelques symptômes en particulier.

L'arrêt des matières peut relever de deux causes : un obstacle, une insuffisance de la force motrice. De là la division de l'occlusion en mécanique et dynamique; les deux causes s'associent dans l'occlusion mécanico-dynamique. L'occlusion dynamique relève de la paralysie intestinale, facteur qui a, dans bien des cas, une grande importance. Sa cause la plus fréquente est la péritonite aiguë ou chronique, diffuse ou circonscrite, d'origine quelconque, la pérityphlite surtout. De là provient l'iléus consécutif aux traumas de l'abdomen, aux laparotomies; de là encore la persistance des accidents après qu'on a fait cesser la cause mécanique d'un étranglement interne ou externe, ou après qu'on a établi, en cas d'occlusion, un anus contre nature. A mentionner encore l'accumulation fécale dans le côlon, par insuffisance musculaire primitive de cet intestin; ou dans les paraplégies médullaires par paralysie des muscles abdominaux. A tous ces états, la condition pathogénique commune est la paralysie d'une anse dans laquelle les matières accumulées forment obstacle à l'action des anses sus-jacentes; de là une distension de plus en plus grande, et, secondairement, des changements de position, des coudures qui aggravent le mal.

Des phénomènes paralytiques de même ordre jouent un rôle considérable pour entraîner l'occlusion complète à la suite des rétrécissements de l'intestin; pour rendre définitifs les incarcérations, les étranglements. Une sténose reste souvent latente jusqu'au jour où éclatent des accidents aigus dus soit à la paralysie, soit à des actions mécaniques (enclavement d'un corps étranger). L'acuité du début n'exclut donc nullement l'idée d'un rétrécissement.

Rien de spécial sur le diagnostic différentiel, rien non plus sur le diagnostic du siège, rien que de classique encore sur le diagnostic de la cause anatomique.

Les symptômes sont de deux ordres : phénomènes d'occlusion, accidents réflexes.

Les phénomènes d'occlusion sont : l'arrêt des selles, le météorisme, le vomissement simple, puis fécaloïde, et, secondairement, la phénolurie et l'indicanurie, puis des accidents d'auto-intoxication. L'occlusion de l'intestin grêle, sauf sur une anse très élevée, entraîne toujours l'indicanurie; ce symptôme manque dans l'occlusion simple du côlon, mais il survient quelquefois dans les incarcérations graves de cet intestin. Lorsqu'il fait défaut, c'est un signe d'obstacle colique, surtout si les accidents sont aigus.

Le météorisme a une importance pronostique réelle, car il engendre des troubles dyspnéiques et circulatoires. Chez ces malades, l'insuffisance cardiaque et pulmonaire est un des principaux dangers.

Enfin des résorptions toxiques se font au-dessus de l'obstacle. De là le délire, le coma, les manifestations fébriles, quelquefois l'état typhoïde, et, chez quelques malades, des néphrites, parotidites, érysipèles, phlegmons.

Les accidents réflexes sont la douleur, la dépression cardiaque, le collapsus, l'hypothermie, l'ischémie cutanée, le facies grippé, la petitesse du pouls, la tachycardie, l'anurie et l'albuminurie, la dyspnée, les sueurs froides. Pour certains de ces symptômes, on a invoqué l'urémie.

Les sueurs, les vomissements, l'arrêt de l'absorption intestinale, l'accumulation de liquides dans l'intestin distendu, entraînent la dessiccation de la bouche, l'arrêt des sécrétions, et expliquent qu'on puisse comparer certaines occlusions au choléra.

Curschmann (de Leipzig) s'est occupé du traitement. Il a d'abord montré comment autrefois l'ignorance des causes et des variétés avait conduit à des thérapeutiques absurdes, peu à peu abandonnées et remplacées par une thérapeutique rationnelle à mesure que les notions théoriques se sont complétées. Il s'est borné ensuite à parler du traitement des cas aigus, ou tout au moins des accidents aigus se greffant sur un état chronique.

Il établit, en premier lieu, que toutes les variétés anatomiques sont susceptibles de guérison sans opération. Les relevés de Goltdammer, de Breslau, donnent 105 cas avec 35,25 pour 100 de guérisons. Ce chiffre est loin d'être satisfaisant. Est ce donc par la laparotomie constante et immédiate qu'on l'améliorera? La question est encore bien douteuse, et est sans doute destinée à le rester bien longtemps encore. Le diagnostic est obscur, et bien des malades sont apportés à l'hôpital dans un état de collapsus tel que l'opération est contre-indiquée; l'acte opératoire est difficile; on a de la peine souvent et à trouver l'obstacle et à réduire les anses météorisées. Néanmoins, Curschmann admet que la chirurgie est destinée à prendre une place de plus en plus grande dans le traitement de l'occlusion; qu'elle seule est bonne pour les cas, encore rares il est vrai, où le diagnostic précis et précoce est possible; mais la thérapeutique interne a toutefois une grande importance, surtout si elle est employée dès la première manifestation. Immédiatement le malade sera mis à la diète, ne recevra comme boisson qu'un peu d'eau et de cognac. Dans quelques cas on a eu de bons résultats par l'injection sous-cutanée d'une solution de sel marin. Les moyens médicaux visent les trois buts suivants : 1° calmer les contractions du bord supérieur; 2° diminuer la distension de ce bord; 3° dans quelques cas déterminés agir mécaniquement. On peut encore chercher à éveiller des mouvements péristaltiques du bout inférieur. En tout cas, proscription absolue des purgatifs. L'opium donne de bons résultats. Le lavage de l'estomac est un bon moyen. Enfin Curschmann insiste sur les ponctions multiples et répétées de l'intestin distendu : elles lui ont fourni trois succès, et n'ont jamais causé d'accidents. Il est complètement revenu des injections rectales. Mais l'insufflation rectale, récemment préconisée par Ziemssen, par Rüneberg, est préférable.

Jurgensen (de Tübingue) pense que la paralysie cardiaque, cause fréquente des échecs opératoires, est produite par le météorisme. Il appuie son opinion sur des données expérimentales. Il est partisan des ponctions multiples. Il croit que l'insufflation est parfois dangereuse et cite un cas où elle a causé un emphysème généralisé.

Rosenbach (de Breslau) décrit une réaction de l'urine qui, par addition d'acide nitrique goutte à goutte, prend une teinte rouge foncé lorsque les échanges nutritifs sont profondément compromis. Il est partisan des ponctions intestinales.

Nothnagel (de Vienne) n'admet pas la réalité des vomissements de matières réellement fécales (dont Leichtenstern avait dit quelques mots). Il pense que bien des occlusions, au début, guérissent facilement. En particulier, l'invagination est très fréquente et ne cause souvent pas d'accidents.

Ziemssen (de Munich) croit que Jurgensen exagère les méfaits de l'insufflation rectale, bon moyen de diagnostic pour les obstacles coliques. Les fistules gastro-coliques peuvent s'accompagner de vomissements de matières fécales; mais les autres symptômes de l'occlusion font défaut. Le lavage de l'estomac

doit toujours être entrepris, même quand on va opérer : il cite un cas où un sujet qu'on opérait de hernie ombilicale fut pris de vomissements et mourut par pénétration de matières dans les voies aériennes.

Von Zœge Manteuffel (de Dorpat) expose les idées de son maître Von Wahl.

Fräntzel (de Berlin) est partisan des ponctions. Il cite cependant un fait où le trou est resté béant et où l'on a constaté du météorisme péritonéal.

Fürbringer insiste sur les guérisons dues aux moyens médicaux. Il les évalue à un tiers environ des cas, et en a observé même chez des malades pour lesquels l'opération avait été résolue, mais, différée par hasard, n'avait pas tardé à devenir inutile. L'anus contre nature est mauvais pour les obstacles haut situés. Fürbringer ne pense pas que les progrès du diagnostic fassent beaucoup pour l'amélioration des résultats : il a vu guérir des opérés où le diagnostic était très obscur et en a vu périr chez lesquels il avait été et précoce et précis. L'opium est le meilleur des médicaments. Les ponctions sont efficaces, mais quelquefois dangereuses. L'insufflation rectale est plus innocente.

Hoffmann (de Leipzig) a vu les orifices des ponctions livrer passage au contenu de l'intestin.

Schede (de Hambourg) est d'avis qu'en cette question si complexe médecins et chirurgiens doivent associer leurs travaux. Il admet que les moyens médicaux donnent à peu près un tiers de guérison. Il affirme qu'actuellement il est impossible de dire avec netteté à quel moment précis l'opération devient indispensable. Le collapsus y est une contre-indication. Il admet, avec Curschmann, qu'il faut de plus en plus la laparatomie pour les cas où le diagnostic précoce est possible; mais il ajoute que l'opération rapide est indiquée pour tous les cas aigus, avec symptômes d'étranglement. Il donne quelques détails de technique et préfère la méthode de Mikulicz (petite incision et dévidement des anses) à celle de Kümmel (extraction en bloc du paquet intestinal à travers une vaste incision). Sur les malades abattus, on aura recours à l'anus contre nature, lequel, d'autre part, peut parfois s'oblitérer, le cours des matières se rétablissant spontanément. Si cet événement heureux n'a pas lieu, on entreprendra l'opération radicale, après avoir attendu que l'état général soit devenu bon.

Bäumler (de Fribourg) est partisan de l'opium; il est absolument opposé aux purgatifs.

Flothmann (de Dresde) recommande la pratique de Simon : chercher à lever l'obstacle à l'aide de la main introduite entière dans le rectum.

Leube (de Würzbourg) ne conseille l'opération qu'après échec de l'opium à haute dose, d'un purgatif, du lavage de l'estomac (dont on exagère peut-être les bienfaits). On doit opérer sans tarder dès que le pouls fait mine de faiblir.

Mossler (de Greifswald) est partisan du lavage de l'estomac.

K. Roser (de Hanau) a vu trois opérations pour occlusion par diverticule de Meckel être frappées de stérilité par la péritonite déjà installée. On avait opéré aux deuxième, troisième, huitième jours. Il faut opérer avant le deuxième jour.

Bäumgärtner (de Bade) est pour l'opération précoce, même en l'absence de diagnostic précis. Il relate une opération heureuse. (*Bericht über die Verhandlungen des VIII. Kongresses für innere Medicin*, Wiesbaden, 1889, *Beilage zum Centralblatt für klinische Medicin*, 1889, n° 28, p. 1 à 15.) A. B.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

SÉANCE DU 6 AOUT 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN, VICE-PRÉSIDENT.

MM. les docteurs *Doyen* et *Coultolenc* (de Reims) envoient un *Pli cacheté* dont le dépôt est accepté.

M. le docteur *Rouvier*, professeur à la Faculté française de médecine de Beyrouth, se porte candidat au titre de correspondant national dans la division de médecine.

M. *Ernest Besnier* présente la thèse de M. le docteur *Dupas* sur *le traitement abortif de l'herpès* et fait hommage d'un mémoire sur *le pityriasis*.

SYPHILIS VACCINALE. — M. *Hervieux* relate cinq cas avérés de syphilis survenus chez des enfants inoculés le 11 mai dernier avec le vaccin de l'Académie. De l'enquête qui a été aussitôt faite, il résulte que la contamination s'est effectuée par un enfant vaccinifère en état de syphilis latente, héréditaire. A ce propos, M. Hervieux déclare qu'au point de vue pratique il craint qu'en dépit de toutes les précautions prises pour la vaccination jennérienne à l'Académie, il ne soit pas suffisamment armé pour se défendre contre le retour d'une pareille aventure. Faisant ensuite observer que, depuis l'avènement de la vaccine animale, la vaccine jennérienne est, sinon complètement délaissée, du moins très négligée, il estime qu'il y a dans cet abandon de l'injustice et de l'ingratitude. On reproche à la vaccine jennérienne le danger auquel elle expose de la syphilis vaccinale, mais qui est loin d'être toujours mortel. M. Fournier a pu en réunir quelques centaines de cas; qu'est-ce que ce misérable chiffre comparé aux milliards de vaccinations opérées sur toute la surface du globe? Sans nul doute, le vaccin de génisse a, sur le vaccin jennérien, cette immense supériorité de permettre par l'abondance de sa production, la suppression dans un laps de temps très court, de grandes épidémies varioliques; mais il ne faut pas oublier que les éléments dont il se compose le rendent facilement putrescible, et que ses altérations ont déjà plus d'une fois donné lieu à la septicémie. Or, le vaccin humain, récolté avec soin, n'expose pas à ce danger terrible. « Je m'arrête, ajoute M. Hervieux, dans ce parallèle, qui pourrait donner le change sur le fond de ma pensée et laisser croire que je fais le procès à la vaccine animale, alors que je réclame simplement une place auprès d'elle pour la vaccine humaine.

« Reste la question des atteintes portées à la vieille réputation de la vaccine par les rares accidents dont elle peut être la cause. Il faut bien savoir que si la vaccine n'est pas exempte de quelques dangers, il en est de même des plus grandes découvertes de l'esprit humain. Le chloroforme ne fait-il pas, chaque année, un certain nombre de victimes? Les antiseptiques n'ont-ils pas donné lieu parfois à quelques accidents ? Gardons-nous donc de récriminer contre la vaccine, pour quelques faits regrettables sans doute, mais qui n'ont du moins, jusqu'à ce jour, entraîné aucune conséquence sérieuse, et qui ne sauraient d'ailleurs infirmer en rien les incomparables bienfaits de la découverte jennérienne. »

Pour M. *Fournier*, il est impossible, après avoir entendu le récit de M. Hervieux, de ne pas déplorer le malheur dont il vient d'être question et en même temps de ne pas exonérer de la responsabilité de ce malheur le directeur de la vaccine, qui a fait tout son possible pour l'éviter. La responsabilité incombe à la méthode vaccinale; elle en est inséparable. Le coupable, c'est la méthode et la méthode est celle qu'a acceptée et que pratique l'Académie. Dans le cas présent, cinq enfants sont devenus syphilitiques de par une infection vaccinale. S'agit-il d'une contamination vaccinale ou d'une contamination opératoire? Cette dernière hypothèse doit être exclue parce que l'expérience a appris que dans les cas de contamination opératoire, l'infecté est unique, parce que c'est lui qui reçoit tout le virus syphilitique. D'ailleurs, M. Hervieux prend toutes les précautions de propreté et même d'antisepsie et, sous ce rapport, sa pratique ne peut être incriminée; ce qui prouve, au surplus, que tel n'a pas été le mode de contamination, c'est la multiplicité des vicimes, ce qui plaide absolument contre une contamination par les instruments. M. Hervieux a eu le malheur de tomber sur un enfant en état de *syphilis latente*. Il a très bien

choisi son vaccinifère, comme âge, constitution, tempérament, santé générale, etc.; mais seulement il n'a pas vu ce qu'il ne pouvait pas voir, et ce qui constitue le danger par excellence: la syphilis latente. Or, la contamination vaccino-syphilitique peut être transmise par un vaccinifère en état de syphilis latente, c'est-à-dire par un enfant qui paraît sain et bien portant. La preuve de ce fait, on l'a vu dans plusieurs observations antérieures de syphilis vaccinale. Mais c'est là un danger auquel il est et il sera toujours impossible de parer. Aussi bien, comme conclusion, M. Fournier demande-t-il que tout vacciné soit vacciné avec des instruments à lui, ne devant jamais toucher que lui; le vaccin serait recueilli à la lancette sur le vaccinifère et déposé sur une lamelle de verre; puis il est puisé là par une aiguille cannelée et inséré à l'aiguille sur le vacciné. La vaccination faite, la lamelle de verre et l'aiguille seraient aussitôt sacrifiées. En agissant de la sorte, la sécurité est absolue et elle est acquise à très peu de frais.

Mais cette proposition ne suffit pas. La sécurité absolue ne pouvant exister avec le vaccin humain, il est urgent que les vaccinations faites par les soins de l'Académie ne soient plus faites désormais qu'avec le vaccin animal. Sans doute on peut craindre que la vaccine animale ne soit pas non plus sans danger; il paraîtrait que le vaccin animal conservé, un peu vieilli, peut revêtir des qualités septicémiques très dangereuses, voire mortelles. Mais comme la question de l'infection syphilitique par la vaccination s'impose aux méditations de l'Académie, si celle-ci ne s'en occupait pas après le récit de M. Hervieux, l'opinion publique pourrait peut-être en réclamer l'examen approfondi. Au surplus, on ne peut rester dans le *statu quo*: voilà deux fois déjà que le vaccin humain devient ici, à l'Académie, l'origine de semblables désastres (11 cas d'infection en 1865 et 5 en 1889). C'est trop! Le vaccin humain a fait ses preuves; il ne faut pas lui donner le temps de réaliser une troisième catastrophe. — (Les propositions de M. Fournier sont renvoyées à la Commission de vaccine).

Prophylaxie de la tuberculose. — M. *Dujardin-Beaumetz*, ouvrant la discussion sur la prophylaxie de la tuberculose, demande un certain nombre de modifications au texte des instructions, dont l'adoption a été proposée à l'Académie par M. Villemin dans la dernière séance. Comme il ne croit pas que la tuberculose fasse moins de victimes à la campagne qu'en ville, il estime qu'il n'y a pas lieu de faire de différence à cet égard. Quant à la transmission de cette affection par le lait et par les viandes de boucherie, il ne saurait souscrire à la prohibition du lait cru et de la viande crue ou peu cuite. Il ne s'oppose pas à ce qu'on recommande de donner du lait bouilli aux enfants, bien que ce liquide ait alors perdu de ses qualités digestives; mais il fait observer que le lait de vache ne contient qu'exceptionnellement des bacilles, car il faut que non seulement la vache soit tuberculeuse, mais qu'elle ait de plus une mammite tuberculeuse. Or, le nombre des vaches malades dans les vacheries de Paris est très restreint, il y en a eu dix à douze en 1888 et pas une n'avait de mammite tuberculeuse. C'est surtout dans les articles 3 et 5 que la Commission lui paraît dépasser toute mesure, lorsqu'elle demande de supprimer de l'alimentation la plupart des viandes saignantes et même crues qui sont si souvent employées dans les ménages et même en thérapeutique. Rien ne démontre chez l'homme la transmission de la tuberculose par les viandes de boucherie; même expérimentalement, les résultats sont des plus contradictoires (Nocard, Arloing, Chauveau); on sait en outre, d'ailleurs, que le suc gastrique est un destructeur actif du bacille tuberculeux. En fait, la contagion par l'alimentation est loin d'être démontrée. Il y a lieu de supprimer les paragraphes qui y font allusion dans les instructions.

La tuberculose étant produite par le développement dans les organes d'un microbe, dont l'introduction dérive de l'ingestion de produits tuberculeux provenant d'animaux malades ou par la respiration de poussières, de crachats d'êtres humains phthisiques, c'est-à-dire atteints de tuberculose pulmonaire, il convient, d'après M. *Daremberg*, de prendre à cet égard les mesures prophylactiques suivantes:

De tous les aliments contenant le microbe de la tuberculose, le plus dangereux est le lait, surtout lorsqu'il est donné aux enfants; comme la chaleur de l'ébullition tue le microbe, il faudra et il sera facile de se préserver de ce mode de contagion en faisant bouillir le lait. Il faudra toujours couper en morceaux minces et porter à la température de l'ébullition les organes comestibles susceptibles d'être envahis par le microbe tuberculeux (foie, poumons, cervello, rate, reins et intestin). Quant à la viande, elle devra être également portée à la température de l'ébullition, quand elle ne sera pas composée exclusivement de muscle rouge. La viande crue, devant être consommée crue ou devant servir à la préparation du jus de viande, devra donc être séparée soigneusement des tissus non musculaires qui l'environnent.

Il importe de ne jamais se servir des mêmes verres, converts, biberons et mêmes objets de toilette de la bouche qu'un tuberculeux, à moins qu'ils n'aient été portés à la température de l'ébullition.

Les crachats des tuberculeux atteints de phthisie pulmonaire contiennent souvent une quantité prodigieuse de microbes tuberculeux, qui peuvent devenir des agents de contagion, s'ils se mêlent aux poussières de l'air que nous respirons. Pour les rendre inoffensifs, il faut les empêcher de se dessécher. Le phthisique ne devra donc jamais cracher sur le sol des rues, le plancher des lieux publics et privés, sur les linges, tapis, etc. Chez lui, il devra recevoir ses crachats dans un vase contenant de l'eau; dehors il devra les introduire dans un flacon contenant de l'eau. Pour le nettoyage, crachats et flacons devront être introduits pleins dans un bain-marie porté à l'ébullition avant d'être vidés. La cohabitation avec un tuberculeux est dangereuse si l'on ne prend pas les précautions suivantes: éviter par l'usage des crachoirs le danger de l'exhalation des poussières de crachats desséchés, éviter la contamination par l'usage commun des ustensiles d'alimentation et de toilette, éviter toutes les causes de contagion, dues à l'apport de microbes tuberculeux d'une bouche à une autre. Dans les stations d'hiver et d'été, fréquentées par les tuberculeux, il est de l'intérêt des hôteliers, logeurs en garni, etc., de mettre dans chaque chambre, vestibule, escalier, un ou plusieurs crachoirs et d'avoir, dans chaque maison, un ou plusieurs récipients dans lesquels on fera bouillir chaque jour ces crachoirs, avec leur contenu, avant de les vider.

M. *Germain Sée* estime que les instructions en discussion renferment diverses propositions hasardées et qui sont en complète opposition avec les faits d'observation et surtout d'expérimentation. La première est la définition même de la tuberculose: on affirme la contagiosité de la phthisie par l'air atmosphérique. Or le bacille ne peut vivre dans l'air et ne se développe jamais et ne se multiplie jamais que dans l'organisme vivant de l'homme ou de l'animal; en dehors de cet organisme, il meurt rapidement, parce que pour vivre, il lui faudrait une température de 30 degrés au moins et un long temps. Dès que le bacille ne peut pas vivre dans l'atmosphère, où il n'arrive d'ailleurs qu'accidentellement et exceptionnellement, il n'y a pas de contagion atmosphérique à craindre, et ceci est un grand bonheur pour l'humanité. Ce seul mot de contagion avait déjà suffi pour désorganiser les familles où se trouvent encore un ou deux tuberculeux; le malheureux malade est isolé, abandonné pendant des mois et des années. Voilà la consé-

quence désastreuse d'un mot, qui, du reste, est absolument faux. On a prouvé en effet expérimentalement que l'examen de l'air pris à 2 ou 3 mètres du malade ne contient pas de bacilles; l'air expiré par le malade est inoffensif, les crachats ne le sont pas. Encore faut-il que ces crachats soient desséchés, poudroyés, mêlés sous la forme de poussière ou amalgamés avec les poussières qui voltigent sans cesse dans les chambres de malades ou d'hôpital. Aussi ne doit-on pas craindre de pénétrer dans la chambre du malade et de lui prodiguer des soins, mais il faut avoir la précaution de recommander le déversement de l'expectoration dans un linge ou dans un crachoir, dont les produits doivent subir une crémation immédiate.

Les instructions recommandent, d'autre part, des précautions à l'égard des individus sujets aux rhumes, aux bronchites, aux pneumonies, ou qui ont eu la rougeole ou la variole, ou bien encore qui sont par hérédité exposés à la tuberculose. Que sont donc ces bronchitiques, ces catarrheux, ces asthmatiques? Loin d'être sujets à la tuberculose, ils semblent en être plus exempts que qui que ce soit. Les individus qui ont un rhume négligé ne deviennent pas tuberculeux, ils le sont déjà. Quant aux héréditaires, au lieu de leur imposer des précautions exagérées, qu'on les soumette à la gymnastique et à l'hydrothérapie, ce sera le meilleur procédé pour leur agrandir les poumons, les fortifier, ce qui constitue le moyen le plus efficace pour résister aux bacilles.

La troisième conclusion est relative au lait; certes le lait est souvent bacillifère, mais à une condition, c'est que la vache soit non seulement tuberculeuse, mais que le pis de l'animal soit atteint profondément; autrement le lait n'est pas redoutable et il peut être pris sans danger.

La quatrième conclusion est relative à la viande et au sang. Or le sang n'est jamais virulent, et la chair, loin de contenir le bacille, le détruit par le suc musculaire qu'elle contient. Aussi n'est-il pas admissible, pour atteindre un but aussi hypothétique, de faire cuire les viandes jusqu'à les rendre en bouillie, de supprimer les viandes rôties, de défendre la viande crue; s'il fallait écouter la Commission, on serait privé de tous les meilleurs produits alimentaires, des principes myosiques de la chair de bétail, du poulet lui-même, du porc à plus forte raison, à moins de les soumettre à une cuisson, à un brasier, qui ne manquerait pas de détruire la surface sans exonérer le centre.

En résumé, le premier devoir du médecin, en présence d'un cas de tuberculose, est de se taire; le second est de veiller aux soins de propreté, et le troisième et dernier, de prescrire une cuisine qui soit en rapport avec les données de la plus saine physiologie.

Trépanation. — M. *Lépine* communique l'observation d'un malade, âgé de vingt-neuf ans, alcoolique, atteint de pachyméningite, et chez lequel, sous l'influence d'une chute, s'était produit un hématome de la dure-mère. A la suite de cette chute, le malade est tombé dans le coma; il y est resté pendant deux jours; quand il en est sorti, il était complètement aphasique et hémiplégique du côté droit. Les jours suivants se manifestèrent plusieurs crises d'épilepsie jacksonienne, débutant invariablement par une secousse de la commissure labiale droite, et bientôt suivie par des convulsions des membres du côté droit. L'état ne s'améliorant pas, la trépanation fut faite dix jours après la chute. Au moment où la dure-mère fut incisée, au niveau de la partie inférieure du sillon de Rolando, il jaillit 25 grammes d'un liquide brunâtre. Le lendemain, le malade put, pour la première fois, écrire son nom. Les jours suivants, l'hémiplégie et l'aphasie disparurent progressivement.

Ce cas est assurément favorable aux idées des chirurgiens qui, comme Lucas-Championnière, sont portés à élargir le cadre des indications de la trépanation; mais, si l'on s'engage dans cette voie, il faut le faire avec réserve; car, en dehors des traumatismes crâniens, les indications du trépan ne peuvent pas être encore bien formulées.

Pathologie et anatomie comparées. — M. le docteur *Galippe* communique, au nom de M. le docteur *Larcher* et au sien, leurs recherches sur les maladies de la cavité buccale, des dents et des défenses chez l'éléphant. Ils ont particulièrement étudié les lésions de la dentine, ainsi que celles que l'on rencontre dans la cavité pulpaire, lésions déterminées soit par des blessures du cément, soit par des projectiles ayant lésé la pulpe. Les auteurs ont passé en revue diverses anomalies de développement, ainsi que les fissures ou les fractures des défenses produites par des traumatismes.

— L'ordre du jour de la séance du 13 août est ainsi fixé : 1° Suite de la discussion sur la prophylaxie de la tuberculose; 2° Suite de la discussion sur l'anesthésie et le chloroforme; 3° Communications de MM. *Germain Sée*, *Marc Sée* et *Semmola*.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 31 JUILLET 1889. — PRÉSIDENCE DE M. LE DENTU.

Traitement électrique des myomes utérins : MM. Onimus, Després. — Traitement chirurgical des néoplasmes perforants du crâne : M. Pousson (M. Kirmisson, rapporteur). Discussion : MM. Tillaux, Marchand. — Statistique de M. Lucas-Championnière.

M. *Le Dentu* lit une note où M. *Onimus* dit avoir appliqué depuis longtemps déjà l'électrisation aux myomes utérins. M. Le Dentu fait d'ailleurs remarquer que la méthode actuelle diffère absolument de ces premiers essais.

M. *Després*, absent lors de la dernière discussion, désire faire connaître un accident de la méthode. Il a vu trois malades qui y avaient été soumises et qui toutes trois avaient refusé de continuer, parce que l'électrisation leur procurait des sensations voluptueuses continuelles.

— M. *Kirmisson* lit un rapport sur un travail de M. *Pousson* (de Bordeaux) : *Traitement chirurgical des néoplasmes perforants de la voûte du crâne.* Voici l'observation : Femme de soixante-quatorze ans qui, depuis un an et demi, avait vu se développer un cancer du sein et grossir une loupe qu'elle avait depuis longtemps au cuir chevelu. Le sein fut enlevé, puis, un mois après, la tumeur épicrânienne. Cette tumeur ne battait ni n'était réductible, mais avait des mouvements d'expansion. En effet, l'opération fit constater que l'os était perforé. Une fois la tumeur enlevée, il en résulta un trou par lequel fit hernie le cerveau recouvert de la dure-mère saine. La malade guérit, bien que la plaie ait suppuré. Mais elle ne fut soulagée ni de ses douleurs, ni de quelques phénomènes parétiques et aphasiques. Et, de plus, au bout de huit mois, une tumeur apparaissait sur le frontal; deux mois après, poussait une récidive locale. La région mammaire reste indemne. — A ce propos, M. Pousson réunit 41 observations, et montre que les méthodes anciennes (cautérisation, ligature) doivent céder le pas à l'extirpation au bistouri, beaucoup moins dangereuse. L'ablation des tumeurs perforantes de la voûte du crâne est aujourd'hui permise.

Elle est même bien plus vulgaire qu'on ne le croirait en ne comptant que 41 observations, ajoute M. *Tillaux*, qui désire faire deux réserves : 1° une loupe devenue cancéreuse perfore bien rarement le crâne dans toute son épaisseur. Il est bien plus probable qu'il s'agit d'un carcinome osseux secondaire; 2° une hernie du cerveau recouvert de la dure-mère saine est impossible à comprendre.

M. *Marchand* pense comme M. Tillaux.

M. *Kirmisson* accorde que l'existence préalable d'une loupe n'est peut-être pas un motif suffisant pour le diagnostic de M. Pousson. Mais, pour ce qui est de la hernie, elle semble indiscutable. M. Pousson, tout le premier, en a été surpris. Peut-être y a-t-il une tumeur cérébrale (cas auquel Horsley dit que la dure-mère bombe dans l'orifice de la trépanation), car les phénomènes cérébraux n'ont pas cédé à l'ablation du néoplasme extérieur.

— M. *Lucas-Championnière* communique la *statistique de son service de l'hôpital Saint-Louis*, de mai 1887 à mai 1889. Le seul fait général sur lequel il désire insister est qu'il se passe de toute installation spéciale, de tout outillage compliqué. Il enregistre cependant les résultats suivants, en ne tenant pas compte d'une grande quantité d'opérations insignifiantes :

Hommes, 320 opérations (parmi lesquelles 8 arthrotomies du genou, 8 sutures de la rotule, 13 résections du genou, 14 trépanations, 103 cures radicales de hernies, 4 kélotomies) : 0 mort.

Femmes, 144 opérations (3 sutures de la rotule, 6 trépanations, 14 amputations du sein, etc.) avec 2 morts : 1 amputation de sein, morte au dix-huitième jour d'un érysipèle de la face; 1 kélotomie chez une vieille femme.

4 laparotomies chez l'homme, avec 2 décès (1 splénectomie, 1 kyste du foie et de la rate).

128 laparotomies chez la femme, qu'on peut diviser en plusieurs séries : castrations pour corps fibreux, 15, 2 morts; kystes de l'ovaire, 28, 2 morts (dans des cas très complexes); cancers végétants de l'ovaire, 7, 1 mort; gros corps fibreux abdominaux, 7, 3 morts. De tous ces décès un seul est dû à une péritonite septique. Restent 71 cas sans aucun décès, pour : ovario-salpingotomie, 51; destructions d'adhérences, 7; étranglement interne, 1; néphrorraphie, 3; kystes hydatiques du foie, 3; ventrofixation, 4; exploration, 3.

— La Société se déclare en vacances pour les mois d'août et septembre.

A. Broca.

Société de biologie.

SÉANCE DU 27 JUILLET 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MAREY, VICE-PRÉSIDENT.

Sur la névrite périphérique dans l'atrophie musculaire des hémiplégiques : M. Déjerine. — Influence du système nerveux sur l'infection : M. Féré. — De la nutrition dans l'hystérie : MM. Cathelineau et Gilles de la Tourette. — Arthropathies expérimentales : MM. Babinski et Charrin. — Migraine ophthalmique hystérique : M. Babinski. — Sur la toxicité du bismuth : M. Balzer. — Des substances produites par les microbes et favorisant leur développement : M. Roger. — Sur une tête de jeune cachalot : MM. Beauregard et Pouchet. — Sur le protoptère : M. Beauregard. — Transport par un insecte de parasites infectieux : M. Galippe. — Moyens de fixation d'une molaire d'éléphant au maxillaire : M. Galippe.

M. *Déjerine* a constaté, dans plusieurs cas d'hémiplégie avec atrophie musculaire, l'intégrité parfaite de la moelle en ce qui concerne la substance grise ; les cellules motrices étaient absolument normales. Il a, par contre, trouvé des altérations très marquées des nerfs musculaires correspondant aux muscles atrophiés, presque tous les tubes nerveux ayant disparu et n'étant plus représentés que par des gaines vides; les lésions diminuaient progressivement à partir de la périphérie en s'élevant le long du tronc nerveux; les muscles atrophiés étaient également altérés, la plupart des faisceaux primitifs avaient disparu. On peut conclure que l'origine spinale de l'amyotrophie des hémiplégiques, contrairement à ce que l'on admettait, doit être fort rare, et que cette lésion dépend le plus souvent d'une névrite périphérique.

— M. *Féré*, revaccinant les malades de son service et inoculant symétriquement aux deux bras un certain nombre d'hémiplégiques, a constaté que du côté paralysé la résistance au virus était bien moindre ; chez quelques malades, en effet, chez lesquels se sont développés des boutons de fausse vaccine, ces boutons ont apparu exclusivement du côté hémiplégique.

— M. *Gilles de la Tourette* a étudié avec M. *Cathelineau* l'état de la nutrition chez des hystériques simples et des hystériques présentant des attaques. D'après ces recherches, la nutrition dans l'hystérie s'effectue normalement, si on juge par l'analyse des urines au point de vue du résidu fixe, de l'urée et de l'acide phosphorique. Au contraire, dans l'attaque d'hystérie convulsive, il y a une diminution du résidu fixe, de l'urée et des phosphates; à ce point de vue, l'état de mal hystérique, quelle que soit d'ailleurs sa forme, n'est qu'une attaque d'hystérie prolongée; dans ces cas, le poids des sujets diminue journellement, pour, au réveil, se relever rapidement. Toujours à ce point de vue clinique, l'attaque d'hystérie est exactement l'inverse de l'accès d'épilepsie, si l'on s'en rapporte sur celui-ci aux recherches de M. Lépine et à celles de M. Mairet.

— MM. *Babinski* et *Charrin* ont observé chez plusieurs lapins atteints de la maladie pyocyanique des arthropathies se développant de préférence dans les membres paralysés. Les caractères cliniques de ces arthropathies sont très nets; les lésions anatomiques sont également caractéristiques ; dans le liquide qui remplit la cavité articulaire, on trouve, outre des leucocytes, des flocons de fibrine et des bacilles. Ce bacille, cultivé, tue le lapin par injection intraveineuse, comme le microbe de la pyocyanine ; cependant il ne présente pas tous les caractères de ce dernier. Il y a là un point sur lequel les auteurs ont entrepris d'autres recherches. Quoi qu'il en soit, on peut affirmer qu'il se produit, au cours de la maladie pyocyanique, des arthropathies infectieuses.

— M. *Babinski* rapporte une série d'observations qui montrent que la migraine ophthalmique peut constituer une manifestation de l'hystérie; chez tel malade en effet, l'accès de migraine remplace une attaque convulsive ou une crise de mutisme; chez tel autre, il est accompagné de manifestations hystériques diverses, etc.

— M. *Balzer* a cherché à déterminer la toxicité du bismuth au moyen d'injections sous-cutanées d'une solution de citrate de bismuth et d'ammoniaque faites à des chiens. Après l'injection de quelques centigrammes de bismuth métallique, il se produit très vite une stomatite qui diffère à certains égards de la stomatite mercurielle; on observe sur la muqueuse buccale des plaques de sphacèle. Il survient de la diarrhée, des hémorrhagies stomacales et intestinales, de la dyspnée. Ces phénomènes avaient d'ailleurs été déjà signalés par MM. Dalché et Villejean. M Balzer a observé une fois la production d'une double opacité cornéenne analogue à celle que M. Dubois a constatée à la suite des inhalations d'éthylène. Le bismuth injecté se retrouve en grande quantité dans le foie et les reins; il s'élimine activement par les urines, la bile, la salive.

— M. *Roger* rapporte des faits qui montrent que les matières solubles élaborées par les microbes pathogènes sont, dans certaines conditions, susceptibles de favoriser le développement du microbe qui les a sécrétées. Ainsi les lapins auxquels on inocule le charbon symptomatique dans la chambre antérieure de l'œil meurent très rapidement. Or, comme il est très difficile d'admettre que les microbes puissent se développer dans des tissus où leur inoculation ne détermine aucun accident, il faut bien supposer qu'il se

produit au niveau du foyer des substances qui vont sans doute modifier l'état général de l'animal en expérience. C'est cette hypothèse que M. Roger a cherché à vérifier, et ses expériences paraissent en effet justifier la théorie.

— MM. *Beauregard* et *Pouchet* ont eu l'occasion de disséquer une tête de jeune cachalot mâle; ils ont pu vérifier sur ce spécimen les faits qu'ils avaient déjà signalés dans des observations antérieures et relatifs à la forme de la tête, à la conformation des narines et à la forme et à la nature de l'organe qui fournit le spermaceti.

— M. *Beauregard* décrit les conditions dans lesquelles vit et respire le protoptère, poisson dipnéen fort rare qu'il a pu étudier d'après quatre spécimens récemment envoyés du Sénégal au Muséum.

— M. *Galippe* rapporte un fait qui constitue un exemple très net du transport, par un insecte, d'éléments pathogènes.

— M. *Galippe* a pu examiner soigneusement une molaire d'éléphant et décrit plusieurs particularités intéressantes concernant la gencive, la fixation de la dent au maxillaire par un système ligamenteux, etc.

— Les séances de la Société de biologie sont suspendues jusqu'au mois d'octobre.

BIBLIOGRAPHIE

La maladie pyocyanique, par M. le docteur Charrin. — 1 volume, chez Steinheil, Paris, 1889.

M. Charrin vient de réunir en un volume les recherches qu'il poursuit depuis plusieurs années sur la maladie pyocyanique. On sait qu'il s'agit là d'une maladie expérimentale produite chez les animaux par l'inoculation d'un bacille qui a été isolé par M. Gessard et qui ne semble guère dangereux pour l'homme; on le voit végéter quelquefois sur des plaies, il y détermine une suppuration bleuâtre, dont la coloration tient à une substance cristallisable, la pyocyanine. Mais, si ce microbe est inoffensif pour l'homme, il détermine chez les animaux et particulièrement le lapin, des accidents remarquables par leur variabilité; suivant la volonté de l'expérimentateur, l'évolution sera aiguë ou chronique et, dans les deux cas, la maladie s'accompagnera de manifestations extrêmement variées et qui, sous leur aspect multiple, reproduiront un bon nombre des accidents que nous offre la pathologie humaine. Mais ce qui fait de cet organisme un véritable microbe d'étude, c'est qu'il est toujours facile de reconnaître sa présence dans les humeurs ou les tissus; il suffit d'ensemencer des bouillons de culture, pour voir bientôt apparaître la coloration bleue caractéristique. Telles sont les raisons qui ont conduit M. Charrin à poursuivre l'étude de la maladie pyocyanique : on va voir, par l'importance des résultats obtenus, combien ce choix était justifié.

M. Charrin commence par étudier la morphologie du microbe et déjà, dans ce premier chapitre, nous relevons un fait du plus haut intérêt : c'est qu'on peut à volonté modifier la forme de l'organisme, en modifiant les milieux où on le cultive et particulièrement en y ajoutant des antiseptiques. De petit bacille, il deviendra filament; ailleurs il sera recourbé en croissant; ailleurs il formera des spirilles, pouvant avoir jusqu'à huit et dix tours très serrés. Il suffit de jeter un coup d'œil sur la planche annexée au livre, pour voir combien est grand ce polymorphisme expérimental. En même temps que la forme se modifie, on peut observer des variations dans les fonctions du microbe, particulièrement dans celle qui semble au premier abord si caractéristique, la fonction chromogène. Mais dans tous les cas, ces modifications sont passagères, en quelque sorte pathologiques; il suffit de remettre le microbe dévié du type normal dans un milieu approprié, pour lui voir reprendre à la fois sa forme première et ses fonctions. Il y a un enseignement à tirer de ces expériences : les antiseptiques, alors même qu'ils ne tuent pas les microbes, peuvent rendre des services en modifiant leurs formes et leurs fonctions et particulièrement en empêchant la production des substances nocives qu'ils peuvent sécréter.

Le bacille pyocyanique peut, avons-nous dit, déterminer chez le lapin une maladie aiguë ou une maladie chronique. Dans le premier cas, l'évolution rappelle des septicémies expérimentales : l'animal meurt en un jour ou deux avec de la fièvre, de la diarrhée, de l'albuminurie. Bien plus intéressante est la forme chronique, où se développe souvent une manifestation toute spéciale : ce sont des paralysies spasmodiques, apparaissant au bout de quinze ou vingt jours, localisées à un membre, ou étendues à plusieurs, ne s'accompagnant ni d'atrophie ni de modification dans la contractilité électrique, s'étendant souvent à la vessie, entraînant généralement la mort, mais susceptible de guérison. Il y a une grande analogie entre ces paralysies et celles qu'on observe chez l'homme à la suite des maladies infectieuses et particulièrement de la diphthérie; dans les deux cas, les accidents peuvent apparaître longtemps après l'infection, alors qu'il n'y a plus de microbes dans l'organisme; c'est que ces manifestations paralytiques sont produites par les matières solubles qu'a sécrétées l'agent infectieux : ce sont des paralysies toxiques, comparables à celles du saturnisme, qui peuvent se manifester longtemps après que le malade a cessé de s'exposer aux causes d'intoxication. Comme dans beaucoup d'autres cas de paralysies infectieuses ou toxiques, l'étude anatomique n'a rien révélé : le système neuro-musculaire était sain.

La maladie pyocyanique n'est pas seulement intéressante au point de vue clinique, elle l'est au moins autant par la multiplicité des lésions qu'elle engendre. C'est ainsi qu'on peut observer au niveau du tube digestif de petites hémorrhagies et même des ulcérations : c'est là une constatation importante, aujourd'hui qu'on tend à admettre la nature primitivement parasitaire de l'ulcère simple de l'estomac. Les lésions rénales sont plus fréquentes et plus variables; ce sont tantôt des néphrites aiguës, tantôt des infarctus; quelquefois même il se développe un processus chronique avec sclérose et atrophie du rein, et hypertrophie du cœur; c'est un véritable mal de Bright chronique; de telle sorte qu'ici encore nous trouvons une reproduction exacte de ce qu'on observe chez l'homme; mais, tandis que la clinique ne permet guère, au milieu de causes morbifiques si nombreuses, de dégager ce qui relève de l'infection dans la pathogénie des altérations scléreuses, chez l'animal la démonstration est plus simple; la sclérose peut n'être qu'une conséquence tardive de l'infection.

Enfin, comme si la maladie pyocyanique devait reproduire les principales manifestations de la pathologie humaine, on y trouve signalée la dégénérescence amyloïde, c'est-à-dire cette altération relativement fréquente chez l'homme et que jusqu'ici on n'avait pu reproduire expérimentalement.

Il ne suffit pas de constater des faits : l'expérimentateur doit essayer d'en pénétrer le mécanisme; c'est ce qu'a fait M. Charrin. Il a établi que nombre des symptômes observés relèvent d'une intoxication; les bouillons de culture où a vécu le bacille pyocyanique, débarrassé de tout élément figuré, donnent aux animaux de la fièvre, de la diarrhée, de l'albuminurie et, ce qui est encore plus important, ils peuvent produire les paralysies sur lesquelles nous avons déjà insisté. Mais les matières toxiques ne peuvent tout expliquer ; il faut faire une part aux microbes eux-mêmes, ce qui nous amène à conclure avec M. Bouchard que la virulence est la résultante de conditions multiples.

Si les matières sécrétées par les microbes peuvent être

nuisibles, elles peuvent aussi avoir une action favorable ; elles vaccinent les animaux contre l'infection. C'est ce qu'on obtient en injectant sous la peau une certaine quantité de cultures stérilisées. Ce résultat, vérifié depuis pour plusieurs autres microbes, offre un double intérêt; il permet de saisir le mode d'action des vaccins ou tout au moins de serrer de plus près la solution du problème, il permet d'espérer qu'on pourra un jour substituer aux vaccins figurés, toujours dangereux, les vaccins solubles.

On pourrait supposer que les matières vaccinantes stérilisent l'organisme à la manière des antiseptiques qu'on introduit dans les bouillons de culture. Cette conception si simple ne cadre pas avec les faits; les expériences de MM. Bouchard, Charrin et Ruffer ont démontré que les matières vaccinantes et morbifiques, sécrétées par les microbes, ne font que traverser l'organisme et se retrouvent dans l'urine; comme leurs effets peuvent apparaître après leur élimination, force est d'admettre qu'elles agissent en troublant la nutrition des cellules et modifiant leur activité.

Nous avons vu constamment côte à côte les matières nocives et favorables; nous les avons trouvées dans les cultures, nous les avons retrouvées dans l'urine. S'agit-il d'une substance unique à la fois morbifique et vaccinante? S'agit-il de substances distinctes? Et dans tous les cas quels sont les caractères chimiques de ces substances? Autant de questions dont M. Charrin poursuit l'étude. Ces recherches chimiques sont, on le conçoit, extrêmement longues, mais l'auteur a déjà pu reconnaître qu'aucun des effets physiologiques des matières solubles n'appartient à la pyocyanine; c'est un résultat négatif qui méritait d'être signalé.

Le livre se termine par quelques considérations sur les infections secondaires et sur la propriété que possède le bacille pyocyanique d'entraver le développement de l'infection charbonneuse (Bouchard).

Tels sont les principaux faits indiqués par M. Charrin. On voit qu'il n'existe guère de maladie infectieuse plus complètement étudiée; il n'en est pas qui aient permis d'aborder un aussi grand nombre de problèmes relatifs à l'histoire générale des infections. Nous avons dû laisser de côté bien des recherches intéressantes, et particulièrement celles qui ont trait aux variations symptomatiques, en rapport avec les espèces animales, l'état général du sujet, les portes d'entrée du virus. Il y a là une série d'études qu'il faut bien lire dans l'original. On y verra de plus que M. Charrin ne se contente pas de rapporter des faits, mais qu'il les discute longuement et montre les nouveaux problèmes que soulève chaque nouvelle expérience ; enfin l'auteur essaye constamment d'établir des rapprochements, parfaitement justifiés, entre la maladie expérimentale qu'il étudie et la pathologie humaine. Aussi ce livre sera-t-il également lu avec profit par l'expérimentateur et par le médecin ; il s'adresse à tous ceux qui s'intéressent aux progrès de la bactériologie.

Roger.

VARIÉTÉS

Faculté de médecine de Paris. — MM. les professeurs Verneuil et Charcot sont dispensés du service des examens pendant l'année scolaire 1889-1890.

Statistique sanitaire. — Afin que la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'intérieur fût renseignée d'une façon régulière et continue sur l'état sanitaire de toute la France et fût ainsi à même d'arrêter, le plus rapidement possible, la propagation des épidémies, M. Constans a demandé au ministre de l'instruction publique le concours des instituteurs et des institutrices pour l'établissement d'un nouveau mode de statistique sanitaire.

M. Fallières a fait connaître au ministre de l'intérieur que le personnel de l'enseignement primaire serait heureux de participer à une mesure qui contribuera à faire disparaître les affections épidémiques encore si fréquentes dans les écoles. A cet effet, il a adressé une circulaire aux préfets pour les prier de faire connaître, dès à présent, aux instituteurs et institutrices le nouveau service que le gouvernement leur demande.

Le ministre de l'intérieur adressera ensuite aux préfets une autre circulaire contenant des instructions détaillées relativement à la statistique sanitaire.

Le rôle des instituteurs sera des plus simples; il se bornera, en effet :

1° A inscrire les cas de maladies épidémiques qui apparaîtront dans leurs écoles sur un bulletin (*bulletin d'avertissement des épidémies commençantes*), lequel devra être immédiatement transmis au sous-préfet, sous le convert du maire de la commune;

2° A remplir un bulletin *trimestriel* où devront être portées les affections épidémiques qui auront pu se produire pendant le trimestre précédent. Ce dernier bulletin devra être également transmis au sous-préfet, même lorsque aucune maladie épidémique n'aura apparu dans l'école pendant ledit trimestre.

Ces statistiques seront dépouillées dans les sous-préfectures et envoyées ensuite à la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, au ministère de l'intérieur.

(*Semaine médicale.*)

Mortalité a Paris (30e semaine, du 21 au 27 juillet 1889. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 14. — Variole, 1. — Rougeole, 29. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 14. — Diphthérie, croup, 24. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 169. — Autres tuberculoses, 19. — Tumeurs : cancéreuses, 64; autres, 4. — Méningite, 31. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 39. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 7. — Maladies organiques du cœur, 53. — Bronchite aiguë, 23. — Bronchite chronique, 12. — Bronchopneumonie, 19. — Pneumonie, 29. — Gastro-entérite : sein, 33; biberon, 132. — Autres diarrhées, 7. — Fièvre et péritonite puerpérales, 1. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 24. — Sénilité, 29. — Suicides, 13. — Autres morts violentes, 3. — Autres causes de mort, 156. — Causes inconnues, 4. — Total : 967.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Fièvre des foins, pathogénie et traitement, par M. le docteur Marcel Natier. Une brochure in-8° de 160 pages. Paris, O. Doin. 3 fr.

Traitement spécifique de la phthisie pulmonaire par le cuivre, par M. le docteur E. Charlier. Une brochure in-8° de 45 pages. Paris, O. Doin. 1 fr. 75

Contribution à l'étude des auto-intoxication des manifestations morbides du surmenage physique, par M. le docteur A. Dufour. Une brochure in-8° de 140 pages. Paris, O. Doin. 3 fr.

Guide médical aux stations hivernales, climatologie, climatothérapie, hygiène, par M. le docteur J. Orgeas (de Cannes). 1 vol. in-16 cartonné de 150 pages. Paris, O. Doin. 4 fr.

Pathogénie et traitement de l'auto-intoxication, éclampsie, par M. le docteur Maurice Rivière, mémoire couronné par la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (prix Jean Dubreuilh, 1888). Une brochure in-8° de 210 pages. Paris, O. Doin. 5 fr.

De l'influence de l'impaludisme sur les femmes enceintes (avortement, accouchement prématuré), mémoire présenté et lu au Congrès brésilien de médecine et de chirurgie réuni à Rio-de-Janeiro en septembre 1888, par M. le docteur Rodrigues Dos Santos. Une brochure in-8° de 60 pages. Paris, O. Doin. 2 fr. 50

Hérédité et alcoolisme (étude psychologique et clinique sur les dégénérés buveurs et les familles d'ivrognes), ouvrage couronné par la Société médico-psychologique (1888), par M. le docteur M. Legrain, avec une préface de M. le docteur Magnan. 1 vol. in-8° de 425 pages. Paris, O. Doin. 7 fr.

Traité de chirurgie clinique, par M. P. Tillaux. T. II, 2e fascicule; *membre inférieur*, organes génitaux de l'homme et de la femme. 1 vol. grand in-8° de 535 pages avec 52 figures. Paris, Asselin et Houzeau. 6 fr.

Ouvrage complet. 2 vol. grand in-8° avec 175 figures dans le texte. 24 fr.

Maladies de la langue, par M. le docteur Henry T. Butlin, traduit de l'anglais par M. le docteur Aigre. 1 vol. in 8° de 430 pages. 8 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

20004. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

TRENTE-SIXIÈME ANNÉE — N° 33 — 16 AOUT 1889

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Le prochain numéro de la GAZETTE HEBDOMADAIRE sera consacré au compte rendu de tous les Congrès intéressant la médecine qui viennent d'avoir lieu à Paris.

BULLETIN

Paris, 14 août 1889.

Académie de médecine : **Prophylaxie de la tuberculose.**

Après le clair et substantiel exposé de M. Villemin, l'accord eût été assurément complet à l'Académie sur les mesures prophylactiques à prendre à l'égard de la tuberculose et le texte des instructions proposées par la commission du Congrès eût été adopté avec quelques modifications de détail seulement, si une question préjudicielle de procédure n'avait dû être soulevée. Dans quelques semaines, lorsque la fin des vacances aura ramené leurs collègues dans l'enceinte de la rue des Saints-Pères, les membres de la nouvelle commission nommée hier apporteront le fruit de leurs délibérations sous la forme d'instructions qui ne différeront vraisemblablement pas beaucoup de celles qui viennent d'être présentées à l'Académie.

Ces instructions sont en effet très complètes, trop complètes peut-être; elles ne laissent dans l'ombre aucune partie essentielle de ce difficile problème. Les données scientifiques sur lesquelles elles s'appuient sont indéniables; elles dérivent d'expériences maintes fois répétées. M. Villemin a modestement fait observer que ces expériences et leurs résultats datent de vingt ans déjà et qu'ils n'auraient sans doute pas été contestés, qu'ils seraient connus et appréciés de tous, s'ils n'avaient pas été écrits en français. Qu'on lise en effet son mémoire publié ici même, le 23 avril 1869, sur la propagation de la phthisie, après avoir été lu à l'Académie dix jours avant: la prophylaxie de cette affection y est tracée de main de maître; les conditions qu'elle doit remplir n'ont pas changé depuis cette époque. En établissant sur des bases qui n'ont pu être réfutées la transmissibilité de la phthisie, ainsi que ses principaux moyens de transmission, M. Villemin avait déjà indiqué la voie que doit suivre l'hygiène pour atteindre avec succès l'élément virulent de la maladie. Malheureusement celle-ci est tellement associée aujourd'hui à notre condition sociale, pour ainsi dire, qu'il semble presque impossible au premier abord de vaincre les multiples obstacles que la prophylaxie présente: de là l'étonnement qu'on éprouve en présence de la complexité des mesures prophylactiques proposées, le découragement, par suite la négligence, qu'on constate chez ceux qui seraient le plus à même d'en assurer l'exécution. Et cependant chacune de ces précautions a son utilité; il est impossible à un hygiéniste, à un médecin, d'en oublier une seule. Faire à ce sujet l'éducation des pouvoirs publics et celle du public lui-même, est-ce chose si malaisée? Nous ne le pensons pas; en tout cas, il y a lieu d'en tenter l'essai au plus vite, en graduant les moyens d'instruction suivant les personnes auxquelles ils s'adressent. Il est indispensable, par exemple, que les administrations sanitaires connaissent toute l'étendue et tous les détails des devoirs qu'elles ont à remplir; mais il suffit, pour les particuliers, d'appeler avec éclat leur attention sur les parties les plus importantes du problème et surtout sur celles qui sont à leur portée. De ce nombre est assurément la destruction des crachats des phthisiques, la propreté et la désinfection de ce qui touche ceux-ci et les environne dans leurs demeures. Nous voudrions qu'on sût bien tout le danger que font courir les produits d'expectoration qui se dessèchent à l'air; n'y aurait-il que cette connaissance qui se généralisât dans tout le public que la prophylaxie ne tarderait pas à devenir facile et que chacun y mettrait du sien. Comme l'a si justement dit M. Verneuil, si la chirurgie est aujourd'hui si en avance sur la médecine au point de vue des résultats obtenus par l'application des doctrines microbiennes au traitement et à l'hygiène des opérés et des blessés, c'est qu'elle n'a cessé de proclamer bien haut la transmissibilité des affections telles que l'érysipèle, la septicémie, etc. Il faut que tout le monde sache que la phthisie est transmissible, que les crachats desséchés sont le principal agent de cette transmission, puis le lait et les viandes provenant d'animaux tuberculeux; il faut qu'on répande cette notion par tous les moyens aujourd'hui si ingénieux et si multipliés de la publicité. Une simple mention répétée à des milliers, même à des millions, d'exemplaires, dans des endroits apparents, sur des objets placés fréquemment sous les yeux, fera plus que les instructions les plus savantes, qui ne s'adres-

sent qu'à une élite instruite et intelligente. Plus cette notion sera vulgarisée, plus les procédés préventifs de la maladie se perfectionneront en se multipliant, chacun s'ingéniant à éviter un danger universellement reconnu.

— Un important mémoire a été lu à l'Académie par M. Zambaco sur la lèpre en Turquie. De l'enquête à laquelle s'est livré le savant médecin de Constantinople se dégage la conclusion que la lèpre est moins inconnue qu'on ne le pensait dans les pays d'Orient; mais, si elle n'est pas contagieuse au sens propre du mot, son extension, qui ne paraît pas s'arrêter, dépend des conditions de milieu dont on ignore à peu près complètement la valeur relative. Les documents si nombreux apportés par M. Zambaco sont parmi ceux qu'il est le plus précieux de retenir pour l'étude de cette cruelle maladie.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les variétés anatomiques et cliniques des hernies inguinales réductibles.

Dans une thèse remarquable, vieille de six ans déjà, où il étudie la hernie inguinale congénitale étranglée de l'adulte, Ramonède parle accidentellement de la hernie acquise, et il déclare: « Rien n'est moins homogène que le groupe des hernies inguinales dites acquises. A quelque point de vue qu'on se place: étiologie, anatomie pathologique, symptomatologie, traitement, aucun des faits de leur histoire ne se présente avec cette unité relative qui se rencontre dans les autres hernies abdominales. »

Cette assertion est parfaitement exacte, si l'on admet, avec nos livres classiques, que la hernie acquise est la hernie ordinaire. Elle devient fausse, au contraire, si l'on admet *anatomiquement* que la plupart des hernies obliques externes sont à sac préformé et que presque toutes les hernies acquises sont des hernies directes; si l'on admet, *cliniquement*, que l'on doit faire table rase de ces distinctions et opposer aux hernies d'emblée, ou de force, toutes congénitales, les hernies progressives, ou de faiblesse, sans se demander si leur début a eu lieu, ou non, dans un reste du canal péritonéo-vaginal.

La solution du problème exige des constatations anatomiques minutieuses, qu'il est presque toujours impossible de faire au cours d'une kélotomie. Je me suis donc attaché, depuis près de deux ans, à disséquer sur le cadavre un grand nombre de hernies inguinales et je suis arrivé à penser que les descriptions classiques doivent être modifiées. C'est à cette démonstration que je vais consacrer cet article, en m'excusant de parler ainsi de mes recherches personnelles.

I

Avant d'entrer dans l'étude anatomo-pathologique, un mot sur la superposition des plans à la région inguinale.

Sous la peau et le fascia superficialis, on voit trois muscles aplatis ou leurs tendons, également aplatis et appelés *aponévroses d'insertion;* ces muscles sont, de dehors en dedans, le grand oblique, le petit oblique, le transverse. Comme tous les muscles plats, ils ont sur chacune de leurs faces un feuillet conjonctif, une aponévrose d'enveloppe. Mais sur les quatre faces, deux à deux contiguës, qui limitent les deux interstices musculaires de la paroi abdominale antéro-latérale, ces lames sont minces, négligeables. Elles s'épaississent, au contraire, sur les deux faces extrêmes, c'est-à-dire sur la face cutanée du grand oblique et sur la face péritonéale du transverse. L'aponévrose d'enveloppe antérieure, appelée sans autre qualificatif aponévrose d'enveloppe du grand oblique, forme ainsi une couche disséquable entre le muscle et le fascia superficialis. De même, entre le transverse et le péritoine, l'aponévrose d'enveloppe postérieure du transverse, ce fascia transversalis, sur lequel on a tant écrit. Mais ce fascia n'est pas directement au contact de la séreuse; il en est séparé par une couche conjonctive sous-séreuse, condensée en arrivant vers l'aine, le fascia propria.

La paroi ainsi constituée est parcourue par le cordon spermatique, oblique en bas et en dedans, entre deux orifices nommés anneaux inguinaux, l'un intérieur (appelé interne), percé dans le fascia transversalis, l'autre extérieur (appelé externe), par lequel le cordon émerge, tout près du pubis, entre deux faisceaux — deux piliers — du tendon aplati du grand oblique. Le cordon suit ainsi le trajet inguinal, rampe entre la face supérieure de l'arcade de Fallope et le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse. Suivons-le maintenant hors de l'anneau du grand oblique et voyons quelles sont ses enveloppes à la racine des bourses.

C'est d'abord la peau du scrotum, à la face profonde de laquelle vient, plus bas, s'annexer le dartos. Sous ce premier plan est une lame celluleuse lâche, en sorte que le scalpel sépare sans aucune difficulté la peau de la couche suivante, lame conjonctive qui se fixe en haut à l'anneau externe et par sa face profonde adhère aux faisceaux musculaires du crémaster. Sous cette gaine musculaire — qui sort de l'anneau externe — sont les éléments du cordon, entourés par un feuillet cellulo-fibreux, la gaine profonde du cordon ou tunique fibreuse commune. Cette gaine fibreuse remonte jusqu'à l'anneau interne et là se continue avec le fascia propria, dont elle n'est que la condensation.

Cette continuité, l'embryologie nous l'explique. Chez le fœtus, en effet, un prolongement péritonéal descend hors de l'abdomen, le long du cordon, jusqu'au testicule. Ce canal péritonéo-vaginal s'oblitère en haut; il en reste en bas la tunique vaginale. Mais il va sans dire qu'autour de lui, comme autour de toute séreuse, est une lame conjonctive sous-séreuse, naturellement continue avec la lame sous-péritonéale. Or la lame sous-péritonéale s'appelle fascia propria; la lame péri-funiculaire s'appelle gaine fibreuse commune.

De cette structure résultent les trois conséquences anatomo-pathologiques que voici : toute hernie qui sortira du trajet inguinal par l'anneau du grand oblique sera sous la gaine externe du cordon, c'est-à-dire à l'intérieur du cylindre crémastérien; toute hernie qui aura pénétré dans le trajet par l'anneau interne sera en même temps sous la gaine profonde ou fibreuse commune; les seules hernies qui puissent être en dehors du crémaster sont celles qui sortent du trajet à côté de l'anneau externe, par un interstice anormal du tendon aplati du grand oblique.

Cette mention suffira pour les *hernies para-inguinales*, caractérisées par cette émergence anormale, quel que soit d'ailleurs le point de pénétration dans le trajet inguinal. Sur ces hernies irrégulières, assez rares, aucune erreur anatomique n'a cours. Il n'en est pas de même pour les autres variétés de la hernie acquise.

II

Cette hernie acquise, que mieux vaut appeler hernie à canal fermé, est celle qui se produit, par résistance insuffisante de la paroi abdominale, une fois achevée et parachevée l'oblitération normale du canal péritonéo-vaginal.

Le point par lequel la hernie à canal fermé pénètre dans le trajet inguinal est variable.

On sait qu'à la face péritonéale de la région inguinale, on voit les deux saillies des artères épigastrique et ombilicale. Entre les deux est une fossette, fossette moyenne, car il existe une fossette externe en dehors de l'épigastrique, une fossotte interne ou vésico-pubienne en dedans de l'ombilicale. La fossette externe répond à l'anneau du fascia transversalis : par elle sort la hernie oblique externe. La fossette moyenne, située juste en regard de l'anneau du grand oblique, livre passage à une hernie qui dès lors sera directe. Plus en dedans est la fossette interne, par où fait issue la hernie oblique interne, variété tout à fait rare, que je n'ai pas rencontrée dans mes dissections et dont il ne sera par conséquent plus question.

Restent donc les hernies externe et directe. Et même, dira-t-on si l'on est imbu des doctrines classiques, n'en voilà-t-il pas assez sur la hernie directe? Que servent de longs discours sur cette descente, dont Duret s'occupe dans sa thèse sur les variétés rares de la hernie inguinale? Marjolin, en 1812, affirme ne l'avoir jamais rencontrée, et, d'après Malgaigne, elle ne constitue qu'un centième environ des hernies inguinales. C'est à l'aide de quelques observations presque célèbres de Hesselbach, A. Cooper, Trélat et Duguet, Guyon et Reverdin, que Duret, et d'après lui Picqué, écrivent l'histoire de cette rareté. Sur ce point, tous les auteurs sont d'accord : sauf un, cependant, d'après lequel les hernies directes sont aux obliques dans la proportion d'un cinquième à peu près. Et l'on aurait dû y regarder à deux fois avant de taxer cet auteur d'exagération, car il s'agit de Cloquet, un des rares chirurgiens, le seul peut-être, qui ait étudié l'anatomie pathologique des hernies en disséquant sur le cadavre les hernies non étranglées, au lieu de s'en fier aux notions vagues acquises pendant les kélotomies. Or Cloquet est loin d'exagérer. J'ai disséqué 32 cadavres de hernieux : 11 portaient une ou deux hernies directes; 19 portaient une ou deux hernies externes; sur 2, les deux variétés s'associaiont. Si l'on ne tient compte que des hernies bilatérales, les directes sont 4 contre 2 externes.

La hernie directe est donc fréquente. Elle est la plus fréquente des hernies bilatérales. Reste à prouver qu'elle est la plus fréquente des hernies à canal fermé.

L'examen anatomique de la région normale conduit, par le raisonnement, à penser qu'il en doit être ainsi. On insiste surtout sur la fossette péritonéale externe. Oui, elle est très nette lorsqu'il y a une anomalie péritonéo-vaginale, assez fréquente il est vrai. Mais, sauf cette condition, il n'y a à peu près aucune dépression en dehors de l'artère épigastrique : une hernie n'y trouverait que difficilement une amorce. Au contraire, une large fossette est limitée par l'épigastrique et par l'ombilicalo; et sur les vieillards à ventre flasque, si l'on exerce une poussée sur la région avec le poing introduit dans le ventre, c'est là que la paroi so laisse déprimer. Si l'on joint à cela la correspondance exacte, directe, de cette fossotte, de cette fosse plutôt, et de l'anneau du grand oblique, on accordera que la hernie à canal fermé, hernie de faiblesse, de vieillard, doit sans doute avoir tendance à profiter do cette région mal défendue.

Mais tout ceci n'est que du raisonnement, est donc sujet à caution. C'est à l'anatomie pathologique qu'il faut demander les preuves, en recherchant s'il existe un caractère anatomique permettant de distinguer la hernie à canal fermé et la hernie à canal ouvert, dite hernie congénitale. Pour y parvenir, il faut d'abord étudier avec soin la constitution du sac dans la hernie directe, hernie indiscutablement acquise.

III

Dans tous les ouvrages classiques on trouve sur ce point spécial, soit le silence, soit les notions suivantes : la hernie directe refoule parfois devant elle le fascia transversalis, mais la plupart du temps elle le franchit à la faveur d'une éraillure. Puis arrivée à l'anneau externe, elle en sort en dehors du crémaster.

Cette dernière assertion provient sans doute de ce qu'on ne s'astreint pas toujours assez à bien distinguer la gaine superficielle et la gaine profonde du cordon. Que la hernie directe soit hors de la gaine profonde du cordon, nul ne s'en étonnera, puisqu'elle pénètre dans le trajet à côté de l'anneau externe. Mais est-elle vraiment en dehors du crémaster comme l'affirme Sarrazin, par exemple, « dans le tissu sous-cutané », où Duret la loge sans hésiter? S'il en est ainsi, après ce que j'ai dit plus haut, c'est que la hernie directe est toujours une hernie para-inguinale. Or les faits donnent à cette opinion, ainsi poussée à l'absurde, un éclatant démenti : j'ai disséqué sur 13 sujets, 17 hernies directes et toujours le sac sortait par l'anneau externe, était entouré par le cylindre crémastérien. Il est probable que la hernie directe para-inguinale existe; mais il est bien évident qu'elle est rare.

J'en dirai autant de l'éraillure du fascia transversalis : puisqu'on en parle, c'est sans doute que quelqu'un l'a vue, une fois au moins. Mais j'affirme que je ne l'ai jamais rencontrée. Autour de mes dix-sept hernies directes j'ai isolé un sac en continuité indiscutable avec le fascia transversalis et séparé du sac péritonéal par une couche, qui, plus ou moins épaisse et plus ou moins graisseuse, prolongeait le fascia propria. Le manche du scalpel suffit, dans sa grossièreté, pour faire le décollement; ou bien encore, introduisez l'index dans le sac et accrochez le péritoine pour ainsi dire, vous parviendrez à le retourner en doigt de gant vers l'abdomen. Disséquez alors le scrotum et vous y trouverez, presque toujours au moins, un sac sur lequel vous pourrez tirer sans crainte, car une demi-circonférence de son collet s'insère à la lèvre postérieure de l'arcade de Fallope. Ces constations je les ai faites à plusieurs reprises devant plusieurs de mes camarades de l'Ecole pratique, prosecteurs et aides d'anatomie, et ils les ont répétées, sans aucune difficulté, sur les sujets que le hasard leur a fournis.

Donc, la hernie directe vulgaire (car elle est vulgaire) est logée entre la gaine superficielle et la gaine profonde du cordon, c'est-à-dire entre le crémaster et la fibreuse commune. Son sac péritonéal est entouré d'un sac formé par le fascia transversalis refoulé, et entre les deux se prolonge le fascia propria.

Mais la hernie directe n'est pas seule parmi les hernies à canal fermé. Abstraction faite de la rarissime hernie interne, il faut tenir compte de la hernie externe. Or le

raisonnement conduit à penser que son sac doit être constitué exactement comme celui de la hernie directe et situé, comme lui encore, hors de la gaine profonde du cordon.

Ce raisonnement est des plus simples et se fonde sur la dissection de la région normale. L'anneau inguinal interne entoure un orifice du fascia transversalis : là, cette membrane se renforce d'un épaississement à peu près elliptique. Dans cet anneau s'engagent les éléments du cordon qui, jusque-là épars, se réunissent à partir de là en un faisceau. Autour d'eux est la gaine profonde, théoriquement continue avec le fascia propria, mais pratiquement fusionnée à son collet avec l'anneau du fascia transversalis, auquel adhère de même le fascia propria, autour de l'artère épigastrique, du canal déférent, des vaisseaux spermatiques. La solidité est donc grande en ce point précis et il serait vraiment bizarre qu'une hernie à canal fermé se plût à choisir, si rien ne l'y engageait, un anneau si bien défendu et au sortir duquel elle rencontrerait des organes assez solidement unis et surtout solidement entourés. Sans doute, elle fera ce décollement pénible si elle a été invitée à commencer par une légère dépression du péritoine, par un reste médiocre du canal péritonéo-vaginal. Mais, sauf cette condition spéciale, il est bien probable qu'elle prendra le chemin le plus facile. Elle ne s'obstinera pas à enfiler l'anneau interne, mais elle refoulera à côté de lui les tissus affaiblis, et elle progressera sans peine à la face externe de la gaine profonde du cordon. Mais elle aura, dès lors, refoulé le fascia transversalis, car l'anneau inguinal interne est le seul défaut normal de cette membrane.

Ici encore, la dissection des pièces pathologiques confirme ces données du raisonnement étayé sur l'étude de l'anatomie normale. J'ai disséqué, sur dix-neuf sujets, vingt et une hernies obliques externes. Sur cinq d'entre elles, toutes situées hors de la gaine profonde du cordon, j'ai isolé autour du péritoine un sac formé par le fascia transversalis refoulé. Seize fois au contraire il m'a été impossible de rien trouver de semblable. J'affirme que les cinq premières (sur quatre sujets) étaient des hernies acquises. Pour prouver que la hernie directe est la plus fréquente des hernies à canal fermé (j'en ai disséqué dix-sept sur treize sujets), il me reste à démontrer que les quinze autres sujets portaient des hernies péritonéo-vaginales; à chercher, par conséquent, si dans ces descentes il n'y a pas quelques caractères anatomiques révélant l'origine congénitale du canal.

IV

La hernie congénitale est celle qui descend dans un sac congénitalement préformé, dans le canal péritonéo-vaginal, non oblitéré à son orifice supérieur; dans le prolongement péritonéal, qui est en relation avec la migration du testicule. Mais cette hernie n'existe presque jamais à la naissance. Elle n'est donc pas réellement congénitale. C'est une hernie à canal ouvert, qui se fait à la faveur d'une disposition congénitale, anormalement persistante. Chez la femme aussi elle existe, les viscères abdominaux envahissant le canal de Nuck, qui accompagne, sur le fœtus, le ligament rond et peut rester béant après la naissance. C'est d'ailleurs du seul sexe masculin qu'il va être dorénavant question.

Ramonède a étudié avec grand soin le canal péritonéo-vaginal de l'adulte, en dehors de toute hernie, et l'anatomie normale l'a conduit à des conclusions pathologiques importantes.

La séreuse périfuniculaire commence un peu avant l'anneau du fascia transversalis. Elle débute par un pli, valvule rétro-inguinale, et forme entre ce pli et le péritoine pariétal un vestibule rétro-inguinal dont l'axe est oblique en haut et en dehors. Parvenue à l'anneau interne, elle devient oblique en bas et en dedans et suit le trajet inguinal pour descendre dans les bourses jusqu'au testicule. Mais elle ne reste pas unie, également calibrée sur toute sa longueur. Souvent des valvules plus ou moins complètes, en forme de brides ou de diaphragmes, y forment par places des rétrécissements, des cloisons perforées. Ces brides ont pour siège de prédilection l'anneau interne et l'anneau externe; souvent aussi, à mi-hauteur du scrotum, le point où la vaginale doit normalement se clore. De là donc plusieurs dilatations. Après le vestibule rétro-pariétal vient l'ampoule intra-pariétale, entre les deux anneaux du trajet inguinal; l'ampoule funiculaire entoure la partie extra-funiculaire du cordon et se continue autour de la glande séminale avec la poche péri-testiculaire.

Telle est l'anomalie complète, où un canal séreux va de l'abdomen au testicule, mais les degrés incomplets sont de beaucoup les plus fréquents, et il est très aisé de faire comprendre leurs dispositions. Les valvules que je viens de signaler sont la trace d'un travail imparfait d'oblitération. Supposons donc qu'une d'entre elles parvienne à la soudure complète, et supprimons par la pensée tout ce qui est au-dessous d'elle. L'anomalie du premier degré nous conduira dans le seul vestibule rétro-pariétal; l'ampoule intra-pariétale s'y ajoute dans le deuxième degré; la séreuse, enfin, franchit le grand oblique, mais ne va pas jusqu'au testicule, et nous voilà au troisième degré.

A chacun de ces degrés correspond une forme de la hernie inguinale : propéritonéale, interstitielle, funiculaire et testiculaire.

Autre fait anatomique sur lequel il convient d'insister : les anomalies péritonéo-vaginales sont fréquentes, sont la règle peut-être, lorsque le testicule est en ectopie. De là donc une variété importante de la hernie à canal ouvert : celle où l'organe mâle a subi dans sa descente soit un arrêt sur sa route normale (ectopies abdominale, rétro-inguinale, intra-pariétale, à l'anneau externe), soit une déviation plus ou moins loin de cette route, pour aller se loger à la cuisse, au-devant de l'aponévrose du grand oblique, au périnée.

Sauf quelques faits exceptionnels et encore obscurs, l'anatomie du trajet séreux nous explique que les hernies à canal ouvert sont obliques externes; mais quelles sont les hernies externes que l'on peut qualifier à coup sûr de péritonéo-vaginales?

Celles, d'abord, où l'intestin va toucher le testicule, ou bien n'en est séparé que par une mince lame séreuse, percée ou non d'un trou trop étroit pour qu'il puisse s'y engager. Aucune contestation encore, lorsque du collet au fond du sac, plusieurs valvules s'échelonnent, mais ces faits sont rares. Pas de doute encore — presque toujours au moins — quand le testicule est en ectopie. Mais, si la hernie est fréquente relativement au nombre des ectopies testiculaires, il n'en reste pas moins vrai que la hernie avec ectopie est, et de beaucoup, minorité parmi les hernies inguinales. Presque toutes les hernies à canal ouvert sont de la variété dite funiculaire, et le testicule y est, ou à peu près, en position normale. C'est ici que la discussion s'ouvre.

Cloquet semble avoir été un des premiers à se demander si la hernie péritonéo-funiculaire n'aurait pas quelques caractères spéciaux, et il parle d'un cordon fibreux unissant le fond du sac à la tunique vaginale, reste de la partie intermédiaire, oblitérée, du trajet séreux. A cette époque, on insistait encore, à propos de la kélotomie, sur la minceur du sac dans la hernie testiculaire. Tout cela a été repris en 1871 par Le Roy des Barres, qui, à l'instigation du professeur Trélat, s'est occupé surtout des brides valvulaires.

Quoi qu'en dise Féré, dans un mémoire qui ne date cependant que de 1879, ces caractères, quand ils existent, ont une valeur réelle. Mais eux aussi font trop souvent défaut. Ramonède tient encore compte des connexions avec le cordon, auquel la séreuse adhérerait intimement, comme on l'a dit depuis longtemps pour la hernie testiculaire : il ne faut point abuser de cette adhérence, ainsi que Richelot l'a bien mis en relief pour la cure radicale des hernies et hydrocèles congénitales, et comme je l'ai vérifié sur le cadavre.

Jusqu'à présent donc, nous n'avons pas un criterium répondant à la majorité des faits. Ce criterium, la dissection grossière va encore le fournir : le sac de la hernie à canal ouvert est mince parce que autour de lui le fascia transversalis n'est pas refoulé. Cela se comprend du reste, puisque la hernie sort par l'anneau interne, c'est-à-dire par un trou de ce fascia transversalis. Mais par contre ce sac est situé sous la gaine profonde du cordon. Or les quinze sujets dont j'analyse ici la dissection m'ont fourni seize hernies, où ces deux caractères existaient. Sur la plupart d'entre eux j'ai constaté, en outre, quelques vestiges de malformation péritonéo-vaginale d'un seul ou des deux côtés, à l'orifice interne ou au niveau de la tunique vaginale.

La conclusion anatomique sera donc la suivante : les hernies externes à canal fermé se font, comme les hernies directes, en dehors de la gaine profonde du cordon et refoulent le fascia transversalis; les hernies externes à canal ouvert sont situées sous la gaine profonde du cordon et ne refoulent pas le fascia transversalis.

Voilà de bien longues considérations anatomiques, et encore n'ai-je rien dit, à dessein, des variétés. Mais ces études sont indispensables à qui veut se faire une idée nette sur l'étiologie et les variétés cliniques de la hernie inguinale.

V

En étiologie, je passerai sous silence les statistiques sur la fréquence, l'âge, le sexe ; les discussions soulevées naguère encore pour savoir si la hernie à canal ouvert peut exister sur un fœtus, si elle peut être, par conséquent, réellement congénitale. Mais il faut établir quelle est parmi les hernies externes la fréquence relative des hernies à canal ouvert.

W. Roser pense que la plupart des hernies externes sont péritonéo-vaginales. Son opinion est à l'ordinaire combattue, et pourtant, sans la pousser à l'extrême, c'est elle que je désire soutenir, car dans mes dissections j'ai trouvé quinze sujets atteints de hernie externe congénitale pour quatre où la hernie externe était acquise. D'autre part, il y a des arguments cliniques importants.

Ainsi, Malgaigne note l'hérédité, à peu près exclusivement paternelle, sur un tiers des sujets masculins atteints de hernie inguinale ; et qu'on ne parle pas de transmission héréditaire d'un état morbide prédisposant à la hernie de faiblesse, car la plupart de ces sujets sont jeunes.

Il est certain que les hernies à canal ouvert se font presque toujours après la naissance. Malgaigne nous enseigne qu'un premier maximum s'observe, sans grande différence entre les deux sexes, d'un à cinq ans. Puis vers treize ans la fréquence redevient assez grande, pour atteindre, de vingt-cinq à trente ans, un second maximum. C'est alors l'âge des efforts professionnels, et l'homme est atteint dix fois plus que la femme. Dans le sexe féminin intervient l'accouchement, mais c'est sur la hernie crurale qu'il ferait sentir son influence. Voilà déjà un argument sérieux pour faire de la hernie inguinale de la petite fille et de la nullipare une hernie le plus souvent à canal ouvert, sortie par le canal de Nuck resté perméable.

La grande fréquence des hernies externes avant cinq ans est indiscutée. On a bien dit, à l'encontre de P. Pott, que les hernies de l'enfance ne sont pas toutes à canal ouvert. Le Roy de Barres l'affirme encore en 1871, s'appuyant il est vrai sur les assertions de Hey, Rizzoli, Forster, Jobert, pour qui la hernie n'est congénitale que si elle est testiculaire, argument aujourd'hui reconnu insuffisant. Songeons, au contraire, à la fréquence considérable des perméabilités incomplètes du canal péritonéo-vaginal dans les premiers temps de la vie, et nous serons portés à leur faire jouer un rôle prépondérant dans la hernie de l'enfance. Et cela d'autant plus que dans celles des hernies qui sont unilatérales, le côté droit est le plus souvent atteint, tout comme les anomalies péritonéo-vaginales unilatérales sont plus fréquentes à droite. Or cette prédominance persiste chez le vieillard. Étudiant les hernies unilatérales à Bicêtre, aux Invalides, Malgaigne et Hutin en trouvent environ sept à droite pour quatre ou cinq à gauche ; et Malgaigne ajoute : « Il est remarquable que la proportion soit ici la même que pour les enfants à la naissance. » Admettons donc que ces hernies se sont faites, elles aussi, à la faveur d'une amorce créée par une anomalie péritonéo-vaginale. N'aurons-nous pas ainsi une explication satisfaisant l'esprit mieux que les théories mécaniques, plus ou moins claires, de Schenkius, de Martin, de Cloquet?

Mais immédiatement une objection surgit : ces hernies des vieillards se sont produites bien souvent peu à peu, tout comme les hernies indiscutablement acquises. Leur évolution doit les faire rapprocher des hernies directes, par exemple, et la clinique proteste contre la doctrine qui les compare à la hernie congénitale, formée d'emblée, sous l'influence d'un effort, dans un sac préformé. Cette confusion apparente vient tout simplement de ce que le langage chirurgical courant est vicieux, et la preuve en est facile à donner.

Depuis les recherches de Malgaigne, tous les traités classiques parlent de la hernie congénitale funiculaire et en admettent la réalité théorique à côté des hernies à caractères grossiers de congénitalité : hernies testiculaires, hernies avec ectopie, etc. Mais vienne la description clinique et l'on dit : la hernie congénitale, trouvant devant elle un sac préformé, s'y engage tout d'un coup ; c'est une hernie d'emblée et non une hernie progressive comme la hernie acquise, et même, ce que ne fait jamais la hernie acquise, elle est capable de s'étrangler d'emblée; la hernie congénitale a donc une évolution et des complications qui lui donnent une physionomie clinique spéciale. On arrive de la sorte à une conception très simple, que sa simplicité même rend

favorable à la vulgarisation didactique. Par malheur, elle est fausse et ne cadre pas avec les constatations de l'anatomie pathologique.

Sans aucune contestation, les hernies d'emblée, exposées à l'étranglement grave et également d'emblée, ces hernies sont à canal ouvert, et cela se conçoit du reste. Un cul-de-sac anormal existe dans lequel un beau jour, sollicité par un effort, l'intestin s'engage brusquement; et brusquement il va au fond. Où rencontrerai-t-il un obstacle une fois l'orifice franchi? L'obstacle n'est-il pas bien plutôt à l'orifice, que garnit un pli valvulaire? L'intestin s'arrête donc à l'anneau interne (hernie pro-péritonéale); à l'anneau externe (hernie interstitielle); le long du cordon (hernie funiculaire); au testicule (hernie testiculaire): je passe sous silence les variétés spéciales, les cas individuels. Une fois au fond du sac, il y a toujours un temps d'arrêt. Mais la poussée persiste, et le sac s'accroît, par distension d'abord; puis l'effort continuant, chronique, le glissement intervient comme dans les hernies à canal fermé, et le cul-de-sac descend peu à peu. Mais ce glissement n'a lieu qu'une fois vaincue l'adhérence du feuillet séreux aux plans qui l'entourent, éléments du cordon et fibreuse commune. Or, si l'adhérence est anatomiquement médiocre, se laisse facilement détruire par la dissection, elle est physiologiquement solide. Il n'y a pas là un plan sous-séreux lâche, favorable aux glissements; et de plus le fond du sac n'est pas dans un tissu conjonctif lâche, mais doit, pour progresser, dissocier des organes enserrés dans une gaine étroite, la fibreuse commune. Et voilà pourquoi la hernie d'emblée reste volontiers petite, pourquoi son fond est long à descendre plus bas; pourquoi c'est dans cette variété qu'on observe les degrés dits incomplets. Telle est la hernie interstitielle qui reste pendant long temps confinée à l'aine, mais qui, malgré M. Tillaux, n'y reste pas toujours irrévocablement confinée, et surtout qui n'y est pas confinée parce que le testicule étant ectopié n'a pas créé l'anneau externe. L'ectopie testiculaire, en effet, est fréquente, mais non pas constante.

Ainsi, il y a une première variété clinique de hernie inguinale: la hernie d'emblée. C'est une hernie de force; c'est elle dont l'étranglement, brusque et grave, a été si bien décrit par Trélat et Le Roy des Barres, par Ramonède. C'est certainement une hernie à canal ouvert et les descriptions classiques laissent volontiers croire que toutes les hernies de cette espèce en agissent de la sorte. Or cette opinion est fausse: il existe des hernies de faiblesse qui ont été simplement amorcées par une anomalie péritonéo-vaginale du premier degré, et qui sont anatomiquement à canal ouvert.

Soit en effet une légère dépression, un reste, simplement, du vestibule rétro-inguinal. Une anse intestinale y appuie. Tant que les choses en resteront là, on a une poche propéritonéale où pourront se produire des accidents d'étranglement interne, analogues à celui dont M. Millard entretenait, il y a peu de temps, nos lecteurs. Il n'y a pas, à vrai dire, une hernie externe. Et tant que la paroi abdominale sera jeune et solide, les choses en resteront là. Mais que l'âge vienne, et avec lui l'affaiblissement: peu à peu sous cette poussée constante les tissus se laisseront forcer et cette hernie, à canal ouvert cependant, progressera exactement comme une hernie à canal fermé.

Théoriquement, elle est congénitale, au sens où l'on a coutume d'employer ce terme. L'anatomiste aura beau chercher, il n'y trouvera pas l'enveloppe du fascia transversalis; par contre, il affirmera que les viscères sont sous la gaine profonde du cordon; il ajoutera même que, dans sa descente, le sac s'est insinué entre les éléments du cordon, les a dissociés, les a éparpillés à la surface. Eparpillement souvent donné — par Ramonède par exemple — comme signe de hernie acquise et ancienne. Ancienne, oui; acquise, non; car qui comprendra la possibilité de cet éparpillement si la hernie n'est pas sous la fibreuse commune, au milieu même du cordon?

Mais passons de la théorie à la pratique. Cette hernie de faiblesse à évolution progressive et lente, est absolument comparable, en clinique, aux hernies à canal fermé. Son étranglement est absolument rare, et si, par hasard, il survient, ce sera par un collet qu'indurent des stigmates et non par les valvules tranchantes, si dangereuses, qu'on voit dans la hernie d'emblée.

VI

La conclusion de tout ce qui précède est que, si l'on veut rendre simple la description des hernies inguinales, il ne faut pas superposer exactement les variétés anatomiques et les variétés cliniques de ces hernies.

Dans la *description anatomique*, il faut diviser les descentes inguinales en hernies à canal ouvert, hernies à canal fermé. Les premières, ou péritonéo-vaginales, ont pour origine une persistance anormale, totale ou partielle, du conduit péritonéo-vaginal. Si l'on veut, on peut conserver jusque-là, quoique un peu vicieuses, les dénominations: hernie congénitale, hernie acquise.

Mais dans la *description clinique*, il faut abandonner ces divisions anatomiques. On ne doit tenir compte que de la distinction, sur laquelle Malgaigne insistait à si juste titre, en hernies de force et hernies de faiblesse.

Les hernies de force sont à peu près toutes à canal ouvert; ces hernies d'emblée, sujettes à l'étranglement, ne sont pas portées par des hernieux, au sens propre du terme. Pour elles la cure opératoire peut être radicale et peut, par conséquent, être faite sur la simple demande du malade. Pour les hernies de faiblesse, elle ne sera que palliative, et ne devra dès lors être entreprise que si une complication force la main au chirurgien.

Cette notion est vulgaire, sans doute; mais on tend trop souvent à lui en associer une autre, absolument erronée: considérer que les hernies de force étant toutes congénitales, les hernies de faiblesse sont toutes acquises; à discuter pour savoir si la cure opératoire par dissection du sac est ou non plus difficile pour la hernie congénitale que dans la hernie acquise. Non, affirme Richelot, par exemple; et il a raison, pour un motif d'une simplicité extrême: les hernies qu'on opère ne sont presque jamais des hernies directes, et je pense, d'autre part, que la grande majorité des hernies externes sont anatomiquement congénitales.

La hernie de faiblesse en effet, je le répète en terminant, sera le plus souvent directe si le péritoine inguinal est tout à fait normal; elle sera externe si une amorce péritonéo-vaginale la sollicite, et dès lors elle sera anatomiquement congénitale. La hernie externe à canal fermé est une variété rare; je ne l'ai trouvée que sur quatre sujets, pendant que je disséquais treize porteurs de hernie directe.

Donc la hernie dite acquise sera généralement directe; en clinique elle a une évolution que sa lenteur rend typique; l'étranglement y est rare. Devant elle à peu près tous les hernieux sont égaux. Pour la hernie péritonéo-vaginale, au contraire, il y a deux catégories de faits: la hernie de

force et la hernie de faiblesse. Ces deux variétés, anatomiquement semblables, ne se ressemblent absolument pas en clinique, et je conclurai en modifiant la phrase de Ramonède, par laquelle j'ai commencé cet article : « Rien n'est moins homogène que le groupe des hernies inguinales dites congénitales. A quelque point de vue qu'on se place, étiologie, symptomatologie, traitement, aucun des faits de leur histoire ne se présente avec cette unité relative qui se rencontre dans les autres hernies abdominales. »

A. Broca.

REVUE DES COURS ET DES CLINIQUES

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LE PROFESSEUR CHARCOT.

Les effets nerveux de la foudre. — M. Boudin, qui s'est beaucoup occupé de ce sujet, trouve que les effets de la foudre sur le corps humain sont caractérisés par quelque chose *d'imprévu, de protéiforme, de contradictoire, de mystérieux*...

Cette appréciation paraît chargée... tout au moins, car pour qu'un mystère demeure un mystère, il est indispensable qu'on ne l'examine pas de trop près. M. Charcot donne pour preuve de ce qu'il avance l'histoire clinique d'un malade qu'il présente à son cours.

Un homme, sans antécédents nerveux héréditaires, énergique et violent, mène une vie agitée. A dix-huit ans il gifle un maître d'études et se fait chasser du lycée. A la suite de ce coup de tête, il s'engage dans l'infanterie de marine, prend part aux campagnes du Mexique, passe dans les équipages de la flotte, fait la campagne de 1870 et assiste aux combats de Patay, Orléans, les Aubrays, Coulommiers, etc., avec les fusiliers-marins; il fait partie de la compagnie qui reprend le Père-Lachaise sur les fédérés. Cet homme s'était fait une habitude du danger. Maintes fois il s'est trouvé au milieu des coups de feu ou des éclats d'obus sans s'en montrer effrayé.

Ces temps derniers, garçon de recettes d'une grande maison de commerce, il s'était un peu surmené et était devenu légèrement neurosthénique.

Le 7 mai il est frappé de la foudre sur la route de Noisy-le-Sec. La foudre l'atteint dans un moment où son état mental n'était pas tout à fait ordinaire. Cet homme si énergique se voyant seul sur une route découverte est effrayé par l'idée qu'il peut être foudroyé. Il abandonne un pied de bruyère blanche qu'il avait l'intention de déraciner et de rapporter à Paris et se met à marcher très vite, l'espace de 2 ou 300 mètres. Tout d'un coup il entend un bruit d'assiettes brisées assourdissant, puis il voit à un mètre ou deux de son pied gauche une boule de feu, dont il évalue la grosseur au volume d'un fût de bière de 50 à 60 litres. Cette boule émet des spirales de fumée épaisses. En même temps il *ressent dans la jambe gauche une sensation étrange, il lui semble que le membre est pris entre deux planches et serré;* ce membre est atteint de *fourmillements* comme ceux que l'on éprouve quand on est resté longtemps assis et qu'on a contusionné son sciatique. Puis notre homme est pris de faiblesse, il tourne sur lui-même et s'abat tout de son long. Il reprend connaissance au bout d'un temps qu'il ne peut évaluer et se trouve alors dans un état mental spécial fort comparable à celui des traumatisés de chemin de fer. Il marche devant lui sans trop savoir où il va, répond grossièrement sans raison à un ami qui lui demande s'il est malade. Sur le lieu de l'accident même cet homme s'était mis à pleurer pendant longtemps. L'idée de la bruyère blanche revient sans rime ni raison au milieu de ce naufrage de toutes les notions acquises. Ramené chez lui, il a les yeux hagards, il pleure sans cesse, se cache dans son lit sous les couvertures comme un enfant. Ce n'est que peu à peu que cet état se dissipe un peu pendant le jour, car pendant la nuit il rêve continuellement à son accident. Or aujourd'hui, trois semaines après l'événement, cet homme présente dans la jambe atteinte par la foudre une *paralysie complète de la sensibilité et du mouvement.* Il y a anesthésie complète à tous les modes. Sens musculaire, sens articulaire, tout est pris. Pas de signes d'une atteinte organique de la moelle. Les sphincters ne sont pas atteints.

Si nous joignons à cela une *diminution appréciable de la sensibilité dans tout le côté gauche du corps, une diminution de l'ouïe, du goût, de l'odorat, du rétrécissement du champ visuel, de l'achromatopsie, de l'anesthésie pharyngée,* sur la poitrine des *zones*, dont la pression produit l'esquisse d'une crise, on arrive à cette conclusion qu'*aujourd'hui* le malade est devenu un *hystérique* vulgaire. Ce n'est pas à dire que la foudre n'a joué aucun rôle. Quand on cherche dans les mémoires publiés sur les accidents de la foudre, Mémoire d'Arago, livre de Sestier, article Dechambre dans le *Dictionnaire encyclopédique,* on voit qu'il y a deux sortes de foudre: la foudre vulgaire en zigzag et la foudre *en boule*. De la première, on dit non sans raison qu'elle foudroie sans qu'on ait eu le temps ni de voir l'éclair ni d'entendre le tonnerre. Pour la seconde, ce n'est plus la même chose et la description de notre homme, si troublé qu'il fût à ce moment, n'a rien que de vraisemblable et de conforme aux descriptions des auteurs précités. La boule de feu donne le temps de la voir. On l'a vue entrer dans une pièce par la fenêtre, sortir par la porte, foudroyant au hasard un enfant et un animal (les animaux sont beaucoup plus facilement foudroyés que les hommes).

L'état mental n'a rien de particulier aux foudroyés, c'est celui de tous les gens qui ont été soumis à une terreur intense et qui, traumatisés ou non, ont été victimes d'un choc nerveux violent.

On a décrit des paralysies par fulguration, on les a constatées chez des fulgurés, on a pu artificiellement les reproduire chez des animaux. Leurs caractères constants sont d'être le plus souvent *incomplètes, immédiates, passagères,* d'intéresser à la fois le *mouvement* et la *sensibilité* et de se *localiser* au membre touché par la foudre. Jamais les sphincters ne sont touchés, la paralysie garde toujours le caractère périphérique.

Ces paralysies sont des *monoplégies*, des *hémiplégies*, ou plus justement des *monoplégies associées.*

Le malade qui fait le sujet de cette leçon n'a pas fait exception à la règle. Il a été d'abord un paralysé par fulguration, il a eu sa jambe seule prise, puis, le terrain le voulant ainsi, il a versé dans l'hystérie. Ce qui fait affirmer que la paralysie n'était pas hystérique dès le début, c'est qu'elle a été *soudaine;* au contraire, dans l'hystérie, on sait que cette paralysie est une chose de *réflexion*, de *méditation*, de *maturation* pour ainsi dire. Et le professeur prend dans les auteurs qu'il a cités, dans un travail de Nothnagel de Vienne (Des effets de la foudre sur le corps humain, *Wirsch. Arch.*, 1880), il emprunte à Onimus, à Gibier de Savigny, des observations concluantes de fulgurés devenus manifestement hystériques.

Il y a donc dans les faits *protéiformes et mystérieux?* de Boudin une constante. Il y a aussi ce fait qui cause encore un profond chagrin aux adversaires de l'hystérie masculine. C'est qu'au bout des effets de la foudre, des accidents de chemin de fer, des traumatismes arrivés au milieu d'émotions violentes, il y a l'hystérie toujours *une* qui s'affirme comme une constante nosologique.

Le malade est soumis au traitement habituel de l'hystérie et l'on espère de cette façon le débarrasser de sa para-

lysie et des troubles qui sont venus se greffer sur les premiers effets de la foudre. (Leçon du 29 mai 1889.)

P. B.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Sur un cas de pleurésie purulente méta-pneumonique, traitée par les ponctions avec injections antiseptiques, puis par l'opération de l'empyème, par M. le docteur Sevestre, médecin de l'hospice des Enfants-Assistés. (Communication faite à la Société des hôpitaux dans la séance du 26 juillet 1889.)

Messieurs, l'intéressante communication que vous a faite M. Fernet dans la dernière séance, m'a rappelé un cas de pleurésie purulente que j'ai eu récemment l'occasion d'observer dans mon service, et, bien que ce fait diffère à quelques égards de ceux qu'a étudiés notre collègue, j'ai pensé qu'il pouvait y avoir quelque intérêt à le rapprocher des siens.

Obs. — Il s'agit d'un enfant de sept ans, dont la mère tuberculeuse était en traitement à l'hôpital Lariboisière. Cet enfant entra le 5 *mars* à l'infirmerie des Enfants-Assistés, au troisième jour d'une pneumonie caractérisée par de la matité et du souffle au sommet gauche, une température de 40 degrés, etc. Le 7 *mars*, le souffle diminuait et faisait place aux râles de retour, en même temps que la température baissait graduellement. Quelques jours après la résolution de la pneumonie était complète. Cependant la température était toujours au moins le soir à 38°,4 ou 38°,5, et même, à partir du 15, elle montait graduellement jusqu'à atteindre le 20 *mars* le chiffre de 39°,8. Comme le petit malade s'était trouvé exposé à la contagion de la rougeole, je pensai que l'élévation de la température annonçait l'invasion de cette maladie; il n'en fut rien, aucune éruption ne se manifesta et d'ailleurs j'appris qu'il avait déjà eu antérieurement la rougeole. C'est alors qu'en recherchant si l'auscultation ne rendrait pas compte de la persistance de la fièvre, j'eus la surprise de constater un épanchement abondant du côté gauche de la poitrine. La résolution de la pneumonie avait été complète, l'enfant ne toussait plus, il n'avait pas eu les jours précédents de gêne appréciable de la respiration, et j'avoue que pendant quelques jours j'avais négligé de faire l'examen de la poitrine, qui ne paraissait d'ailleurs indiqué par aucun trouble fonctionnel spécial.

Il n'en est pas moins vrai qu'il existait un épanchement abondant, et le lendemain cet épanchement avait encore augmenté: on constatait une matité absolue, en avant comme en arrière, du haut en bas, et une absence presque complète du bruit respiratoire, sauf dans la région sous-claviculaire, où l'on trouvait un souffle voilé; le cœur était refoulé à droite, et les battements avaient leur maximum en dehors du bord droit du sternum. En raison de ce fait, considérant aussi le développement rapide de l'épanchement, et bien qu'il n'y eût même ce jour-là qu'une dyspnée modérée, je décidai la thoracentèse pour le lendemain 22 *mars*.

Elle fut faite dans le septième espace intercostal, un peu au-devant de la ligne axillaire, et donna issue à environ 300 grammes d'un pus épais verdâtre, sortant difficilement, bien que l'on eût pris la grosse canule de l'appareil Potain. Des injections furent faites dans la plèvre (avec la solution boriquée tiède) autant pour faciliter l'évacuation en diminuant la consistance du pus, que pour assurer l'antisepsie de la plèvre.

L'examen pratiqué à la suite de l'opération permit de constater le retour de la sonorité et du murmure respiratoire dans le tiers inférieur de la poitrine, mais en haut la matité persistait. Le cœur avait repris sa place.

La température baissa graduellement et tomba le 25 *mars* à 38 degrés; mais elle ne tarda pas à remonter sans dépasser cependant le chiffre de 38°,6 ou 38°,8. En même temps d'ailleurs, l'état général restait mauvais: l'enfant était triste et mangeait à peine. A l'examen de la poitrine, on constatait que l'épanchement ne s'était que très peu reproduit à la partie inférieure, mais dans le tiers supérieur, la matité était absolue, et le silence respiratoire complet, sauf dans un point assez limité où l'on percevait un souffle lointain.

Il existait donc une autre poche vraisemblablement remplie de pus comme la première. Une seconde ponction fut pratiquée le 2 *avril;* le trocart plongé directement au-dessous du bord inférieur du grand pectoral et dirigé en haut, vers le deuxième espace intercostal, donna issue à une petite quantité (60 grammes environ) d'un pus tout semblable à celui évacué par la première ponction. Des lavages faits comme la première fois ramènent un liquide d'abord fortement mélangé de pus, puis de plus en plus clair. On peut évaluer la quantité de pus contenu dans cette poche à 100 ou 120 grammes.

Les jours suivants, l'état général ne s'améliore pas, la température oscille entre 38 et 39 degrés, sans dépasser ce dernier chiffre; à l'examen de la poitrine on constate en avant dans toute l'étendue une sonorité presque normale, et un retour presque complet du bruit respiratoire; il en est de même en arrière dans les deux tiers inférieurs, mais en haut, sous l'omoplate, la matité persiste; il reste donc là une troisième poche, que l'on ne peut d'ailleurs atteindre par la ponction. Aussi en présence de la persistance de la fièvre et des phénomènes généraux, j'en viens à discuter l'opportunité de l'opération de l'empyème, et je m'y résous d'autant mieux que le 11 *avril*, je constate que la matité et la faiblesse du bruit respiratoire reparaissent, et de plus que les trajets des ponctions tendent à devenir fistuleux.

Le 12 *avril*, je pratique cette opération suivant les règles ordinaires, en faisant l'incision au niveau du point où avait eu lieu la première ponction; il s'écoule une assez grande quantité de pus, et M. Netter présent à l'opération en prend une portion pour l'examen bactériologique. Pour le dire tout de suite, cet examen a montré qu'il existait des pneumocoques, mais aucun des microbes ordinaires de la suppuration.

Des tubes sont placés dans la plèvre qui est largement lavée à l'eau boriquée, et après avoir incisé le trajet de la deuxième ponction sans arriver jusqu'à la plèvre, j'applique un pansement antiseptique.

La température, qui était le matin de 38°,3, tombe le soir à 37°,6, et se maintient les jours suivants au-dessous de 37°,8, chiffre auquel elle n'était jamais descendue avant l'opération de l'empyème. Cependant, à la suite d'une élévation de température coïncidant avec l'infiltration du pansement par le pus, je me décidai à faire le pansement avec injection. Le premier pansement, avec lavage à l'eau boriquée, est fait le 17 *avril*, et l'on peut alors constater que la matité a complètement disparu et que le bruit respiratoire s'entend partout. D'autres pansements sont faits le 20 *avril*, le 23 *avril*, le 28 *avril*, et chaque fois on lave la plèvre à l'eau boriquée. Cependant le 2 *mai*, remarquant qu'à chaque pansement il existe encore une suppuration assez abondante, je me décide à changer ma manière de faire: j'emploie pour faire les injections la solution de sublimé au millième; seulement, afin d'être sûr de ne pas laisser dans la plèvre une quantité de cette solution trop considérable, je termine par plusieurs injections successives avec l'eau boriquée.

Le résultat fut très satisfaisant: le 7 *mai*, il n'y avait qu'une quantité insignifiante de pus; aussi le 14, j'enlevai un des drains et le dernier le 21. Quelques jours après, la plaie était fermée, et la guérison était complète.

J'ajoute qu'après l'opération de l'empyème, et surtout à partir du moment où les injections avaient été faites avec la solution de sublimé, l'état général s'était relevé, l'enfant s'était mis à manger, avait repris ses forces. Pendant ce temps sa mère était morte de tuberculose.

Cette observation me paraît intéressante à plusieurs points de vue, et, bien que je les aie déjà signalés en passant, je vous demande la permission d'y revenir pour en fixer le sens d'une façon plus précise.

C'est un exemple très net de ces pleurésies méta-pneumoniques sur lesquelles M. Troisier et M. Netter ont attiré votre attention dans la première séance de cette année. La pneumonie était complètement guérie, et c'est quelques jours après que, d'une façon insidieuse, c'est-à-dire sans troubles fonctionnels caractéristiques, la pleurésie se développa; très rapidement du reste, elle devint assez abondante pour nécessiter une intervention active. L'examen bactériologique, que M. Netter a bien voulu pratiquer, montra

l'existence du pneumocoque, et seulement du pneumocoque.

L'épanchement, ainsi que cela a lieu souvent en pareil cas, était enkysté ou plutôt se trouvait divisé en plusieurs loges : c'est un caractère fort important de ces pleurésies à pneumocoques, et dont il faut tenir compte au point de vue du diagnostic et pour le traitement. J'ajoute cependant que ce caractère n'est pas constant.

Un autre caractère, dont la valeur est grande aussi, consiste dans le degré relativement modéré de la fièvre, alors même que l'épanchement est purulent; chez notre petit malade, la température a presque constamment oscillé entre 38 et 39 degrés.

C'est en me fondant sur l'existence de ces deux phénomènes : enkystement rapide du liquide et fièvre modérée, que j'ai pu dernièrement par analogie diagnostiquer une péritonite à pneumocoques et formuler un pronostic favorable, pour un cas qui paraissait devoir être très grave. La ponction, puis l'incision avec lavage de la poche ont été faites, et la petite malade est aujourd'hui en voie de guérison; lorsque celle-ci sera parfaite, je vous demanderai la permission de vous en présenter l'observation complète.

Les pleurésies à pneumocoques, vous a dit M. Netter, peuvent guérir spontanément à la suite d'un vomique, et la proportion de ces cas ne serait pas inférieure à 26 pour 100. Cependant notre collègue donne le conseil de ne pas attendre cette éventualité et de pratiquer la ponction qui suffit souvent, ajoute-t-il, pour amener la guérison, sans qu'on soit obligé de recourir à l'opération de l'empyème.

Dans le cas actuel, la ponction était d'autant mieux indiquée, que le cœur avait subi un déplacement assez notable; elle eut en effet un résultat favorable, mais le résultat fut incomplet, par suite de l'existence de plusieurs poches purulentes. Au contraire, après l'empyème, qui permit de faire un lavage complet de la plèvre, on vit brusquement la température tomber au chiffre normal, et bientôt l'état général se modifier favorablement. Pour les raisons indiquées plus haut (élévation de la température, infiltration du pansement), je fis, à quelques jours d'intervalle, plusieurs injections. Comme je l'ai signalé plus haut, l'action véritablement efficace de ces injections se manifesta surtout après l'emploi de la solution de sublimé. Aussi je crois que si les lavages avec la solution boriquée (par laquelle on peut toujours commencer) paraissent insuffisants, il ne faut pas hésiter à recourir à des solutions plus actives, et si l'on a soin de faire à la suite plusieurs lavages avec une autre solution ou simplement avec de l'eau stérilisée pour enlever l'excès de la solution active, je pense que le procédé est sans inconvénients.

Pathologie interne.

Observation d'un soldat atteint de mutisme hystérique et réformé, par M. le docteur Emile Tartière, médecin-major de 2e classe au 8e régiment de hussards.

J..., cultivateur, habitant une ferme du canton de Pertuis (Vaucluse), né le 25 juin 1865, fut incorporé le 4 décembre 1886 au 8e régiment de hussards : constitution forte, tempérament sanguin, aucune maladie antérieure digne d'être notée. Nul indice syphilitique; mais l'hérédité nerveuse existe chez lui, une grand'mère tombait du haut mal, et deux sœurs, qui vivent encore, présentent souvent des attaques convulsives, avec perte de connaissance.

Le 10 janvier 1887, ce cavalier, se trouvant à la corvée du manège, fut pris d'une attaque convulsive qui fut de courte durée, mais après laquelle il ne put parler à ses camarades.

Le lendemain, il se présente à la visite et me fait signe en portant la main à sa gorge, geste ordinaire des muets hystériques, qu'il lui est impossible d'articuler un mot. Ce mutisme me parut étrange, aussi je ne cacherai pas que je crus tout de suite à une simulation; c'était le premier cas que je rencontrais dans l'armée et rien n'avait été publié à ce sujet dans nos *Annales*.

Cet homme était noté comme un bon sujet à l'escadron, il n'était pas encore venu à la visite, aussi fut-il porté malade à la chambre. Durant les trois jours suivants, il revint à la visite, et rien de nouveau ne se manifesta. Alors pour l'étudier plus à l'aise et le tenir mieux en observation, je le plaçai à l'infirmerie. Chaque jour il fut l'objet d'un examen attentif, je le pressais de crier, de parler, de chuchoter, il ne pouvait rien faire de tout cela, et, quand on insistait, il se servait toujours du geste caractéristique de porter la main à sa gorge, comme pour me dire que son mal était là. Pourtant, il pouvait mouvoir sa langue et ses lèvres dans tous les sens. De même il pouvait écrire et traduire ainsi très convenablement sa pensée, à la vérité dans un style qui se ressent forcément de son éducation antérieure, fort incomplète d'ailleurs. Aussi, craignant d'être pris pour un simulateur et ennuyé de n'être souvent pas compris, il me donnait par écrit, presque chaque jour, des détails de son histoire et me formulait de même ses demandes et ses désirs.

Ce sujet était devenu pour moi plein d'intérêt; aussi j'en fis part à mes camarades de la garnison, et l'un d'eux eut l'obligeance de m'indiquer les leçons de la Salpêtrière. Il fut envoyé à l'hôpital.

Dès le premier jour, J... fit connaître son histoire au moyen de l'écriture, ainsi qu'il l'avait fait à l'infirmerie. M. le médecin-major Mandoul, chargé, à cette époque, du service de l'hôpital, rechercha, suivant les indications de M. Charcot, les stigmates hystériques; il put observer l'anesthésie pharyngée, la perte complète du goût, mais il est bon de dire que le malade attira lui-même son attention de ce côté, en demandant un purgatif, car il ne trouvait aucun goût aux aliments. Les substances les plus amères, comme le sulfate de quinine, ont pu séjourner dans sa bouche sans que l'amertume en fût perçue.

On ne trouvait rien du côté de l'odorat, de l'ouïe, de la vue, aucune déviation de la face, ni aucune trace de la sensibilité ou de la motilité. M. Mandoul essaya vainement de déterminer chez ce sujet des contractures dans le bras, par l'application d'une bande de caoutchouc. Il eut recours aussi, mais vainement encore, à plusieurs tentatives d'hypnotisme afin de pouvoir agir sur lui au moyen de la suggestion; J... resta réfractaire à tous les moyens employés pour l'endormir.

Notre malade sortit de l'hôpital le 25 mars, après un séjour de quarante-cinq jours. Il ne voulut accepter ni congé de convalescence, ni une permission de courte durée, que je lui offris. Au quartier, il fut laissé exempt à la chambre, tous les jours il venait à la visite ; au bout de quelque temps, il fut employé au jardinage du jardin que possède l'infirmerie, puis à la bibliothèque des sous-officiers. Durant le mois de mai il me pria de lui faire accorder une permission de six jours, pas plus longue, pour aller voir sa famille. A son retour, il me raconta qu'il n'avait vu que ses parents, et qu'il s'était caché de ses camarades du pays.

Au mois d'août, je fis rentrer J... à l'hôpital dont j'avais repris le service, dès le mois de juin. C'était à seule fin de le présenter à l'inspection médicale et de le proposer pour être évacué, soit sur le Val-de-Grâce, soit sur l'hôpital Desgenettes, à Lyon.

Je le présentai, le 10 août, à M. le médecin-inspecteur Védrenes, qui, trouvant comme moi ce cas fort intéressant, décida son évacuation sur l'hôpital militaire de Lyon où il est resté en observation durant quarante-cinq jours, du

18 août jusqu'au 3 octobre, date de sa réforme par congé n° 2.

Je n'ai pas voulu perdre de vue cette observation; ainsi au mois de février j'ai provoqué une enquête de la gendarmerie qui m'a appris que J... parlait. Aussitôt j'ai écrit à lui-même pour connaître les circonstances dans lesquelles la parole lui était revenue. Il s'empressa de m'adresser une réponse dont je vais donner les principaux passages, en leur donnant de l'orthographe et aussi un peu de style sans toutefois leur enlever toute leur originalité presque inculte :

« Monsieur le major,

« Je m'empresse de répondre à votre lettre; vous me demandez comment la parole m'est revenue, je vais vous l'expliquer; quand je suis arrivé chez moi, de voir que je ne pouvais pas parler, je n'ai pas osé aller voir mes camarades; alors je suis allé chez un de mes oncles, dans une campagne éloignée, où je suis demeuré quinze jours, au bout desquels, un jeudi matin, en me levant je me suis senti mal; alors je tombe par terre; au bout d'une heure après, j'avais un petit peu ma parole, mais pas beaucoup; peu à peu elle m'est revenue, mais je ne suis pas comme avant cette maladie, j'ai l'estomac bientôt fatigué... maintenant je ne sais pas si c'est cette attaque qui m'a guéri... »

Telle est cette lettre dans sa principale substance, elle indique une attaque ayant déterminé le retour de la parole comme celle qui l'avait fait perdre.

L'enquête de la gendarmerie confirme quelques faits; mais elle donnerait lieu à des doutes si les symptômes observés à Vienne et à Lyon, depuis le 10 janvier jusqu'au 3 octobre, c'est-à-dire durant neuf mois, n'avaient paru certains.

Voici un extrait de cette enquête :

« 1er mars 1888, Pertuis (Vaucluse), gendarmerie.

« D'après les renseignements que nous avons recueillis, il résulte que J... ne fréquente pas beaucoup le pays, habitant dans la montagne et à une distance de 4 kilomètres; néanmoins pour le carnaval il a été vu causant avec ses camarades.

« Après avoir recueilli les renseignements ci-dessus, nous nous sommes rendus à la campagne où il habite, nous l'avons trouvé qu'il venait de travailler avec son père et son frère, et sans lui expliquer les motifs de notre présence dans son quartier, nous lui avons posé plusieurs questions auxquelles il a parfaitement répondu; son physique n'indiquait pas non plus qu'il fût malade.

« Nous devons indiquer que dans la commune, on ignore le motif pour lequel J... a été réformé, notamment M. le maire. »

J... nous a dit dans sa lettre qu'il est allé se cacher chez un oncle, il ne serait donc pas étonnant que son histoire soit inconnue dans sa commune.

Il ne faut point s'arrêter aux doutes que peut donner de prime abord l'enquête de la gendarmerie, car J... est un cultivateur grossièrement instruit; il faudrait lui supposer une connaissance approfondie du mutisme hystérique pour en avoir simulé si bien et si longtemps les principaux symptômes, et une volonté de fer pour résister durant dix mois à l'observation de ses camarades de régiment et d'hôpital, et à celle des nombreux médecins qui l'ont examiné, soit à Vienne, soit à Lyon, car il a été un sujet de curiosité durant toute sa maladie.

Cette observation intéresse donc non seulement par ses faits particuliers, mais encore par la décision de la commission spéciale de réforme de l'hôpital militaire de Lyon. En effet cet homme guéri ne peut être rappelé au service militaire. Mais il ne faut pas oublier que J... est un névropathe, et qu'il peut reperdre encore la parole. M. Charcot affirme que les récidives sont fréquentes. Telle est du moins la règle; mais à côté de celle-ci s'ouvre le chapitre des exceptions.

REVUE DES CONGRÈS

8e Congrès de médecine interne (Wiesbaden, 1889).

Discussion sur l'occlusion intestinale.

(Fin. — Voyez le numéro 32.)

Au 18e Congrès de la Société allemande de chirurgie, une seule communication est relative à l'iléus. Elle est due à *Schlange* (de Berlin). Dans les cas les plus graves, la laparotomie n'est pas de mise une fois survenue la paralysie (d'origine septique) du bout supérieur. Elle reste le seul moyen de lever un obstacle mécanique. La question est donc de savoir quand existe la paralysie. Tant que les anses distendues dessinent sous la paroi abdominale leurs mouvements péristaltiques, l'intestin n'est pas paralysé; et on peut, on doit faire la laparotomie. Dans le cas inverse — et malheureusement la plupart des malades nous arrivent à cette période — c'est à l'entérotomie qu'on aura recours, et sans hésiter, car elle permet d'évacuer le contenu septique de l'intestin et de sauver ainsi des malades qui auraient succombé. (*Centralblatt f. Chirurgie, Beilage zum* n° 29, 1889, p. 63.)

Des communications précédentes nous rapprocherons un mémoire que M. *P. Poppert*, assistant à la clinique chirurgicale de Giessen, vient de faire paraître dans les *Archives de Langenbeck* (*Zur Frage der chirurgische Behandlung des Ileus*, in *Arch. f. klin. Chir.*, 1883, t. XXXIX, p. 167). L'auteur expose d'abord les discussions qui ont surgi sur ce point, et résume le débat du congrès des chirurgiens allemands en 1888. En somme, les obscurités du diagnostic sont encore grandes, et de là bien des désaccords en thérapeutique. Mais il est très certain que quelques partisans de la laparotomie ont fait un grand pas en arrière, revenant, pour la majorité des cas, à l'entérotomie : Madelung, Mikulicz, Schede, Schönborn en sont là. Peut-être n'a-t-on pas, d'après Poppert, tenu assez compte, dans la plupart des discussions, de la variété clinique observée. Les occlusions aiguës sont de vrais étranglements; l'obstacle mécanique y est tout, comme dans la hernie étranglée, et l'entérotomie n'empêchera pas la perforation, le sphacèle de l'anse, d'amener la mort à brève échéance. Donc la laparotomie seule est capable de sauver le malade, à condition d'être précoce. On la fera sans se préoccuper du diagnostic précis, du degré de météorisme. Si l'on arrive trop tard, le malade est perdu, quoi qu'on fasse, tout comme, à un moment donné, la kélotomie devient impuissante. Dans l'occlusion chronique, au contraire, l'obstacle local s'efface devant les effets de la stase des matières : aussi l'opération indiquée en principe est-elle l'entérotomie, qui pare à cet accident. On lui objecte que des rétrécisssements fibreux, justiciables de l'entérectomie (Maydl, Hofmoke), peuvent causer cette variété d'occlusion : on aura recours alors secondairement à la laparotomie. Poppert a dû un succès à une conduite analogue. Sur un homme de vingt-sept ans, une occlusion subaiguë fut, au septième jour, traitée par l'entérotomie, quatre jours après survint une selle par l'anus, et au quatorzième jour l'orifice anormal put être avivé et suturé. Mais, au bout de cinq jours, les accidents récidivèrent : ils cédèrent à une réouverture de la fistule. Puis ils reparurent, brusques cette fois, à la suite d'un écart de régime, la fistule fonctionnant encore. Ils résistèrent à l'opium, et, à la treizième heure, la laparotomie fut pratiquée. Elle conduisit sur un étranglement par nœud diverticulaire, et le malade guérit, bien qu'il y eût déjà un début de péritonite circonscrite. Dans l'observation précédente, il s'agissait, lors de la première intervention, d'une occlusion subaiguë. C'est précisément là que l'indication thérapeutique est difficile à poser : en principe, c'est la laparotomie qui est bonne, mais en pratique on tiendra compte des conditions accessoires, des données précises de diagnostic, du degré du météorisme et du collapsus. C'est précisément parce que le diagnostic était obscur et le collapsus grand, que Poppert fit l'anus contre nature. On trouvera, dans ce mémoire, le résumé des principales méthodes opératoires de laparotomie. En appendice, l'auteur met une observation de

volvulus de l'S iliaque, remarquable par l'absence de vomissement (fait noté par Treves 3 fois sur 20 volvulus); de là des hésitations de diagnostic, et le malade est mort en sept jours. A l'autopsie, on a constaté une distension considérable de l'anse tordue, comme le dit von Wahl dans le travail que nous avons récemment traduit.

Gibson Hamilton a publié l'an dernier, dans la *Lancet* (6 octobre 1888), deux observations d'*étranglement par diverticule de Meckel*, toutes deux sur des garçons de six ans. L'un d'eux fut laparotomisé de bonne heure et guérit; l'autre au huitième jour et mourut. *Puzey* a fait l'entérectomie dans un cas où, sur un homme de trente-trois ans, il trouva l'intestin étranglé par un diverticule encore adhérent à des restes des vaisseaux omphalo-mésentériques. L'opéré mourut de collapsus.

F. Treves : Laparotomie au huitième jour pour une hernie dans l'hiatus de Winslow. Mort. (*Ibid.*, 13 octobre.)

Richardson : Laparotomie sur un homme de cinquante-sept ans, au septième jour. On trouve une coudure. L'opéré mourut en trois heures. Il y avait une thrombose veineuse allant de l'intestin malade jusqu'au foie. (*Boston med. and surg. Journ.*, 1888, t. II, p. 629.)

Maydl (de Vienne) fut plus heureux, et, sur une femme enceinte, il guérit par la laparotomie et l'entérectomie une occlusion causée par une péritonite pelvienne. (*Wiener klin. Woch.*, 1889, n° 3.)

Opérations pour rétrécissements du pylore, par M. *Lauenstein* (Hambourg). — Communication faite au *Congrès de médecine interne* en présentant deux malades opérés pour sténose simple. L'un d'eux, homme de cinquante ans, était dyspeptique depuis environ dix ans et vomissait depuis trois mois. Estomac dilaté; tumeur pylorique mobile. Le contenu stomacal est pourvu d'acide chlorhydrique libre. Le poids est tombé à 87 livres. Le diagnostic resta douteux, bien qu'un ulcère fût le plus probable. Laparotomie le 21 décembre 1888; pas d'adhérences, résection typique du pylore en une heure trente-trois minutes. Depuis, tous les accidents ont cessé. Le microscope démontre un rétrécissement simple. Le second malade est un homme de trente-trois ans, se souvenant d'avoir toujours souffert de l'estomac, vomissant depuis deux ans, ayant parfois de l'hématémèse et du mélæna. Dilatation considérable de l'estomac. On sent une tumeur à droite et au-dessus de l'ombilic, tumeur peu mobile, se cachant dans la profondeur quand on distend l'estomac. Le contenu stomacal est pourvu d'acide chlorhydrique libre. Amaigrissement squelettique, mais pas de cachexie. L'ulcère avec sclérose fut considéré comme le diagnostic le plus probable. Laparotomie le 6 octobre 1888. Tumeur grosse comme un œuf, adhérente au côlon transverse: vu l'impossibilité de l'extirpation, la gastro-entérostomie fut pratiquée. Durée, cinquante minutes. Depuis, le malade a engraissé de quarante livres.

Lauenstein a opéré vingt sténoses pyloriques; onze cancers; sept ulcères; une sténose duodénale, un enclavement de calcul biliaire dans le duodénum. Il pense qu'on ne peut pas dire avant la laparotomie quelle opération est possible, si même une opération est possible. Pour reconnaître l'absence d'adhérences, le déplacement de la tumeur vers la droite est un signe important. Pour bien sentir une tumeur pylorique, il faut palper l'estomac vide. « Les tumeurs pyloriques causées par un ulcère ont coutume de présenter des adhérences bien plus solides que le carcinome, qui évolue en bien moins de temps. L'adhérence au mésocôlon ou au côlon transverse est caractéristique d'une tumeur bénigne. » Pour le diagnostic entre l'ulcère et le cancer l'examen chimique et histologique du contenu stomacal peut induire en erreur, mais est important.

Abstraction faite de l'opération de Loreta, qui n'a pas été encore pratiquée en Allemagne, il y a trois opérations possibles: 1° la *pyloroplastie* de Heinecke-Mikulicz, bonne pour les sténoses bénignes sans épaississement de la paroi; 2° la *gastro-entérostomie* de Wœlfler, à pratiquer lorsque l'extirpation paraît impossible, une fois le ventre ouvert. Pour les sténoses bénignes du pylore ou du duodénum, elle est presque aussi bonne que la résection. Pour le carcinome, elle est un bon palliatif. Elle est moins grave que la résection : Lauenstein a eu sept succès opératoires sur neuf cas; 3° la *résection du pylore*, opération radicale aussi bien pour l'ulcère que pour le cancer, mais opération grave, que les sujets cachectiques ne peuvent supporter. La mortalité générale (cent cinquante opérations, de trente chirurgiens) est de 70 pour 100. Elle s'améliore peu à peu, surtout entre les mains de certains chirurgiens.

Curschmann (de Leipzig) pense que l'opération est déjà trop tardive quand le carcinome est accessible à la palpation. Il faut agir dès les premiers accidents, par une laporotomie exploratrice, qui n'est pas dangereuse.

Leyden (de Berlin) considère que pour les sténoses cicatricielles l'opération est une ressource ultime, après échecs de toutes les ressources médicales. Pour le carcinome, il faudrait d'abord prouver que l'opération prolonge la vie et la rend plus supportable. *Curschman* est de son avis pour la sténose cicatricielle, mais il pense que pour le carcinome l'opération précoce est la seule planche de salut. (*Bericht über die Verhandlungen des VIII kongresses für innere medicin*, Wiesbaden, avril 1889, *Beilage zum Centr. f. klin. Med.*, 1888, n° 28, p. 33).

Au *Congrès des chirurgiens allemands*, quelques jours plus tard, *Lauenstein* a ajouté quelques renseignements. Ses vingt opérations se décomposent en neuf résections, neuf gastro-entérostomies, une pyloroplastie, une extraction de calcul biliaire comprimant le pylore. Le rétrécissement cause une tumeur tout comme le cancer. Il faut distinguer, pour cette tumeur, la mobilité passive, communiquée par la main, et la mobilité active, se traduisant par des déplacements lorsque l'estomac est plein ou vide. En général, les tumeurs bénignes font un soulèvement lisse de la paroi; les tumeurs malignes sont mamelonnée. Sur neuf résections du pylore, Lauenstein a perdu cinq opérés.

Angerer (de Munich) a fait à ce même Congrès une communication sur *le diagnostic et le traitement de la sténose pylorique*. S'il n'y a pas d'adhérences, le pylore se déplace vers la droite quand on insuffle l'estomac; quand il y a des adhérences, il reste immobile, ou se déplace en haut ou à gauche. De ces seize observations avec laparotomie, Angerer conclut que la résection n'est possible que dans les cas où le déplacement normal est conservé. D'autre part il faut étudier l'extensibilité à l'insufflation, car dans le carcinome infiltré, où cette extensibilité est nulle et où l'essai est douloureux, la paroi étant malade, la gastro-entérostomie est impossible. Dès l'opération, il faut donner au patient un lavement nutritif. *Résultats :* six résections avec trois morts opératoires, deux morts en quelques semaines; une survie depuis plus de deux ans; six gastro-entérostomies avec trois morts opératoires, deux morts en quelques semaines; une survie depuis plus de deux mois, le malade ayant repris son travail. Quatre fois, il a fallu s'en tenir à la laparotomie exploratrice. (*Beilage zum Centralblatt f. Chir.*, 1889, n° 29, p. 56.)

J. M. Barton (de Philadelphie) publie deux observations personnelles de *divulsion digitale du pylore* (opération de Loreta). L'un des malades, opéré *in extremis*, est mort. L'autre, femme de quarante-huit ans, a guéri. Elle avait depuis 1884 des signes d'ulcère et depuis 1889 des phénomènes de sténose pylorique. A ce propos, Barton réunit vingt-cinq opérations, dont seize de Loreta; opérations faites sur vingt-quatre malades, car sur l'un d'eux il y a eu récidive. Au total quinze guérisons, dix morts. Mais la mortalité n'est que de trois pour les douze derniers opérés. Sur ces vingt-quatre malades, le pylore sténosé formait sept fois tumeur; quatre fois il n'en était pas ainsi; treize cas sans renseignement. A priori, on objecte la probabilité de la récidive (1); l'événement a démenti ces craintes, et la récidive observée par Loreta a cédé à une seconde opération. Perruggi, assistant de Loreta, a donné à Barton les renseignements complémentaires suivants. Loreta en est maintenant à sa trentième opération : tous les cas à diagnostic exact ont guéri (*Digital divulsion of the pylorus for cicatricial stenose* in *Journ. of the amer. Assoc.*, 1889, t. XII, p. 799. Commun. à l'Association chirurgicale américaine, Washington, 1889.)

Parmi les travaux récents sur la chirurgie de l'estomac, nous signalerons encore le suivant, bien qu'il n'appartienne pas à un Congrès.

P. Ortmann (de Kœnigsberg) publie deux observations, une de résection et une de pyloroplastie. La résection a été faite sur une femme de quarante ans chez laquelle on avait diagnostiqué un cancer (absence d'acide chlorhydrique libre). Il s'agissait d'un ulcère avec induration lardacée. Guérison. La malade va très bien six mois et demi après. La pyloroplastie a été faite sur une

(1) Deux opérés de *Loreta* ont été présentés au Congrès de la Société italienne de chirurgie, en avril 1889. *Bendani* et *Putti* ont déclaré ne pas comprendre comment ce rétrécissement, seul parmi les rétrécissements cicatriciels, serait définitivement justiciable de la divulsion.

femme de vingt-trois ans chez laquelle les accidents remontaient à une ingestion d'acide sulfurique. L'opération consiste à faire sur le rétrécissement une incision en T, qu'on réunit par une suture transversale (quelque chose d'analogue à l'opération de Wharton Jones pour les cicatrices vicieuses). La malade a guéri et les accidents ont cessé. Cette opération est la quatrième de cette espèce, les trois autres étant de Heineke (1886), Mikulicz (Congrès des chirurgiens, 1887), Bardeleben (*Berl. kl. Woch.*, 1888, n° 46). De ces quatre opérés, trois ont guéri; celui de Mikulicz est mort. Le malade de Bardeleben avait ingéré de l'acide chlorhydrique; il est mort phthisique quatre mois après et la pièce a été montrée par Kœhler à la réunion libre des chirurgiens de Berlin (*Deutsch. med. Woch.*, 1889, p. 259), c'est à peine si l'on voyait une cicatrice de la muqueuse et le pylore était parfaitement perméable. Les deux autres patients étaient atteints d'ulcère simple. Dans le cas de Heineke, il y avait des adhérences, et l'ulcère commençait à ronger le pancréas. (*Casuistischer Beitrag zur operativen Behandlung der narbigen Pylorusstenose*, in *Deutsche med. Woch.*, 1889, p. 172.)

Troisième Congrès de la Société allemande de gynécologie tenu à Fribourg en Brisgau du 12 au 14 juin.

(Suite. — Voyez le numéro 29.)

Fehling (de Bâle) ne se place pas au même point de vue que Kaltenbach; pour lui le mot *auto-infection* est très malheureusement choisi. Après une courte revue sur les recherches entreprises à ce sujet, spécialement sur celles de Mayrhofer, Gönner, Winter, Döderlein, Bumm et lui-même, Fehling croit avoir suffisamment établi qu'il peut exister, dans les sécrétions cervico-vaginales, des cocci assez semblables aux staphylocoques et aux streptocoques, mais qui ne sauraient amener aucune infection. Toutes les maladies considérées comme produites par auto-infection ne méritent pas d'être considérées comme telles, et Fehling cite comme preuves plusieurs cas soit personnels, soit recueillis dans les auteurs.

Il renvoie de plus aux 427 cas, publiés par Léopold, de femmes non touchées ni désinfectées avant l'accouchement: 1,6 pour 100 seulement ont été malades. Léopold avait cependant antérieurement une morbidité de 21 pour 100.

D'après son expérience, les cas de soi-disant auto-infection ne sont, pour Fehling que des cas légers. Parmi les cas de mort observés par lui depuis douze ans, il n'en est pas un qui ne soit le résultat d'une infection par contact. On a le droit de ne pas refuser à l'air toute importance comme agent vecteur de l'infection (voyez les recherches de Bergmann).

En raison de ces idées sur la question en discussion, Fehling fit cesser, pendant les deux mois qui suivirent son arrivée à la clinique de Bâle, les injections vaginales qu'on y employait auparavant, tout en conservant toutes les autres précautions y usitées et en faisant des explorations fréquentes.

La morbidité qui, antérieurement à cette mesure, était de 33 pour 100, tomba après six mois à 20 pour 100, puis à 16 pour 100. Fehling concède qu'il y a sans aucun doute des cas d'auto-infection, mais qu'ils sont très bénins.

Au point de vue thérapeutique il y a à considérer deux points principaux : 1° détruire les germes lorsqu'ils existent, empêcher leur pénétration; 2° modifier leur virulence.

Il faut surtout se préoccuper d'une désinfection énergique des organes génitaux *externes*. Fehling considère cette désinfection externe comme très importante, principalement pour les sages-femmes, et comme donnant les résultats les meilleurs dans les opérations obstétricales. Quant à la désinfection du canal vaginal, on devrait plutôt l'abandonner. Après l'accouchement Fehling recommande l'expectation et déconseille les lavages internes à moins de certaines indications telles que la fétidité de l'écoulement. Il faut enlever les débris de l'œuf, car le danger de la rétention dans l'utérus de particules mortes est plus grand que celui de l'infection. La méthode de Döderlein pour l'atténuation de la virulence des germes mérite considération, mais elle ne saurait être introduite en clinique.

L'orateur insiste sur la nécessité de faciliter autant que possible le travail de l'accouchement, une trop longue durée de la dilatation et de l'expulsion pouvant augmenter la virulence.

De cette façon, on peut abaisser la morbidité bien au-dessous du chiffre de 15 à 20 pour 100 donné par Winckel. On doit arriver de 5 à 10 pour 100. Pour conclure, il voudrait qu'on abandonnât le mot d'auto-infection et qu'on parlât plutôt d'infection directe ou indirecte, endo ou exogène.

Bumm (de Würzbourg) apporte des faits précis relatifs à *l'étiologie de la paramétrite*, forme fréquente des accidents puerpéraux. On admet en général deux variétés de paramétrite : l'une infectieuse, l'autre non infectieuse ou traumatique. La démonstration de la nature toujours infectieuse de la paramétrite suppose la découverte de staphylocoques et de streptocoques dans les cas d'exsudats s'accompagnant de fièvre intense et terminés par résorption. Bumm apporte cette démonstration. Avec une longue canule il ponctionne l'exsudat par le vagin. Dans deux cas de ce genre il ne put trouver de micro-organisme infectieux, ce qu'il attribue à ce que ses recherches furent faites trop tard. Dans trois autres cas où la ponction fut faite de meilleure heure il rencontra chaque fois des micro-organismes. Chez toutes ces femmes l'exsudat se résorba.

Bumm a fait, sur des lapins, des expériences qui prouvent que les contusions et les traumatismes variés ne peuvent à eux seuls produire aucune inflammation, tandis qu'il est facile d'en déterminer par infection de l'utérus ou infection directe du parametrium. Il croit qu'il n'y a pas de paramétrites non infectieuses. Là où il y a exsudat, il y a infection.

Les sécrétions normales du vagin et du col ne renferment pas de streptocoques. Toutes les infections à streptocoques doivent venir du dehors. Il n'y a pas non plus de staphylococcus aureus dans les sécrétions vaginales normales.

Léopold traite *des suites de couches chez les accouchées non touchées et non lavées et de l'auto-infection.*

Depuis longtemps déjà il s'étonnait que les femmes qui n'avaient jamais été examinées eussent les meilleures suites de couches. Sur 200 ou 300 cas de ce genre, il n'a noté que 1 à 2 pour 100 de morbidité.

En 1885, il introduisit dans son service l'usage de l'injection vaginale préliminaire, et, sous l'influence de cette mesure, il put faire 130 à 160 accouchements sans infection et sans mort. Depuis le mois de mars de l'an dernier, le vagin et le canal cervical ont été désinfectés par des lavages très rigoureux. Mais voici que depuis lors les résultats sont devenus moins bons. Léopold croit devoir expliquer ce fait par le refoulement des sécrétions vaginales dans les petites fissures constamment existantes, sous l'action de la douche vaginale.

Aussi depuis mars dernier a-t-il supprimé le nettoyage, et depuis la fin d'avril renoncé même au simple lavage du vagin. Depuis lors il a eu de nouveau les meilleurs résultats; sur une série de 510 femmes qui n'ont été ni touchées ni lavées, il n'a observé que neuf cas de fièvre; aucun d'eux ne peut s'expliquer par auto-infection.

Les conditions de la pratique privée et hospitalière sont d'ailleurs très différentes; les médecins font au maximum 6 pour 100 seulement des accouchements dans la clientèle.

Les conclusions de la très importante communication de Léopold sont les suivantes :

1° On ne doit parler d'auto-infection que là où l'on peut sûrement éliminer toute autre cause d'élévation de température;

2° Dans les établissements hospitaliers qui servent à l'instruction, les sources d'infection, pour être souvent cachées, n'en sont pas moins réelles et extirpables;

3° Dans les cas où les apparences sont pour l'auto-infection, on peut, d'après les faits rapportés par l'auteur, découvrir d'autres sources d'infection;

4° Le mot « auto-infection » est un danger au point de vue de la pratique dans les Maternités;

5° Les meilleures suites de couches sont celles des femmes non touchées;

6° Dans les établissements d'instruction, le pivot du diagnostic doit être l'exploration externe, qui presque toujours fournit des renseignements suffisants;

7° Si une exploration interne est nécessaire, il faut faire une antisepsie et un nettoyage méticuleux des parties génitales externes;

8° Ce n'est que dans les cas de dystocie (longue durée du travail, putréfaction fœtale) qu'un nettoyage antiseptique des organes génitaux internes est indispensable.

Battlehner (de Karlsruhe) se demande *de quelle façon et par quels moyens les sages-femmes doivent pratiquer l'antisepsie chez les parturientes.* Il traite uniquement le côté pratique de

la question. Sur la totalité des accouchements, 5 pour 100 à peine sont faits par des médecins; le reste appartient aux sages-femmes. D'où la nécessité de rechercher ce que celles-ci doivent faire.

Depuis des années Battlehner s'est efforcé de rechercher les affections puerpérales, et particulièrement les cas mortels. Tandis que les statistiques antérieures de mortalité atteignaient 5 à 6 pour 1000, celle-ci est tombée en 1887 à 3,5 pour 1000. Mais les conditions en dehors des cliniques sont tout autres que dans celles-ci. Les sages-femmes doivent-elles abandonner les lavages internes? Là est la question. Battlehner répond que tant qu'on laissera les sages-femmes toucher, on devra leur prescrire ce lavage.

A l'aide d'une statistique récente, il prouve que dans les endroits où il y a plusieurs sages-femmes, les affections puerpérales se rencontrent précisément dans la pratique de celles qui négligent les lavages et les nettoyages. Il conclut de ces faits qu'il est encore trop tôt pour interdire les injections aux sages-femmes pour lesquelles le toucher est la principale ressource diagnostique.

Mermann (de Manheim) insiste par contre *sur l'inutilité et les dangers de la désinfection interne dans les accouchements normaux*. Le désaccord porte essentiellement sur la fréquence de la soi-disant auto-infection. La statistique peut seule décider si cette auto-infection est si rare que les mesures prises contre elle présentent plus de dangers qu'elle-même.

Les observations prises dans les cliniques ne sauraient trancher la question, car on ne peut y faire la part de l'infection interne et de l'infection mixte.

Sur quatre cents cas où les femmes n'ont été ni touchées ni lavées, Léopold n'a observé que 2 pour 100 de morbidité. De son côté, Mermann, à la maternité de Mannheim, sur deux cent soixante-quinze femmes traitées de la même façon, a eu 21 pour 100 de morbidité dans la première centaine, 5 à 6 pour 100 dans la seconde.

Mermann considère comme très dangereuse la désinfection interne faite par les sages-femmes, à cause de la possibilité d'une infection par contact. Les injections vaginales ordinaires sont un semblant d'antisepsie. En Saxe et dans la Hesse, on vient d'interdire aux sages-femmes les injections vaginales.

H. V.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

SÉANCE DU 13 AOUT 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN, VICE-PRÉSIDENT.

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts adresse l'ampliation d'un décret, autorisant l'Académie à accepter le legs que lui a fait M. *Saintour* d'une rente de 3 pour 100 sur l'État français, dont les arrérages seront distribués, tous les deux ans, à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche de la médecine.

M. le docteur *Frasey* (à Toulon-sur-Arroux, Saône-et Loire) envoie une *tumeur pédiculée d'apparence fibreuse*, rendue spontanément par un malade à la suite d'une purgation.

M. *Ball* offre au nom de M. le docteur *Rouillard* et au sien, un rapport traitant de la *législation comparée sur le placement des aliénés dans les établissements publics et privés*.

M. *Constantin Paul* dépose un mémoire de MM. *Cornil* et *Babès*, sur une *observation de sarcome généralisé de la peau, type Kaposi*.

M. *Blanche* présente, de la part de MM. les docteurs *Christian* et *Ritti*, deux rapports sur le *service médical de la maison nationale de Charenton pendant la période décennale de* 1879 à 1888.

M. *de Quatrefages* fait hommage de son *Introduction à l'étude des races humaines*.

Chirurgie du rein. — M. le docteur *E. Doyen* (de Reims) rend compte de dix opérations de néphrectomie, de néphrolithotomie et de néphrorraphie qu'il vient de pratiquer pour diverses affections rénales. (Renvoi à l'examen d'une commission composée de MM. *Verneuil* et *Polaillon*.)

Lèpre. — M. *Zambaco* communique les résultats de ses recherches sur la lèpre en Turquie et dans les diverses provinces de l'empire ottoman. Il déclare n'y avoir jamais constaté jusqu'ici un seul cas de contagion avéré; dans les mariages mixtes nombreux qu'il a vus partout, jamais la maladie ne s'est transmise du conjoint lépreux à l'autre; presque toujours un seul membre de la famille est resté lépreux, bien que la vie au milieu des siens ait été souvent très longue et qu'aucune précaution spéciale n'ait été prise contre la transmission. En général, les localités où la lèpre sévit, sont habitées par des gens vivant dans la plus grande misère et dans la saleté la plus sordide, se nourrissant d'aliments putréfiés, abusant des boissons alcooliques et épuisés par de durs travaux. La température et l'humidité jouent aussi un rôle important sur le développement de la lèpre dans les contrées où elle est endémique; les variations de la première agissent sur la circulation capillaire de la peau, qu'elles refroidissent et brûlent à intervalles rapprochés; la seconde déprime le système nerveux. D'autre part il semble que la lèpre, contagieuse dans certains pays, ne le soit pas dans d'autres. En résumé, si tant est que la lèpre soit contagieuse, elle ne le serait que d'une manière tout à fait exceptionnelle, tout au moins dans les localités où les recherches de M. Zambaco ont été poursuivies.

Prophylaxie de la tuberculose. — Pour M. *Lancereaux* les instructions que discute l'Académie ne semblent pas tenir assez compte de la prédisposition de l'organisme à contracter la tuberculose; le bacille pénètre par l'air, les boissons, les aliments et quelquefois aussi par une solution de continuité des tissus. Les crachats doivent être recueillis dans des vases contenant de la sciure de bois, jetés au feu et brûlés; la chambre d'un phthisique doit être désinfectée, aussi bien que la literie et les vêtements. Il y a lieu aussi de proscrire la vente de viandes infiltrés de lésions tuberculeuses, du lait provenant d'un animal dont le pis est affecté de cette maladie. Enfin les excès alcooliques doivent être prévenus et réprimés, et l'encombrement évité dans les habitations.

M. *Villemin* maintient le texte des instructions; au risque d'émettre quelques propositions discutables, il faut tenter quelque chose pour essayer d'atténuer la propagation de ce fléau grandissant. Tout le monde n'est-il pas d'accord sur le danger des matières de l'expectoration des phthisiques, démontré par M. Villemin dès 1869, sur l'innocuité des crachats à l'état liquide et de l'air expiré par les phthisiques, et sur l'infection de l'air par les poussières tuberculeuses en suspension. On ne saurait donc prendre trop de précautions pour détruire et écarter des lieux fréquentés les produits de l'expectoration des malades atteints de cette affection, désinfecter leurs habitations, les wagons des chemins de fer où ils ont voyagé, etc. Quant à la transmission par les substances alimentaires, telles que le lait, la viande, le sang, si elle est moins fréquente que celle qui dérive des matières expectorées, elle n'est pas moins indubitable : M. Chauveau a montré combien l'infection par les voies digestives était possible; ici d'ailleurs on se trouve comme partout ailleurs, en face du double facteur qui domine l'étiologie de toutes les affections microbiennes : quantité et qualité de la matière virulente d'une part, réceptivité des organismes de l'autre; cette réceptivité est variable à l'infini; pour certains sujets il faut bien peu de virus pour produire de grands effets, et cependant les règles d'hygiène ne doivent exclure personne.

Les dangers du lait sont indéniables; les faits expérimentaux montrent, en effet, que si le lait est toujours virulent lorsqu'il est fourni par une vache atteinte de mammite tuberculeuse, il l'est encore trop souvent dans les cas de tuberculose étendue et sans mammite; il peut même le devenir accidentellement, et il ne faut pas oublier que le lait commercial est toujours de provenances multiples. Il n'est pas douteux non plus que le suc de viande de certains animaux tuberculeux produit, par son inoculation, des

tuberculoses plus ou moins intenses; aussi, tout en ne proscrivant pas l'usage de la viande crue, d'une façon générale, il faut bien avertir le public qu'il y a danger à consommer la viande de ces animaux; de même pour le sang chaud, dont l'ingestion est si indigeste et si inutile; en tous cas, la virulence du sang des tuberculeux a été depuis longtemps expérimentalement démontrée.

Pour ce qui concerne les conditions qui favorisent ou qui créent la prédisposition à la tuberculose, notamment la pneumonie et les bronchites, M. *Villemin* n'est pas loin de croire qu'il y a là une certaine exagération; mais la commission chargée de rédiger les instructions s'est basée sur les assertions de Koch, à savoir que les bronchites, les pneumonies et autres processus inflammatoires favorisent la production de la tuberculose pulmonaire.

Après un échange d'observations entre MM. *Bouchard*, *Germain Sée* et *Verneuil*, l'Académie décide qu'une commission composée de MM. *Verneuil*, *Villemin*, *Germain Sée*, *Cornil* et *Dujardin-Beaumetz* sera chargée de proposer à l'Académie de nouvelles instructions tenant compte des diverses opinions produites dans la discussion.

— L'Académie se forme ensuite en comité secret, afin d'entendre la lecture d'un rapport de M. *François-Franck* sur le concours pour le prix de l'Académie en 1889.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 9 AOUT 1889. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

Du diabète conjugal : M. Debove. — Un cas d'acromégalie : M. Gouraud. — Du traitement de la diphthérie : M. Gaucher. — Mortalité de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris : M. Merklen (Discussion : MM. Juhel-Renoy, Féréol). — Du régime alimentaire des malades et de l'emploi de la fécule soluble : M. Debove.

M. *Debove*, depuis la dernière séance, a eu l'occasion d'observer un nouveau cas de diabète chez le mari et la femme. Il cite une note de M. Barthélemy relatant deux faits du même genre. Dans un premier ménage, le mari, âgé de quarante-sept ans, a 43 grammes de sucre; la femme, âgée de trente-huit ans, en a 27 grammes. Dans le second ménage, la femme a succombé à cinquante-trois ans à la tuberculose; elle était depuis longtemps diabétique; le mari est diabétique, et son urine renferme 18 grammes de sucre.

M. *Féréol* a observé des faits analogues, mais il fait remarquer que les cas de diabète *non conjugal* sont beaucoup plus fréquents. Sans doute le régime commun des conjoints peut expliquer le « diabète conjugal ».

M. *Debove* n'a voulu que signaler le fait; mais, avant de chercher à en tirer une conclusion quelconque, il désire arriver à la conviction qu'il ne s'agit pas d'une simple coïncidence.

— M. *Gouraud* présente un malade atteint d'*acromégalie* et donne lecture de l'observation. (*Sera publié.*)

— M. *E. Gaucher* insiste à nouveau sur ce fait, confirmé par les recherches de Roux et Yersin, que la diphthérie est une maladie primitivement locale, dont la généralisation plus ou moins rapide n'est que secondaire. Le meilleur antiseptique est à coup sûr l'acide phénique, que M. Gaucher emploie selon la formule suivante, légèrement modifiée depuis sa première communication : camphre, 20 grammes; huile de ricin, 15 grammes; alcool à 90 degrés, 10 grammes; acide phénique cristallisé, 5 grammes; acide tartrique, 1 gramme. — L'huile de ricin a l'avantage d'être soluble dans l'alcool. La glycérine, qui a été proposée par quelques-uns, a le grand inconvénient d'être miscible à la salive et de fuser assez loin sur la muqueuse de la gorge. On doit faire les badigeonnages et l'ablation des fausses membranes toutes les trois ou quatre heures au moins. Il ne faut pas racler la muqueuse, et l'on doit s'efforcer, en enlevant toute la fausse membrane, de faire le moins de lésions possible. Des pinceaux en molleton, proposés par le docteur Crésantignes, seront précieux pour cette opération. En outre, on fera régulièrement toutes les deux heures des irrigations phéniquées. Les badigeonnages sont bien moins douloureux qu'on ne l'a dit tout d'abord. Grâce à ce traitement, sur quarante-deux cas de diphthérie, M. Gaucher n'a eu que trois décès, et encore s'agit-il de ces cas que l'on peut regarder comme forcément funestes. C'est donc au maximum une mortalité de 7 pour 100. Les médecins qui ont expérimenté ce traitement, et ont communiqué les résultats à M. Gaucher, ont également obtenu une mortalité des plus minimes.

M. *Cadet de Gassicourt* a expérimenté ce traitement pendant deux mois dans le service des diphthériques, à l'hôpital Trousseau; il lui a paru donner des résultats meilleurs que tous les autres moyens employés jusqu'ici. Il se réserve de faire une communication sur ce sujet après une nouvelle série d'expériences de deux mois dans le même service.

— M. *Merklen*, au nom d'une commission composée de MM. Féréol, Gérin-Roze, Rendu, Troisier, Moizard, Juhel-Renoy et Merklen, rapporteur, donne lecture d'un rapport sur la mortalité de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris.

De 1866 à 1882 (en exceptant les années 1870 et 1871), la mortalité de la fièvre typhoïde a offert un maximum de 26 pour 100 et un minimum de 18 pour 100, calculés sur un total de 22 827 cas. A partir de 1882 jusqu'en 1888, la mortalité moyenne n'a été que de 14,1 pour 100. Les statistiques particulières fournies par dix-huit médecins des hôpitaux, donnent, en ne tenant pas compte des cas traités par la méthode de Brand, une mortalité sensiblement analogue de 15,5 pour 100. On peut donc dire que la mortalité de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux civils de Paris oscille entre 14 et 15 pour 100. Cette mortalité est très voisine de celle des hôpitaux de Berlin (13,2 pour 100 à 15 pour 100); dans ces hôpitaux, les bains froids ne sont employés que d'une façon très modérée et on n'a recours à aucun traitement systématique. Quelques statistiques particulières portant sur un grand nombre de malades et sur plusieurs années, pourraient fournir des renseignements sur la valeur de tel ou tel mode de traitement; ainsi M. Jaccoud, 1867 à 1882, 636 malades, 11,16 pour 100; M. Bouchard, 421 malades, de 1884 à 1788, 11,16 pour 100; M. Sorel, 871 malades (dont 827 militaires), de 1879 à 1888, 9,5 pour 100; M. Robin, 307 malales, 9,7 pour 100. On peut attribuer l'abaissement du chiffre de la mortalité à l'emploi régulier de la médication antipyrétique. Un nouveau progrès naîtra certainement de l'enquête provoquée par les partisans de la méthode de Brand. Les statistiques de Brand et de ses adeptes démontrent également ce fait que la mortalité est moindre en ville que dans les hôpitaux, par suite de la vigilance apportée à la régularité du traitement et de sa mise en œuvre plus hâtive. Les chances de guérison sont d'autant plus grandes que le typhoïdique est traité plus tôt. Enfin, on devra tenir compte de la mortalité inférieure, dans les hôpitaux militaires, de 2,3 pour 100 à la mortalité dans les hôpitaux civils. Les documents qui seront fournis à la commission pour l'année 1889 seront classés dans cet ordre d'idées, et feront l'objet d'un nouveau rapport permettant d'aborder avec fruit la discussion sur la valeur comparative des traitements de la fièvre typhoïde.

M. *Juhel-Renoy* insiste à nouveau sur la supériorité des statistiques de la méthode de Brand, et sur la moindre mortalité des malades traités dès le début de la dothiénentérie. Grâce à un infirmier supplémentaire que lui a fourni l'ad-

ministration, il peut appliquer facilement la méthode de Brand rigoureuse dans son service.

M. *Féréol* et M. *Merklen* ont obtenu également, pour leurs services, un infirmier supplémentaire chargé de la balnéation. L'administration semble très disposée à fournir aux médecins les moyens de mettre en œuvre le traitement par les bains froids.

— M. *Debove*, désireux de substituer au lait, à la viande crue, aux poudres de viande ou aux peptones, souvent mal tolérés ou difficilement acceptés par les malades, un aliment d'une facile digestion, a eu l'idée de recourir à la fécule soluble, bien supérieure, comme valeur nutritive, aux empois, qui renferment, à poids égal, une énorme quantité d'eau, et aux hydrocarbures, tels que le sucre, par exemple, qui sont fort mal tolérés à haute dose. L'emploi des dextrines et de la maltose, indiqué en théorie, n'a pas d'ailleurs donné dans la pratique de bien bons résultats. Il a préparé la fécule soluble en chauffant la fécule de pomme de terre dans des tubes à expérience plongés pendant trois heures et demie dans un bain d'huile à 180 degrés. Cette fécule, insoluble à froid, soluble à chaud, a été admirablement tolérée et assimilée par les malades; elle agit comme aliment d'épargne et diminue le chiffre de l'urée. Les malades engraissent peu, parce que les féculents ne produisent pas de graisse; mais, chez les sujets amaigris, on obtient l'emmagasinement de la graisse ingérée avec les autres aliments ou formée aux dépens des albuminoïdes. M. Debove a employé cette fécule soluble avec succès dans les affections chroniques du tube digestif, ulcère de l'estomac, dyspepsies chroniques, diarrhées chroniques, chez les convalescents, en un mot, chez tous les sujets ayant besoin d'un régime réparateur. On la mélange, à froid, dans du lait, et l'on peut ainsi incorporer 200 grammes de poudre par litre de lait.

— La Société s'ajourne au vendredi 11 octobre.

— La séance est levée à cinq heures.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

Du traitement local de la diphthérie par l'acide salicylique, par M. Despine. — Le point de vue pathogénique auquel l'auteur se place est que les manifestations capitales de la maladie : hyperthermie, albuminurie, hémorrhagie, adynamie, ont pour cause, non pas la pénétration du bacille de Löffler dans la circulation, mais bien l'absorption de produits septiques élaborés dans les foyers diphthéritiques. Au début la diphthérie est une affection locale et la fausse membrane le symptôme initial de cette dernière, mais non pas de l'infection du sang par les microbes.

Il a cherché l'action de divers médicaments : du benzoate de soude (à 6 et 10 pour 100), du chlorate de potasse (à 5 pour 100), de l'acide borique (à 4 pour 100), et du sulfite de soude (à 2 et 6 pour 100), en les mettant en contact avec le bacille. Ils n'en arrêtaient pas le développement. Par contre, le sublimé (à 1 pour 8000), l'acide phénique (à 1 pour 50), le chloral (à 1 pour 100), le permanganate de potasse (à 1 pour 2000) et l'acide salicylique à la même dose, possédaient une action anti-microbienne évidente. En conséquence, M. Despine adopte l'acide salicylique comme médicament de choix et recommande la médication suivante :

1° Dès le début, instituer un traitement aussi énergique que possible de la fausse membrane : irrigations buccales avec la solution d'acide salicylique à 1,5 ou 2 pour 1000 toutes les heures ou toutes les deux heures; ou bien, et suivant les circonstances, prescrire au malade de se gargariser avec le même topique;

2° Badigeonnages des surfaces pseudo-membraneuses avec le jus de citron, le glycérolé de chloral à 1 pour 5; la solution de sublimé à 1 pour 2000 ou d'acide phénique à 2 pour 100; mais en évitant par un badigeonnage trop violent d'irriter la muqueuse et de favoriser l'absorption du poison diphthéritique;

3° Prévenir toute débilitation de l'organisme, par l'alimentation, les stimulants et l'usage du fer.

Enfin, sans revendiquer nulle idée de priorité, mais en s'appuyant sur ses propres succès cliniques, l'auteur recommande après la trachéotomie, l'introduction dans la trachée de 5 à 10 gouttes de la même solution salicylique à 1,5 pour 1000, toutes les quinze minutes, et des lavages antiseptiques avec le même topique comme moyen prophylactique de l'angine scarlatineuse. (*Revue médicale de la Suisse Romande*, 20 janvier 1889.)

De la valeur du sulfonal contre l'insomnie, par M. Grover Burnett. — Après avoir fait usage de cet hypnotique, l'auteur le considère comme indiqué dans la manie, le délire en paroles; mais comme dangereux s'il existe de l'artério-sclérose. Il constate, comme M. Mairet, ses effets cumulatifs et dans quelques cas la provocation de troubles digestifs après son ingestion : diminution de la sécrétion salivaire, inappétence et mêmes effets émétiques.

On avait cru que le sulfonal exerçait une action favorable contre l'incoordination motrice. C'est une erreur, d'après l'auteur, qui, dans un but de contrôle, l'a expérimenté. En tout cas, il conclut que ce médicament est un des meilleurs hypnotiques, mais doit être manié avec une grande prudence. (*The N.-Y. med. Journal*, 2 mars 1889.)

De l'acide phényl-propionique contre la phthisie, par M. Th. Williams.— Ce dérivé du coaltar s'administre en solutions alcooliques étendues d'eau, à raison de dix à vingt gouttes, trois fois par jour. Mr. Williams l'a fait ingérer à vingt malades atteints de phthisie confirmée depuis deux années au moins. Chez neuf il y avait des signes cavitaires aux deux poumons; chez sept à un seul poumon, et chez trois, des bacilles dans les crachats. En moyenne ils ingérèrent l'acide phényl-propionique durant quarante-six jours et n'éprouvèrent pas de phénomènes d'intolérance. Treize furent améliorés, quatre n'éprouvèrent aucun profit du médicament et chez trois la maladie s'aggrava.

Le poids de quatorze d'entre eux augmenta d'une demi-livre à cinq livres. Quatre continuèrent à maigrir. L'amélioration des lésions locales fut manifeste dans cinq cas et nulle dans neuf. Dans six, il y eut une aggravation de l'état local, malgré le traitement. Au reste, sous l'influence de l'acide phényl-propionique, on constata que l'expectoration et la toux ne diminuaient pas; mais que, dans les cas les plus heureux, l'amélioration portait plutôt sur l'état général : augmentation du poids, de l'appétit et des forces.

N'en est-il pas ainsi d'ailleurs après les autres médications dirigées contre la phthisie? Elles agissent plus, en effet, sur l'état général que sur l'état local. (*The Practitioner*, février 1889.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité pratique des maladies du nez et de la cavité naso-pharyngienne, par le professeur Morell-Mackenzie (de Londres), 1 vol. in-8° de 445 pages. Traduit de l'anglais et annoté par les docteurs E.-J. Moure et J. Chazarac (de Toulouse), avec 82 figures dans le texte. Paris, 1888. Doin.

On assiste, depuis quelques années, à un mouvement scientifique très marqué, qui porte un grand nombre d'auteurs à décrire avec un soin tout particulier les affections nasales et leurs conséquences prochaines ou éloignées; on peut dire que l'étude de la pathologie nasale est à l'ordre du jour, et qu'elle semble offrir un attrait tout spécial, nous

dirions volontiers être l'objet d'un engouement peut-être excessif, mais qui a eu déjà pour résultat d'incontestables progrès dans cette branche de la médecine.

A la suite des travaux de Voltolini, de Hartmann, de Joal, de Hack, etc., le champ d'études s'est élargi, et, à la connaissance des affections primitives ou secondaires, cantonnées dans la région nasale, est venue se joindre celle des divers réflexes d'origine nasale, dont la véritable nature était demeurée longtemps méconnue. Certains accès d'asthme, de migraine, de vertige, de palpitations, bon nombre de troubles vaso-moteurs, ont leur point de départ dans une lésion plus ou moins importante des fosses nasales, et disparaissent rapidement par la cautérisation des régions malades de la pituitaire ou l'ablation des polypes : le fait est aujourd'hui incontestable, et la thérapeutique a tiré grand profit de ces données de pathogénie. Le livre de Mackenzie renferme un intéressant chapitre consacré à l'étude de cette question, et l'esprit de l'auteur se révèle dans cette réflexion, qu'il n'est pas inutile de citer textuellement : « Bien que j'admette entièrement qu'un grand nombre de phénomènes réflexes proviennent des fosses nasales, je dois cependant prévenir les jeunes spécialistes que les diverses affections que l'on considère comme résultant d'une maladie du nez, sont dues très fréquemment à d'autres causes que l'on doit chercher à combattre avant d'incriminer les fosses nasales. » On ne saurait qu'approuver une si sage réserve.

Il s'agit, d'ailleurs, d'un ouvrage fort complet, auquel on ne pourrait reprocher peut-être que l'absence, au moins apparente, de plan général. Il semble, au premier abord, que les chapitres se succèdent un peu au hasard, sans former des groupes commandés par les divisions nosologiques; mais il n'en est pas absolument ainsi, et seuls les titres des différentes parties qui composent l'ensemble font défaut. Ils eussent, à notre avis, facilité l'étude et rendu plus claire la répartition des groupes.

On trouve, comme introduction aux descriptions pathologiques proprement dites, un utile résumé de l'anatomie des fosses nasales, qui eût peut-être gagné à être accompagné de quelques figures; puis l'auteur entreprend l'étude des méthodes d'exploration et initie le lecteur, avec l'autorité que lui donne sa grande expérience, au maniement des miroirs et des instruments multiples dont l'usage est indispensable pour la rhinoscopie et le traitement des maladies nasales.

Signalons au passage des pages fort intéressantes sur le catarrhe aigu ou chronique de la pituitaire, la fièvre des foins, le coryza sec, les tumeurs des fosses nasales, la syphilis du nez, les végétations adénoïdes du pharynx nasal, la surdité gutturale, etc. Toujours les questions de thérapeutique marchent de pair avec la discussion de pathogénie ou la description du symptôme, et le praticien trouvera constamment des renseignements utiles pour instituer un traitement efficace dans les divers cas offerts à son observation. C'est ainsi, par exemple, qu'un grand nombre de formules sont réunies à la fin de l'ouvrage, sous forme d'un appendice, que l'on consultera avec le plus grand profit.

Ajoutons que les traducteurs, MM. Moure et Charazac (de Toulouse), ont non seulement le mérite d'avoir traduit d'une façon claire et en excellent style le livre de l'auteur anglais, mais qu'ils ont ajouté sur divers points des notes complémentaires instructives, et même un chapitre tout entier relatif au catarrhe et kyste de la bourse pharyngienne. Nous ne doutons pas qu'ils ne trouvent ample satisfaction dans l'accueil fait par le public médical français à l'ouvrage qu'ils lui auront permis de connaître et d'apprécier.

André Petit.

Recherches et notes originales, publiées en 1887 et 1889 par M. le docteur V. Galippe. — Paris, A. Lanier, 1889.

Notre confrère M. Galippe a réuni en un volume une série de notes et d'articles déjà publiés par lui dans le journal qui paraît sous la direction de M. le professeur Cornil et dont il est le rédacteur principal. Comme il le dit fort bien, les articles de ce genre, disséminés au milieu de travaux divers, sont vite oubliés et ne sont pas cités comme ils mériteraient de l'être. Réunis en un même volume, ils solliciteront l'attention de tous les médecins qui s'occupent des questions de stomatologie. Ces recueils de *Mélanges* d'histoire médicale et de critique méritent d'être encouragés et c'est à ce point de vue surtout que nous signalons l'initiative de M. le docteur Galippe.

VARIÉTÉS

Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts.— Un concours d'admissibilité aux emplois de médecin-adjoint de la clinique nationale ophthalmologique annexée à l'hospice national des Quinze-Vingts, institué par arrêté ministériel du 29 juillet 1889, aura lieu à l'Hôtel-Dieu, dans l'amphithéâtre Dupuytren, les vendredi 25 octobre prochain et jours suivants.

Mortalité a Paris (30e semaine, du 27 juillet au 3 août 1889. — Population: 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 36. — Variole, 3. — Rougeole, 15. — Scarlatine, 10. — Coqueluche, 11. — Diphthérie, croup, 26. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 199. — Autres tuberculoses, 23. — Tumeurs: cancéreuses, 49; autres, 3. — Méningite, 32. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 61. — Paralysie, 12. — Ramollissement cérébral, 18.— Maladies organiques du cœur, 59. — Bronchite aiguë, 40. — Bronchite chronique, 12. — Bronchopneumonie, 24. — Pneumonie, 35. — Gastro-entérite: sein, 22; biberon, 127.—Autres diarrhées, 7. — Fièvre et péritonite puerpérales, 1. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 30. — Sénilité, 27. — Suicides, 18. — Autres morts violentes, 8. — Autres causes de mort, 140. — Causes inconnues, 10. — Total: 1058.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Urines. Dépôts. Sédiments. Calculs. Application de l'analyse urologique à la séméiologie médicale, par M. E. Gautrelet, pharmacien de 1re classe, avec une préface de M. le docteur Lécorché. 1 vol. in-18 jésus de 452 pages avec figures. Paris, 1889, J.-B. Baillière et fils. 6 fr.

Les difformes et les malades dans l'art, par M. le professeur Charcot et M. le docteur Richer. 1 vol. in-4° avec figures intercalées dans le texte. Paris, E. Lecrosnier et Babé. 20 fr.

Traité de pathologie chirurgicale spéciale, par M. le professeur F. Kœnig, ouvrage traduit de l'allemand d'après la 4e édition, par M. le docteur Comte, ouvrage précédé d'une introduction, par M. le docteur Terrillon. T. II, fascicule 2 avec 108 figures intercalées dans le texte. Paris, E. Lecrosnier et Babé. 7 fr.
Tome II complet avec 159 figures dans le texte. 14 fr.
L'ouvrage complet formera 3 volumes; le tome III paraîtra fin septembre.

Médecine clinique, t. VII, par M. le professeur G. Sée et M. le docteur Labadie-Lagrave. *Traité des maladies du cœur*, étiologie clinique, par M. le professeur G. Sée, t. Ier. 1 vol. in-8° avec 21 figures intercalées dans le texte. Paris. E. Lecrosnier et Babé. 12 fr.

Bibliothèque anthropologique, t. IX. Les nègres de l'Afrique sus-équatoriale (Sénégambie, Guinée, Soudan, Haut-Nil), par M. le professeur Abel Hovelacque. 1 vol. in-8° avec 33 figures intercalées dans le texte. Paris, E. Lecrosnier et Babé. 8 fr

Manuel des travaux pratiques d'histologie; histologie des éléments des tissus, des systèmes, des organes, par M. le docteur C. Rémy. 1 vol. petit in-8° avec 399 figures intercalées dans le texte. Paris, E. Lecrosnier et Babé. 7 fr

Les denrées alimentaires, leurs altérations et leurs falsifications, conférences faites au grand concours international de Bruxelles en 1888 à l'occasion de l'exposition d'un laboratoire pour l'analyse des denrées alimentaires. 1 vol. in-8°. Paris, E. Lecrosnier et Babé. 6 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

20114. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

REVUE DES CONGRÈS

Les Congrès internationaux de médecine à Paris en 1889.

Ainsi que nous l'avons annoncé la semaine dernière et, pour ne pas retarder outre mesure la publication des comptes rendus des Congrès internationaux de médecine qui viennent de se tenir à Paris, ce numéro leur est exclusivement consacré. Si la *Gazette* a ainsi dérogé à son programme habituel, c'est dans l'espoir que ses lecteurs y trouveront quelque intérêt et en retireront profit; c'est aussi pour donner tout de suite toute la place dont elle peut disposer en une fois à ces manifestations scientifiques qu'il n'est pas permis d'ignorer, au moins dans leur ensemble. Malgré tout il a bien fallu écourter autant que possible ces comptes rendus, les emprunter souvent à des matériaux de seconde main et accroître quelquefois la rapidité de l'information au préjudice de sa parfaite exactitude; l'actualité a de ces exigences ; ce n'est qu'exceptionnellement qu'on doit les subir. Encore a-t-on dû choisir parmi tous ces Congrès, renvoyer à des revues spéciales quelques-unes des questions soulevées, telles que les discussions du Congrès d'anthropologie criminelle, les débats peu mouvementés cette année de la session de l'Association française pour l'avancement des sciences.

On s'est vivement plaint de la multiplicité des Congrès cette année; cette dissémination des forces intellectuelles a paru excessive et elle l'est à bien des égards, puisqu'elle a encore accusé davantage le particularisme, trop développé aujourd'hui, des études et des recherches scientifiques. En 1878, le nombre des Congrès était plus limité; d'où un éclat plus brillant pour ceux qui avaient été admis au programme officiel. Il semble que cette année on ait craint l'encombrement et que, dans cette crainte, on ait voulu répartir sur plusieurs réunions quelque peu similaires ceux qui voulaient y prendre part. L'idée pouvait être heureuse si tous ces Congrès ne s'étaient pas tenus à la même époque, de telle sorte que l'éparpillement de leurs membres a souvent présenté de graves inconvénients. Toutefois les Congrès ont été généralement très suivis; il en est, comme ceux de l'assistance publique, de l'hygiène et de la démographie, de la dermatologie et de la syphiligraphie, de la thérapeutique, qui ont compté à chaque séance un nombre considérable d'auditeurs et dont les discussions feront époque dans la science.

Quel temps fut, en effet, plus admirable que le nôtre! A côté de cette magnifique Exposition des travaux des arts et de l'industrie, voici qu'on accourt de toutes parts pour exposer les idées qui ont enfanté ces merveilles, pour faire le bilan des acquisitions présentes de la science dans toutes ses branches et préparer les découvertes, les progrès de l'avenir. Jamais peut-être on n'a constaté plus de précision dans les débats de ces Congrès, comme si la grandeur des conceptions déjà réalisées, dont témoignent les produits exposés, ne laissait plus place qu'à des propositions nettes et utiles, sans déclamations d'aucune sorte. On n'a jamais fait plus de besogne avec moins de bruit; on ne s'est jamais tant efforcé de faire œuvre vraiment scientifique et de ne rechercher que le minimum des revendications possibles. L'importance du labeur jusqu'ici accompli est devenue trop évidente pour que chacun ne sente pas la part de responsabilité qui lui incombe dans l'accomplissement définitif de la tâche. Les comptes rendus de ceux des Congrès, dont les discussions devaient se terminer par des résolutions ou des vœux, sont tout particulièrement instructifs à cet égard.

Il nous faut enfin signaler la parfaite courtoisie qui a régné au cours de toutes ces réunions. Aucun débat irritant n'y a été signalé; tous, étrangers et Français, ont rivalisé d'amabilité, regrettant l'absence de ceux que les exigences, voire même les brutalités, de la politique étrangère ont systématiquement éloignés cette année des Congrès de notre Exposition, sachant gré à ceux qui ne craignaient pas d'accourir à ce Centenaire de l'émancipation de l'esprit humain, à l'une des plus nobles fêtes du Siècle de la science.

THÉRAPEUTIQUE

D'après M. *Semmola*, l'examen hémoscopique et hémométrique avant l'administration du mercure et pendant son emploi, permet, dans la syphilis, de fixer le moment où il faut faire cesser le traitement, et même de déterminer s'il y a lieu de le commencer dans les cas où il y a doute à cet égard. En effet, le nombre des globules rouges ou la proportion d'hémoglobine étant en rapport avec l'action biologique du mercure, varient suivant que le mercure agit dans un organisme syphilitique ou dans un organisme sain. L'examen chromocytométrique doit donc être prati-

qué avant le commencement du traitement mercuriel et après la disparition des accidents spécifiques, et renouvelé tous les trois ou quatre jours. Si l'hémoglobine augmente, l'indication du mercure persiste; si elle diminue, c'est que le malade étant guéri, le mercure agit comme toxique. Il en est de même pour les cas dans lesquels on fait un traitement d'essai. Enfin dans toutes les affections constitutionnelles où on essaye le mercure sans base de spécificité, son indication dépendra de la façon dont il sera toléré : car son action déglobulisante est toujours à redouter.

M. Semmola a employé pour ses recherches le chromocytomètre de Bizzozero, l'hémochromomètre de Malassez et l'hématomètre de Van-Fleischl. Il se propose d'étendre ses études à tous les autres médicaments considérés comme altérants; actuellement il conclut en disant : « *La chromocytométrie doit être regardée comme la mesure exacte de l'indication et de l'utilité des médicaments qui modifient l'activité des échanges, parce que le vrai résultat thérapeutique final de cette action est incontestablement l'augmentation des globules du sang, c'est-à-dire de la quantité d'hémoglobine.* »

M. *Lavaux :* De l'emploi de la cocaïne dans le traitement des affections des voies urinaires. — Dans les rétrécissements uréthraux, pour bien faire l'anesthésie, il faut mettre la solution en contact avec l'urèthre postérieur et le col vésical aussi bien qu'avec l'urèthre pénien. Dans la lithotritie le chloroforme est bien préférable, surtout si l'on doit employer l'aspirateur.

Dans les cystites, la cocaïne donne d'excellents résultats, à la condition toutefois : 1° d'anesthésier à la fois l'urèthre et la vessie; 2° d'employer une solution à 4 pour 100 ou 2 pour 100, mais en quantité suffisante pour bien imprégner toute la muqueuse vésicale; 3° d'injecter la solution dans la vessie, sans sonde; 4° de faire concurremment des injections intravésicales sans sonde.

Elle est d'un heureux emploi dans les cystalgies et les névralgies vésicales, et pour faire cesser le spasme de la région membraneuse qui accompagne certains rétrécissements. Elle laisse subsister la sensation du besoin d'uriner, alors que l'anesthésie de la muqueuse vésico-uréthrale est complète. Ce n'est donc pas la sensibilité de la muqueuse prostatique qui joue le principal rôle dans cette sensation comme le disent MM. Küss et Duval, mais bien la distension vésicale comme l'a supposé M. Guyon.

MM. *Lefebvre* et *Crocq* combattent cette dernière opinion, considérant que certains malades urinent à vide et ont parfaitement le besoin d'uriner.

M. *Guelpa*, au sujet du traitement de la diphthérie, insiste sur la nécessité de faire le traitement local et de ne pas l'interrompre pendant la nuit. Il doit consister surtout en irrigations et en vaporisations sans chercher à détruire la fausse membrane et en évitant d'excorier la muqueuse voisine par des badigeonnages trop vigoureux. Les irrigations et pulvérisations doivent atteindre tous les points où il y a des fausses membranes; de là l'indication de faire la trachéotomie précoce, de ramonner les fosses nasales si elles sont obstruées, d'ouvrir l'antre d'Highmore par la trépanation si les sinus sont envahis.

M. *Féréol*. La trépanation de l'apophyse mastoïde n'ayant pas encore été pratiquée en pareil cas, il n'y a là qu'une vue théorique.

M. *Crocq* se demande à quel signe M. Guelpa peut reconnaître la pénétration de la diphthérie dans les sinus. Pour lui il s'est bien trouvé des antiseptiques et des préparations soufrées.

M. *Lefebvre* convient du danger des excoriations par les tentatives d'ablation des fausses membranes, et de la nécessité des lavages fréquents. Il emploie une solution de tanin.

M. *Jorissenne* est aussi partisan des lavages répétés; cependant il faut laisser dormir les enfants. Grâce aux traitements antiseptiques modernes, le pronostic de la diphthérie doit être modifié. Le soufre et le tanin méritent une égale confiance.

M. *Delthil* fait une communication sur le traitement de la diphthérie par les hydrocarbures.

M. *de Cresantignes* communique un procédé d'enlèvement des fausses membranes diphthériques à l'aide de pinceaux molletonnés.

M. *Dujardin-Beaumetz,* dans son rapport sur les analgésiques antithermiques, insiste d'abord sur l'utilité qu'il y a à préciser les indications thérapeutiques des corps tirés de la série aromatique, et à étudier l'action élective de chacun d'eux. Le phénomène douleur étant un syndrome complexe, les mêmes médicaments analgésiques n'auront pas la même action suivant qu'ils s'adressent à des manifestations de forme, de localisation ou d'origine différentes. De là tout l'intérêt qu'il y a à chercher de nouvelles ressources dans les précieuses acquisitions faites chaque jour par la chimie.

Au point de vue physiologique, l'étude de ces médicaments soulève plusieurs questions importantes, et d'abord celle de la thermogénèse. La plupart de ces analgésiques sont des antithermiques. Mais ces derniers eux-mêmes forment trois groupes suivant qu'ils jouent spécialement le rôle d'antifermentescibles, ou qu'ils abaissent la température en diminuant le pouvoir respiratoire du sang, ou en agissant directement sur les centres cérébraux spinaux et en modifiant les centres calorigènes de la moelle. Ce sont presque exclusivement ces derniers qui jouissent de propriétés analgésiques.

En outre, au point de vue physiologique et toxique, les différents antithermiques agissent spécialement les uns sur la moelle, d'autres sur le bulbe, les autres sur le cerveau; actions électives importantes à connaître pour les applications thérapeutiques, particulièrement en vue de certaines névroses convulsives.

Enfin il y aurait grande utilité à rechercher le rapport qui existe entre la formule atomique des corps et leurs effets thérapeutiques. Déjà cette étude a été faite pour certains médicaments tirés de la série aromatique. En introduisant, par exemple, dans la formule de la caféine soit le groupe atomique éthoxyl, soit le groupe méthoxyl, soit le groupe hydroxyl, on peut modifier ses propriétés, et la transformer de médicament tétanisant en médicament convulsivant et surtout en médicament analgésiant. D'après les travaux qu'il a faits avec le docteur Bardet, il semble qu'on peut provisoirement établir la loi suivante qui permettrait d'apprécier les effets antiseptiques, antithermiques et analgésiques des nouveaux médicaments tirés de la série aromatique :

Les effets antiseptiques appartiendraient surtout aux dérivés hydratés (phénols, naphtols, etc.).

Les effets antithermiques seraient dominants dans les dérivés amidogénés (acétanilide, kairine, thalline).

Les propriétés analgésiques se rencontreraient surtout dans ces derniers corps amidogénés où l'on substitue à un atome d'hydrogène un atome d'un radical gras et particulièrement de méthyl (diméthyloxyquinizine, acétphénitidine, méthylacétanilide).

M. *Lépine*. Même chez l'animal sain, l'action des nervins antithermiques est complexe : ils exercent une action d'arrêt sur l'activité du protoplasma et altèrent pour la plupart les globules rouges (soit en transformant l'hémoglobine en méthémoglobine, soit en attaquant la charpente globulaire). Mais leur influence est surtout marquée sur le système nerveux, comme l'ont établi les expériences de Demme, Hénocque, Bouchard, etc., faites avec l'antipyrine. Ces auteurs ont constaté les phénomènes d'excitation, notamment la raideur, puis les convulsions survenant après une forte dose d'antipyrine. Le premier il a montré qu'elle supprime la douleur, et ayant constaté peu de temps après que l'acétanilide exerce la même action analgésique sur les centres, il a pu dire que tous les antipyrétiques sont nervins.

En outre, sous leur influence, la consommation du glucose dans les capillaires et sa formation aux dépens du glycogène dans le foie et les muscles diminuent. Leur action sur la consommation des albuminoïdes étant variable et en tous cas presque négligeable au point de vue de la production de chaleur, c'est à la diminution de la consommation des matériaux hydrocarbonés de l'économie qu'il faut attribuer en grande partie l'hypothermie qu'ils produisent facilement chez les petits animaux. M. Lépine a constaté avec M. Barral qu'un cobaye de 400 grammes, soumis à une dose d'antipyrine de 20 à 30 centigrammes par kilogramme, excrète dans les heures suivantes un cinquième en moins de CO^2 qu'un cobaye témoin.

En résumé, ces agents sont des poisons du protoplasma, moins actifs que la quinine. Leur action essentielle s'exerce sur le système nerveux. Dynamique et surtout nervine, elle modifie à la fois certaines impressions sensitives et la production de chaleur en restreignant la consommation des matières hydro-carbonées. En les appelant *analgésiques* on donne une idée incomplète de leur mode d'action.

M. *Masius* préfère la phénacétine dans la tuberculose, la fièvre typhoïde et les différentes formes du rhumatisme. Comme antinévralgique il en faut prescrire 1 à 3 grammes.

Elle est moins dangereuse que l'antipyrine. A dose toxique, elle tue les animaux par asphyxie; à dose moins forte elle produit de la paralysie motrice et sensitive.

M. *William* n'est pas très partisan des antipyrétiques. Donnés au cours des fièvres, ils sont dangereux au moment de leur administration et allongent la convalescence.

M. *Masius* n'a jamais eu d'accidents avec les antipyrétiques. Mais ils ne sont indiqués que quand la température se maintient au-dessus de 39 degrés.

M. *Stokvis* n'a jamais vu l'utilité de cette médication dans les fièvres continues, l'érysipèle, etc. Elle lui semble aussi prolonger la convalescence; du reste il n'est pas prouvé que l'hyperthermie soit un élément dangereux.

M. *Desplats* a presque toujours vu, après l'administration des antithermiques, la température s'abaisser, les sécrétions s'améliorer, le bien-être revenir. Ces effets sont passagers, aussi la médication doit-elle être méthodique. Pour lui, la fièvre n'est que la manifestation d'un empoisonnement.

M. *Snyers* apprécie le pouvoir relatif des divers antipyrétiques d'après le rapport qui existe entre le degré d'abaissement de la température et l'intensité des phénomènes secondaires (transpiration, frisson, cyanose, etc.). Plus l'abaissement de la température est brusque et marqué, plus les phénomènes secondaires réactionnels sont intenses. D'après ses observations l'antipyrine l'emporte sur les autres antithermiques analgésiques.

M. *A. Henocque* insiste sur l'utilité des analyses spectroscopiques du sang chez les malades soumis aux médicaments antithermiques. En effet la plupart diminuent la quantité d'oxyhémoglobine du sang. Quelques-uns à des doses non toxiques habituellement déterminent la production de méthémoglobine. L'observation clinique et l'expérimentation démontrent pour l'acétanilide et la phénacétine même que l'altération toxique se produit après une anémie préalable. L'analyse spectrale est donc un moyen pratique de suivre l'action médicamenteuse et de la régler. De plus, ces agents modifient l'*activité des échanges*. Il y a donc grand avantage à employer concurremment la méthode clinique d'hématoscopie.

M. *Bardet*, dans le service de M. Beaumetz, à Cochin, a obtenu avec l'exalgine des résultats qu'on peut résumer ainsi : l'exalgine ou méthylacétanilide est un puissant analgésique, paraissant agir énergiquement surtout contre les névralgies *a frigore* ou congestives. Il est nécessaire que l'exalgine employée soit bien de la méthylacétaniline et non un de ses isomères, tel que l'acétotoluidine donnée en Angleterre sous le nom d'exalgine et dont les propriétés sont différentes.

MM. *Féréol* et *Bucquoy* en ont été assez satisfaits, cependant l'ont trouvée inférieure à l'antipyrine.

M. *Dujardin-Beaumetz* croit l'exalgine plus active que l'antipyrine. Mais elle est moins soluble et à la dose de 50 centigrammes provoque de la cyanose et des vertiges.

M. *Desnos* s'en est bien trouvé à la dose de 1gr,25 à 1gr,50 dans les névralgies sciatiques rebelles. Les vertiges étaient fréquents, mais non constants.

M. *Constantin Paul* lit un rapport sur la question des antiseptiques propres à chaque microbe pathogène. Il montre que si la médication parasiticide présente de nombreuses applications, cependant il est nécessaire de connaître l'action des divers antiseptiques sur les différents microbes pathogènes. Les substances employées n'ont pas toutes en effet la même action sur le même micro-organisme. Dans une série de tableaux, M. le rapporteur indique les résultats obtenus avec divers antiseptiques sur les microbes de la putréfaction, de la fièvre typhoïde, du choléra, de la tuberculose. Il termine en indiquant l'influence de la température sur les principaux microbes pathogènes.

M. *Bucquoy* lit un rapport sur les toniques du cœur. La thérapeutique des maladies du cœur se propose bien moins de combattre les lésions acquises de l'organe que de relever son action, lorsqu'elle se trouve en défaut. La digitale a été pendant longtemps, et avec succès, l'agent principal et presque exclusif de cette médication tonique du cœur, mais depuis quelques années la liste des médicaments cardiaques s'est enrichie de produits nouveaux (caféine, convallaria maialis, adonis vernalis, strophantus, etc.), qui agissent pour la plupart en renforçant la systole ventriculaire, en relevant et régularisant le pouls, en augmentant la tension artérielle et produisant une diurèse plus ou moins abondante. Mais nous ignorons en quoi diffèrent ces médicaments et leur action sur les vaso-moteurs, car tous ne sont pas, comme la digitale, vaso-constricteurs. Il y aurait intérêt à classer ces différents toniques d'après leur action physiologique et toxique, à savoir combien de temps chacun d'eux peut être toléré et enfin à rechercher si le glucoside ou l'alcaloïde de la plante peut être prescrit comme celle-ci, si on peut en attendre les mêmes effets, ce qui jusqu'ici paraît douteux; enfin, quelles sont les indications thérapeutiques de chacun de ces toniques et auquel donner la préférence, suivant les cas particuliers.

M. *Masius* considère la digitale comme le meilleur tonique du cœur, et la donne en poudre.

M. *Dujardin-Beaumetz* préfère la macération de digitale, la poudre irritant l'estomac.

M. *Bucquoy* a réuni 200 observations de malades traités par le strophantus. Sous son influence, le pouls se ralentit et se régularise. Chez les mitraux, le pouls devient aortique; chez les aortiques, le pouls de Corrigan s'exagère. Quant à son action sur les vaso-moteurs, la physiologie et la clinique sont en contradiction sur ce sujet. Le strophantus a l'avantage de relever le pouls sans exercer de vaso-constriction périphérique, d'être inoffensif (pas d'effet d'accumulation), d'être un *diurétique fidèle*, mais son efficacité est subordonnée à l'intégrité du muscle cardiaque.

M. *Féréol* préfère donner la digitale en infusion. Quelquefois la digitaline en solution, suivant la formule de M. Potain, agit mieux, une seule dose suffisant parfois pour huit à dix jours

M. *Lépine*. Ce qui fait le mérite de la méthode de M. Potain, c'est la dose élevée à laquelle il donne la digitaline. Quant au caractère aortique du pouls, signalé par M. Bucquoy, chez les malades traités par le strophantus, il est dû à la dilatation du ventricule gauche sous l'influence de ce médicament.

M. *Semmola* emploie la digitaline de préférence à la digitale, qui a une action nauséeuse.

M. *Dujardin-Beaumetz* insiste sur la nécessité d'employer une digitaline cristallisée toujours identique à elle-même.

M. *Petresc* donne lecture d'un travail sur l'action antiphlogistique de la digitale dans la pneumonie. Il conclut à son emploi dans cette maladie aux doses de 4 à 8 grammes d'infusion de feuilles par jour.

M. *Constantin Paul*, à propos des communications précédentes, se demande s'il y a véritablement des toniques du cœur. En principe, un *tonique* est un médicament condensateur, qui fournit à l'organisme une force qu'il emmagasine, tel est le sulfate de quinine qui, suivant les cas, abaisse la température ou au contraire la relève jusqu'au degré normal. Le strophantus et la digitale ne sont que des *toniques secondaires*, c'est-à-dire ne relevant l'énergie cardiaque qu'après la diminution de la résistance des vaisseaux par le fait de la diurèse. Le convallaria maialis, l'alcool, l'éther, les infusions de plantes aromatiques stimulantes agissent bien mieux comme des toniques du cœur, sans oublier la piqûre de morphine chez les aortiques.

M. *Crocq* fait une communication sur le traitement de la pneumonie par l'acétate de plomb. Avec cette médication, il voit le chiffre des pulsations diminuer, la température s'abaisser, les crachats se tarir. Quelquefois, pour prévenir la diarrhée, il associe le laudanum à l'acétate de plomb. La dose minima du médicament est de 40 centigrammes, la dose maxima 1 gramme par vingt-quatre heures. Le traitement peut se continuer douze et quinze jours. Il est indiqué dans les pneumonies des gens affaiblis, des alcooliques, des diabétiques.

M. *Jorissenne* fait, sur le traitement de l'érysipèle par les antiseptiques, une communication concluant à l'emploi du sublimé, comme antiseptique le plus sûr, incorporé à un mélange de beurre, de cacao et de vaseline. Le même auteur, attribuant aux microbes le principal rôle dans la persistance des fissures à l'anus, préconise le traitement antiseptique (sublimé) comme le seul rationnel et le plus sûrement analgésique.

M. *Hallopeau* lit un travail sur la nature de la pelade et son traitement. Bien que le parasite de la pelade ne soit pas connu, les faits cliniques permettent d'en affirmer l'existence et d'en déterminer la localisation. Il siège surtout dans les papilles pilifères et se transmet par le contact. Le traitement doit donc consister à empêcher la contagion, et d'autre part à tuer le parasite ou empêcher son développement en modifiant le terrain où il vit. De là deux indications : laver les parties saines qui avoisinent les parties malades, avec des solutions antiseptiques,

modifier le cuir chevelu au niveau des parties atteintes par le vésicatoire. Une pelade traitée ainsi doit guérir en trois ou quatre mois.

Une seconde communication du même auteur a trait à l'emploi des antiseptiques contre les accidents locaux de la syphilis. Chaque manifestation locale syphilitique étant un foyer de pullulation du virus, le traitement local doit être employé systématiquement, parallèlement au traitement général. Dans ce but on peut recourir à la plupart des préparations mercurielles (nitrate acide de mercure, sublimé en poudre, emplâtre de Vigo, solutions de sublimé, etc.) ou aux préparations à base d'iode (iodoforme), ces dernières convenant surtout aux syphilides ulcéreuses.

M. *Rueff*, en son nom et au nom de M. *Miquel*, donne lecture d'un travail sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par les pulvérisations biiodo-mercuriques. Ils ont, avec cette méthode, obtenu de bons résultats dans quarante cas où il s'agissait de tuberculose au premier et au second degré.

M. *Planchon* lit un rapport sur les drogues nouvelles d'origine végétale introduites depuis six ans en thérapeutique (chimie, pharmacologie, pharmaco-dynamie et applications thérapeutiques des plantes ou des principes qui en ont été tirés).

DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

La première question mise à l'ordre du jour de ce Congrès était celle de la constitution du groupe lichen : doit-on, avec les anciens dermatologistes, conserver la dénomination de lichen à un assez grand nombre d'affections que plusieurs modernes considèrent comme différentes les unes des autres? Dans la négative : 1° quelles sont les affections qu'il faut séparer du groupe et dénommer autrement; 2° un nouveau groupe lichen étant constitué, quelles sont les espèces, formes ou variétés que l'on doit y admettre? M. *Kaposi* admet qu'à côté du lichen plan, décrit par Erasmus Wilson, le groupe lichen doit comprendre le lichen ruber acuminatus, maladie que Hébra père avait appelée simplement lichen ruber; le pityriasis rubra pilaris de Devergie et Besnier serait également du lichen ruber acuminatus; le groupe comprendrait enfin le lichen scrofulosorum. MM. *Hebra* et *Unna* décrivent à côté du lichen planus de Wilson le lichen ruber de Hébra père, qui n'est pas du tout ce que M. Kaposi appelle lichen ruber acuminatus; cette dernière affection ne serait autre que le pityriasis rubra pilaris des auteurs français qui n'est pas du lichen. MM. *Jamieson* et *Morris Malcolm* placent dans le groupe lichen, le lichen planus, le lichen ruber, et rejettent le pityriasis pilaire. M. *Ernest Besnier* pense que le groupe lichen ne renferme qu'une maladie, le lichen planus de Wilson, qui comprend : 1° des types à éléments plans et éléments acuminés; 2° des cas mixtes où les deux formes précédentes se trouvent réunies; 3° des variétés : lichen moniliforme, obtus, hyperkertosique et hypertrophique, corné et atrophique. Il rejette le lichen ruber, type Hébra, qui, pour lui, comprend des maladies différentes; le lichen scrofulosorum dont l'existence ne lui est pas démontrée; le pityriasis rubra pilaris enfin, qui n'est certainement pas du lichen. Pour M. *Hallopeau*, 1° le groupe lichen est artificiel; 2° c'est arbitrairement qu'on y fait rentrer diverses affections qui n'ont de commun que l'aspect papuleux de leurs éléments; 3° on devra ultérieurement substituer au mot lichen des dénominations tirées de l'anatomie et de la physionomie pathologiques; 4° les maladies actuellement confondues sous ce nom peuvent être rattachées à d'autres types, à l'exception de celle qu'a décrite Wilson; c'est cette dernière seule qu'il convient aujourd'hui d'appeler lichen; elle constitue une espèce morbide; 5° la qualification de lichen planus n'est plus applicable qu'à une variété de cette maladie. On doit en admettre une forme aiguë et une forme chronique, et distinguer dans cette dernière les variétés décrites sous les noms de lichens planus, obtusus, acuminatus, tubéreux corné, en collier de corail et scléreux; 6° la forme aiguë comprend une partie des faits publiés sous le nom de lichen ruber acuminatus. M. *Vidal* voudrait réserver le nom de lichen aux affections papuleuses; provisoirement on doit ranger dans ce groupe les diverses variétés du lichen planus de Wilson et aussi celles des l. acuminatus et obtusus, les l. cornés (planus et tubéreux), le l. scléreux, etc.

Du pityriasis rubra, des dermatites exfoliantes généralisées primitives, telle était la seconde question dont le Congrès avait à s'occuper. M. *Brocq* rappelle tout d'abord qu'en dehors des fièvres éruptives classiques, il est toute une catégorie de dermatoses encore assez mal connues, que caractérisent, au point de vue objectif, une rougeur généralisée du derme et une desquamation plus ou moins abondante de l'épiderme. Ces faits ont été surtout publiés sous le nom de pityriasis rubra, depuis les travaux de Devergie et Hébra; ce sont les érythrodermies exfoliantes de M. E. Besnier. Le groupe n'est pas homogène, il faut d'abord distinguer les affections suivantes, qui ont leur individualité propre : le pityriasis rubra pilaris de Devergie, Richaud, Besnier, maladie qui se rapproche beaucoup du psoriasis; la lymphodermie pernicieuse de Kaposi et probablement certaines variétés eczématiformes généralisés de mycosis fongoïde; les éruptions généralisées rouges et desquamatives d'origine artificielle, médicamenteuses pour la plupart; les poussées aiguës et généralisées qui se produisent assez souvent dans le cours d'un eczéma, d'un psoriasis, beaucoup plus rarement d'un lichen planus; les herpétides exfoliatives de Bazin. En laissant de côté ces faits, on se trouve en présence d'éruptions généralisées rouges et desquamatives dites essentielles qui ne rentrent dans aucun des cadres morbides précédents; c'est à ces éruptions que M. Brocq propose de conserver le nom générique de pityriasis rubra; ce sont : 1° l'érythème scarlatiniforme desquamatif ou dermatite exfoliative aiguë bénigne; 2° la dermatite exfoliative généralisée proprement dite ou subaiguë; 3° la dermatite généralisée chronique; 4° le pityriasis rubra chronique, type de Hébra; et 5° le pityriasis rubra subaigu ou bénin. Après un échange d'observations entre MM. *Jamieson*, *Crocker*, *Unna*, *Vidal*, *Schwimmer*, *Petrini* et *Kaposi*, M. *Ernest Besnier* constate que tout le monde est d'accord pour n'admettre qu'un pityriasis rubra, celui de Hébra; les eczémas qui se généralisent ne sont pas du pityriasis, mais des dermatites exfoliatrices.

La prophylaxie et le traitement des tricophytoses donnent lieu à une série de communications. M. *Butte* dit avoir obtenu de bons résultats par l'emploi d'un pansement à la lanoline et au protochlorure d'iode. M. *Quinquaud* se loue beaucoup du traitement suivant : tenir les cheveux très courts, gratter les plaques tricophytiques avec une raclette spéciale pour entraîner mécaniquement le plus possible des éléments atteints, poils et épiderme; lotions avec une solution alcoolique de biiodure d'hydrargyre (15 à 20 centigrammes) et de bichlorure d'hydrargyre (1 gramme); on applique en permanence une rondelle d'emplâtre mixte, faite avec les mêmes médicaments; épilation au bout de quelques jours, puis second raclage, et ainsi de suite jusqu'à guérison. Grâce à cette méthode, cent teigneux ont quitté son service, après guérison, depuis le mois de janvier; la plupart de ces enfants, revus depuis, ont de très belles chevelures. L'écueil capital de tous les traitements de la tondante est, d'après M. *Besnier*, la dermite. Mon traitement, objecte M. *Quinquaud*, n'amène qu'une irritation négligeable; bien que le tricophyton se termine forcément par guérison, il la fait trop attendre pour qu'on ne tente pas des procédés aussi expéditifs que possible. M. *E. Besnier* agit comme il suit : 1° couper les cheveux ras au ciseau (et non au rasoir); 2° zone d'épilation autour des plaques; 3° application, le soir, de vaseline boriquée; 4° le matin, lavage à l'eau de son. Il ne peut encore indiquer de façon précise les résultats de cette méthode; il peut affirmer pourtant, d'ores et déjà, qu'elle vaut bien celle qu'il connaît jusque-là et qu'elle ne donne jamais lieu aux dermites. Des enfants atteints de teigne tondante qui se rendaient à Hambourg en sont revenus, six semaines après, complètement guéris, et guéris spontanément, déclare M. *Unna*, qui les soigna dans cette ville. Celui-ci pense toutefois qu'il n'est pas impossible qu'on trouve un agent parasiticide capable de détruire les spores du trichophyton sans déterminer de trop vives irritations; c'est ainsi que la chrysarobine guérit certaines maladies de la peau sans dangers de cette espèce.

Pour M. *Vidal*, il est facile de guérir la tricophytie des parties glabres, tricophytie circinée (herpès circiné des anciens auteurs); la végétation parasitaire ne dépasse pas l'épaisseur de l'épiderme; tout agent irritant qui provoque la desquamation enlève, avec les lamelles épidermiques, tous les parasites; c'est ainsi qu'agit la teinture d'iode (trois à quatre badigeonnages dépassant d'un centimètre les points atteints). Mais, lorsque le tricophyton a envahi les bulbes, le problème est plus difficile à résoudre. On ne peut pas extraire le poil envahi par le parasite et il est encore plus impossible de faire pénétrer les agents parasiticides dans le poil et dans le follicule pileux, tous échouent.

Il y avait alors lieu de rechercher si, en empêchant les spores du tricophyton de s'étendre au delà des poils malades, en l'empêchant de former de nouveaux foyers, la guérison ne se produirait pas par l'expulsion spontanée des poils malades. Des recherches auxquelles s'est livré M. Vidal, il résulte que le trichophyton est un parasite aérobie, et voici, en conséquence, les procédés de traitement qu'il emploie habituellement : après avoir fait couper les cheveux aussi court que possible, il fait frictionner la tête avec de l'essence de térébenthine. Les points atteints par le trichophyton sont ensuite badigeonnés avec la teinture d'iode. La tete est enduite d'une couche de vaseline pure ou boriquée ou iodée à 1 pour 100 et recouverte d'un bonnet de caoutchouc, ou plus économiquement d'une feuille en gutta-percha qu'une serre-tête à coulisse maintient hermétiquement appliquée sur le cuir chevelu. On renouvelle le pansement matin et soir en savonnant la tête le matin et en l'essuyant avec soin, ainsi que la feuille de gutta-percha. Si les applications de teinture d'iode ne provoquent pas de dermite, on les renouvelle tous les jours; dans le cas contraire, tous les trois ou quatre jours. Depuis quelques mois il essaye de remplacer la teinture d'iode par des morceaux de sparadrap de vigo cum mercurio. L'emplâtre une fois appliqué, il fait faire sur la tête une onction avec la vaseline iodée et recouvrir la tête de gutta-percha. Les résultats obtenus sont encourageants.

M. *Hallopeau* se loue du traitement de Lailler; les cheveux des enfants sont tenus ras, et tous les soirs on recouvre le cuir chevelu d'une couche de vaseline iodée à 1 pour 100. Il a ainsi obtenu en un an dix guérisons sur vingt malades

M. *Ernest Besnier* fait observer que les diverses affections parasitaires du cuir chevelu présentent des différences de distribution sociale et géographique extraordinaires; ainsi, la trichophytie, fréquente à Paris jusque dans les quartiers du centre, n'existe pour ainsi dire pas dans la zone suburbaine où se montre surtout le favus, pas plus qu'elle n'existe dans celles de nos bourgades départementales où l'hygiène est le moins en honneur et la prophylaxie publique ou privée tout à fait inconnue. La thérapeutique de cette affection est très précaire; en présence de chaque cas particulier de trichophytie, au point de vue du pronostic et de la durée probable du traitement, il faut faire des catégories parmi les malades suivant que leur affection dure depuis un temps plus ou moins long et a donné lieu à la production d'un nombre plus ou moins grand de plaques. Il faut établir des divisions et ne pas confondre tous les cas dans une même statistique, et, quand on enregistre des guérisons, il faut établir que l'on a suivi les malades déclarés guéris pendant le temps suffisant, en même temps qu'on appuie cette déclaration sur un examen histologique attentif. Il faut, en cette matière, que beaucoup de médecins traitent assez sommairement, distinguer la guérison clinique, ou guérison apparente, de la guérison histologique, ou vraie, laquelle ne se produit souvent que plusieurs mois après la guérison apparente. D'autre part, il faut prendre garde, si l'on fait entrer les médecins, comme cela s'est malheureusement déjà fait, dans la voie de chercher de prétendus parasiticides, au lieu de leur apprendre à modifier la cellule vivante, à stériliser le terrain envahi ou menacé par le microphyte, qu'on les entraîne à appliquer sans mesure des substances irritantes dont l'action peut être funeste pour la vitalité des tissus, et, dans le cas particulier, pour l'existence du follicule pileux.

M. *Fournier* était naturellement chargé du rapport sur la fréquence relative de la syphilis tertiaire et les conditions favorables à son développement. Il a résumé à cet effet les résultats de ses vingt-neuf ans de pratique et les 2600 cas de syphilis tertiaire qu'il a observés dans sa clientèle de ville. Pour ce qui concerne les échéances du tertiarisme, il montre que la fréquence relative des manifestations du tertiarisme subit une ascension considérable de la première à la troisième année; elle atteint son apogée à la troisième année; de la quatrième à la onzième année, elle décroît d'une façon continue, assez rapide et presque régulière, tout en se tenant encore dans une moyenne assez élevée; dans les dix années suivantes, elle continue encore à décroître d'une façon bien plus lente; au delà, c'est-à-dire de la vingt et unième année à la trentième, elle conserve un niveau à peu près uniforme, mais très abaissé; c'est l'étape où la syphilis tertiaire peut être déjà tenue pour rare; enfin, au delà de ce terme, la syphilis tertiaire devient véritablement exceptionnelle. En outre, elle peut être précoce, et le maximum numérique de ces manifestations correspond aux premières années de la diathèse et, d'une façon absolument précise, à la troisième année. D'autre part, quelles affections composent le tertiarisme et quel est le degré de fréquence relative de celles-ci? En premier lieu, il faut compter les lésions tertiaires des organes génitaux, puis les atrophies musculaires d'origine périphérique et celles d'origine centrale, mais surtout les manifestations nerveuses. Sur 3 429 manifestations tertiaires, M. Fournier a observé 1 035 affections diverses du système nerveux, si bien qu'il en conclut que, de tous les systèmes organiques, c'est celui-ci qui, sans contradiction possible, est le plus souvent éprouvé par la syphilis tertiaire, et cela avec une supériorité de fréquence vraiment inattendue; d'où il résulte que le plus grand danger du tertiarisme réside dans l'excessive fréquence des affections spécifiques du système nerveux, affections dont chacun connaît l'importance et le haut degré de gravité, et que le principe de la syphilis (quel qu'il soit d'ailleurs, virus, microbe, sécrétion microbique, n'importe), s'il constitue un poison de tout l'être, constitue principalement un véritable poison du système nerveux.

De son côté, M. *Ch. Mauriac* conclut du relevé des cas qu'il a observés, que dans la syphilis acquise les accidents tertiaires n'arrivent que dans la proportion de 10 à 15 pour 100; cette proportion semble diminuer aujourd'hui. Elle augmente dans les foyers endo-épidémiques. Les accidents tertiaires apparaissent en moyenne entre la deuxième et la cinquième année de la syphilis. Le tertiarisme externe, qui comprend la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le périoste, les os, les organes génitaux, etc., est encore le plus fréquent; c'est le moins difficile à prévoir, puisqu'il se produit souvent à brève échéance lorsque l'accident primitif a été alors phagédénique; les accidents tertiaires osseux sont devenus plus rares qu'autrefois; ceux qui s'observent le plus souvent sont ceux que produit la syphilose pharyngo-nasale. Parmi les syphilis internes ou viscérales, celles du système nerveux viennent de beaucoup en première ligne; ce fait est devenu tout à fait prédominant dans la question du tertiarisme, et, en effet, ce qu'il y a de plus à redouter pour un malade atteint d'une faible ou d'une moyenne syphilis, c'est incomparablement la détermination spécifique à brève échéance sur les centres nerveux, et principalement sur le cerveau. Les syphiloses du foie, du poumon, du rein, du cœur sont infiniment moins communes que les déterminations nerveuses; quelques-unes sont précoces, celle du rein par exemple; l'éventualité des autres n'est pas à craindre dans les premières années de la syphilis.

Pour M. *Haslung*, les causes prédisposantes des accidents tertiaires sont : l'absence complète de traitement des accidents secondaires, le traitement mercuriel défectueux ou insuffisant dans la période secondaire, soit qu'il consiste en un traitement de courte durée ou qu'il soit commencé trop tard, l'alcoolisme, l'impaludisme ou d'autres fièvres climatologiques, l'existence d'une affection grave chronique, la syphilis congénitale ou l'infection syphilitique très précoce, la misère, l'intolérance du malade pour le mercure.

M. *Leloir* estime, avec les préopinants, que les accidents tertiaires sont très fréquents dans les premiers mois, dans la première année de la syphilis; mais il se demande alors ce que serait la division de la syphilis en périodes; la caractéristique chronologique du tertiarisme n'a donc aucune valeur. Quant à lui, il estime qu'un accident tertiaire n'est autre chose qu'un syphilome résolutif non distinctif. D'après M. *Neumann*, les facteurs de la syphilis tertiaire sont : un traitement insuffisamment prolongé ou trop peu énergique, des états constitutionnels antérieurs (tuberculose, diabète, impaludisme), tout ce qui porte atteinte à la nutrition, l'absence ou l'insuffisance du traitement; elle est indépendante de la forme, de l'intensité du chancre et de la syphilis secondaire.

Depuis deux ans, MM. *Leloir* et *Tavernier* ont pratiqué 1573 injections hydrargyriques sous-cutanées pour combattre les accidents des périodes les plus diverses de la syphilis, à l'exception de la syphilis cérébrale ou spinale. Ce mode de traitement leur paraît devoir être réservé surtout au traitement des éruptions érythémateuses ou des éruptions de syphilomes résolutifs du tégument externe; il peut être employé lorsqu'il y a intérêt à faire disparaître très rapidement, brutalement lesdites éruptions. Il est surtout, pour ne pas dire uniquement, applicable à la clientèle hospitalière, ou aux sujets qui peuvent garder le lit quelques jours; il est surtout recommandable pour le traitement des filles publiques, n'a qu'une action minime sur les syphilides des muqueuses, et contrairement à ce qui été avancé, il est loin

de mettre à l'abri des récidives parfois très proches. D'ailleurs, dans bien des cas il échoue, là où le traitement par les frictions réussit; aussi ne doit-il pas être employé dans les cas de syphilomes non résolutifs, sauf dans des cas exceptionnels de syphilomes non résolutifs du tégument externe, conjointement avec le traitement local et l'iodure de potassium; non plus que dans les cas de syphilis cérébrale ou spinale, et employé en général dans le traitement de la syphilis des femmes enceintes et dans les cas de syphilis viscérale, non plus que dans le traitement de la syphilis infantile. En résumé, son seul avantage, et encore ne s'agit-il que du traitement de certaines syphilides (syphilides érythémateuses, syphilomes résolutifs et du tégument externe seulement), paraît être la rapidité, la brutalité même; aussi faut-il lui préférer les frictions, en agissant de la manière suivante : au moyen des frictions faire disparaître l'éruption et cela aussi vite qu'avec les injections (beaucoup plus vite en ce qui concerne les syphilides des muqueuses). L'éruption disparue, pour maintenir les malades en état d'imprégnation hydrargyrique, employer le traitement interne sous forme de pilules hydrargyriques (pilules de bichlorure, de protoiodure, etc., etc.); de temps à autre, après des intervalles de repos variables suivant les cas, soumettre de nouveau les malades aux frictions; chaque poussée nouvelle de syphilis, s'il y en a, est immédiatement combattue par les frictions. Quant à l'iodure, il ne faut le donner qu'à partir de la deuxième année.

M. *Diday* croit préférable de ne donner le mercure qu'au moment de l'apparition des accidents. Sa méthode, fondée sur l'étude des microbes parasites, a pour principe de n'attaquer le bacille syphiligène qu'aux époques révélées par les manifestations de la maladie, où il est à la fois le plus nocif et le plus accessible à l'action des parasiticides. En administrant ainsi les spécifiques de façon à réserver tout leur pouvoir pour les vrais besoins : 1° le médecin réalise souvent des effets curatifs plus prompts; 2° en présence d'une récidive, il peut la guérir sans être forcé d'élever les doses jusqu'à un degré préjudiciable; 3° plus intéressé à bien observer les poussées successives que lui dictent le moment et la mesure de son intervention, il se fait, par leur étude, une plus juste idée de l'intensité de la maladie et, par conséquent, de l'utilité et de la manière d'associer aux spécifiques les prescriptions de l'hygiène et les autres médications propres à chaque sujet; 4° niant le pouvoir préservatif qu'on attribue aux spécifiques, n'ayant par conséquence pas promis au client qu'il le préservera, il n'a point la responsabilité des récidives qui surviennent; 5° un certain temps passé sans récidives, quoique sans traitement, donne plus de confiance au client dans la solidité de sa guérison que s'il pouvait croire l'avoir maintenue par la continuation des remèdes spécifiques.

MM. *Anderson, J. Langlebert, Schwimmer, Neuman, Kaposi, Schüster, du Castel, Castelo, Rosalimos, Dubois, Lancereaux, Petrini, de Watraszewski, Balzer* font successivement connaître les résultats de leur pratique.

Le Congrès avait aussi mis à son ordre du jour l'étude de la classification des dermatoses bulleuses multiformes confondues sous la dénomination de pemphigus. M. *Brocq* fait remarquer qu'il existe cependant parmi ces dermatites une variété qui présente des caractères suffisamment tranchés pour qu'on la détache du groupe pemphigus, c'est la dermatite herpétiforme de Duhring. Elle présente quatre symptômes fondamentaux, qu'on rencontre dans tous les cas : polymorphisme de l'éruption (érythème, vésicules, bulles, etc.); phénomènes douloureux (cuisson, brûlures, prurit); longue durée de l'éruption qui se manifeste par poussées successives (plusieurs mois, des années); bon état général, malgré l'intensité des phénomènes éruptifs.

Mais, à côté de la dermatite herpétiforme, qui est une maladie bien déterminée, il existe toute une classe de dermatites polymorphes douloureuses qui lui ressemblent par certains points et qui en diffèrent par d'autres. Ces dermatites sont difficiles à classer. Pour essayer de mettre un peu d'ordre dans cette question, si embrouillée, M. Brocq divise les affections présentant le syndrome de dermatite polymorphe douloureuse en : 1° dermatites douloureuses chroniques à poussées successives comprenant les sous-variétés objectives : érythémato-papuleuse, érythémato-vésiculeuse, bulleuse, pustuleuse et surtout polymorphe ou typique d'après l'aspect même de l'éruption, aspect qui peut d'ailleurs varier chez un même sujet suivant les phases de la maladie; 2° dermatites polymorphes douloureuses subaiguës ou bénignes, comprenant au point de vue de l'évolution deux groupes secondaires : l'un caractérisé par des attaques successives séparées l'une de l'autre par des intervalles de calme complet (dermatites polymorphes douloureuses subaiguës récidivantes); l'autre caractérisé par une attaque unique, composée de plusieurs poussées éruptives successives presque toujours subintrantes, dont la durée totale est d'un an et demi à cinq mois; 3° dermatites polymorphes douloureuses aiguës; et 4° dermatites polymorphes douloureuses récidivantes de la grossesse ou herpès gestationis.

M. *Kaposi* est convaincu que, lorsqu'on connaîtra mieux la question, on verra qu'on comprend sous le nom commun de dermatite herpétiforme des maladies différentes, n'ayant que quelques points de ressemblance; le groupe que comprend la dermatite herpétiforme ira en se restreignant de plus en plus et finira par disparaître. A l'heure actuelle, on dit dermatite herpétiforme quand on est embarrassé; on dit pemphigus quand on reconnaît l'affection. Le diagnostic de maladie de Duhring est donc un diagnostic d'embarras. Par contre, M. *Unna* est d'avis que la maladie décrite par Duhring existe; c'est bien une entité morbide, caractérisée par des symptômes dont l'importance pour le diagnostic varie dans l'ordre suivant : rechutes spontanées, hyperesthésies, polymorphisme de l'éruption et état général bon. Cette maladie présente quelques variétés que l'on peut comprendre dans les cinq groupes suivants : hydroa commune, simple; hydroa grave; hydroa bénigne ou subaiguë; hydroa gravidarum; hydroa puerorum. Cette dernière variété paraît héréditaire; elle se caractérise par son début pendant la première année, les rechutes fréquentes, le polymorphisme de l'éruption peu accentué, les attaques pendant la saison chaude, la prédominance des douleurs, l'acuité des accès, la dépression de l'état général, l'affaiblissement lent, spontané des accès, la disparition de la maladie à l'âge adulte, la restriction de l'affection sur le sexe masculin. Autant la dermatite herpétiforme est bien établie, autant le pemphigus est obscur.

M. *Brocq* fait observer que, contrairement à l'opinion de M. Kaposi, il n'est pas possible de confondre la dermatite herpétiforme avec le pemphigus; il existe quantité d'éruptions pemphigineuses qu'on ne peut pas ranger dans la méthode de Durhing. D'autre part, on désigne déjà en France, sous l'appellation d'hydroa, l'herpès iris de Bateman; si on accepte le terme hydroa pour la dermatite herpétiforme, il ne faudra plus l'employer pour désigner l'herpès iris, parce que ce sont deux maladies absolument différentes.

Il faut encore signaler des communications : de M. *Jacquel*, sur le bromisme cutané polymorphe; de M. *Wickham*, sur l'anatomie pathologique et la nature de la maladie de Paget; de M. *Darir*, sur les psorospermoses cutanées; de M. *Balzer*, sur les syphilides secondaires du vagin; de M. *Ducrey*, sur le principe contagieux du chancre et sur les bubons et bubonnules; de M. *Quinquaud*, sur le cellulome épithélial éruptif; de M. *de Amicis*, sur un cas de chéloïde vraie ou idiopathique multiple chez une femme névropathique; de M. *Arnozan*, sur les lésions vasculaires dans la sclérodactylie; de M. *Schiff*, sur la guérison rapide des brûlures par l'iodoforme, etc., etc.

OPHTHALMOLOGIE

La première question traitée au cours de la septième session tenue à Paris du 8 au 13 août par la Société française d'ophthalmologie est celle des injections intra-oculaires, soulevée par M. *Nuel*. D'après lui, à l'état normal l'épithélium qui double la membrane de Descemet est continu et les cellules s'envoient l'une à l'autre des prolongements en forme de bâtonnets qui réunissent les noyaux les uns aux autres. Cet état normal est rapidement dérangé par les injections. Les injections d'eau simple amènent une désagrégation des cellules en un quart ou une demi-minute; l'endothélium tout entier se détache, tombe dans la chambre antérieure et se résorbe; les injections de solutions hydrargyriques amènent le même résultat en dix secondes; les solutions boriquées sont relativement inoffensives; la solution salée physiologique n'agit pas. D'où la conclusion que les injections intra-oculaires ne doivent avoir qu'un but mécanique, et que le liquide auquel il convient de donner la préférence, est la solution physiologique de chlorure de sodium.

Il est indifférent, objecte M. *Gayet*, que l'épithélium se desquame s'il doit se régénérer rapidement. Ce qui importe, c'est de pratiquer l'asepsie; l'eau bouillie lui a donné à cet égard

d'excellents résultats. De même à M. *Wicherkiewicz*. Tel est aussi l'avis de M. *Chevallereau* qui, même pour la toilette conjonctivale, préfère l'eau bouillie; le sublimé à 1/2000 donne encore, avec cette pratique restreinte, des troubles cornéens. Les solutions de sublimé mettant au moins deux heures à détruire les microbes conjonctivaux, il ne faut pas compter, suivant M. *Boé*, sur la toilette des culs-de-sac avant l'opération. L'œil ne peut être jamais tenu aseptique comme tout autre région du corps; tous les efforts doivent tendre à précipiter la cicatrisation de la plaie afin de soustraire celle-ci aux causes voisines, certaines, d'infection. M. *Grandclément* dit avoir obtenu des succès dans des cas où les conjonctives étaient enflammées, en lavant l'œil au sublimé, pendant quelques jours d'avance, afin de réaliser une antisepsie complète de la cavité conjonctivale. On ne peut se refuser à l'évidence, ajoute M. *Brunschwig;* la statistique montre qu'on a 4 pour 100 de suppuration avant les lavages et 1 pour 100 seulement avec les lavages. M. *Panas* a toujours eu à se louer de l'emploi de la solution boriquée. M. *Vacher* recommande l'emploi d'un appareil à pression graduée et d'un liquide chaud, le succès des lavages intra-oculaires dépendant uniquement des précautions multiples prises pour les exécuter. M. *Chibret* croit que l'infection de la chambre intérieure, lorsqu'elle existe, provient en majeure partie de l'action mécanique des voiles palpébraux; aussi préfère-t-il verser du liquide antiseptique sur le globe et, par des frictions combinées, faire pénétrer ce liquide dans la chambre antérieure. M. *Abadie* fait remarquer qu'un microbe pathogène peut, suivant certaines conditions déterminées, avoir une virulence excessive ou nulle, et entre ces deux extrêmes, posséder toutes les intensités intermédiaires; d'où la nécessité, si on ne peut pas débarrasser une plaie de tous les microbes pathogènes qu'elle peut renfermer, de rendre ceux-ci aussi inoffensifs que possible. Or, les solutions antiseptiques, si elles n'enlèvent pas la virulence, l'atténuent toujours dans une certaine mesure; c'est pour cela que l'antisepsie sera toujours supérieure à l'asepsie. Quant au lavage de la chambre antérieure, il n'est pas démontré que l'infection s'y produise, elle a plutôt lieu par la plaie, et la preuve c'est que, s'il survient une complication inflammatoire, le meilleur moyen de l'enrayer c'est de cautériser au galvanocautère les lèvres de la plaie sans se préoccuper de ce qui se passe dans la chambre antérieure. D'autre part, si on fait le lavage de la chambre antérieure avec un liquide antiseptique un peu irritant, on s'expose à des altérations indélébiles de la membrane de Descemet. Résumant cette discussion, M. *Motais* fait remarquer que les partisans des lavages intra-oculaires sont loin d'être d'accord. Les uns recherchent exclusivement l'antisepsie; d'autres ne veulent que l'expulsion des masses corticales. M. Panas lui-même affirme qu'il n'y a pas à chercher, dans le lavage intra-oculaire, l'expulsion des masses corticales, que cette expulsion doit être obtenue par des manœuvres bien combinées. D'autre part, les antisepsistes eux-mêmes sont obligés de renoncer à l'antisepsie proprement dite, à cause des troubles de la cornée, et à revenir à l'antisepsie pure comme M. Gayet. Il n'y a donc là rien de bien établi, d'après l'aveu des partisans eux-mêmes du lavage intra-oculaire. Quant aux séries heureuses, on sait qu'il ne faut pas trop s'empresser d'en tirer des conclusions. Pour ceux qui hésitent encore, et le nombre en est grand, ils sont très heureux, sans doute, que des expériences se continuent dans ce sens; mais ils attendront, avant d'accepter une complication nouvelle dans l'opération de la cataracte, que ses avantages soient bien définis et bien démontrés.

Le manuel opératoire de la cataracte a donné lieu à plusieurs communications importantes. Pour les cataractes congénitales, M. *de Wecker* estime que la discision doit être abandonnée; pour ces cataractes et celles des très jeunes enfants, alors qu'il est difficile, avant l'opération, de porter un diagnostic précis sur la qualité de la cataracte et surtout sur l'état de la capsule, il recommande le procédé suivant: avec un couteau lancéolaire coudé, pénétrer au milieu du rayon supérieur de la cornée; l'action de la pince kystitome renseigne alors tout de suite sur l'état de la capsule et du cristallin et, si elle est trop dure pour être dilacérée et enlevée simplement, il faut élargir la plaie cornéenne, pratiquer l'iridectomie et l'extraction complète. M. *Suarez de Mendoza* rend compte des résultats heureux qu'il a obtenus par la suture de la cornée dans l'opération de la cataracte; M. *Gayet* se loue aussi de ce procédé, surtout dans les cas où il se produit une tension oculaire après l'extraction du cristallin ou encore dans ceux où la réduction de l'iris se présente comme difficultueuse; les suites en sont toujours simples. M. *Gillet de Grandmont* et M. *Vacher* s'en sont également servis avec succès. Rappelant les résultats de 80 opérations de cataracte, M. *Bourgeois* recommande l'observance des règles suivantes: 1° l'application minutieuse de l'antisepsie, qui permet d'opérer dans les situations les moins bonnes. Cette antisepsie doit avoir pour but d'aseptiser complètement le lieu de l'opération, le malade, le champ opératoire, les instruments, les mains de l'opérateur et l'œil opéré; 2° l'exécution d'un grand lambeau dans la cornée même; 3° la pratique, à peu près exclusive, de l'opération sans iridectomie; 4° l'extraction d'un lambeau, ou de la totalité de la cristalloïde antérieure. Il présente une pince spéciale à cet effet. D'autres instruments sont également placés sous les yeux des membres du Congrès: un appareil laveur de la chambre antérieure, par M. *Wicherkiewicz*, ainsi qu'un kystitome à crochets inférieurs, pour lequel M. *de Wecker* fait une réclamation de priorité. M. *Galezowski* ne croit pas que l'arrachement capsulaire puisse se faire dans tous les cas, l'état de la capsule peut ne pas le permettre, sous peine d'exposer à des accidents redoutables. Pour M. *E. Martin*, l'idéal de l'opération de la cataracte consiste dans la réunion de l'iridectomie bien faite et de l'arrachement capsulaire. M. *Boucheron* voudrait simplifier encore l'instrumentation de cette opération. Presque tous, dit-il, nous avons abandonné l'iridectomie, qui nécessitait deux instruments et un aide; MM. Galezowski, Gayet, etc., nous ont proposé la suppression du kystitome, instrument assez délicat à antisepsier. On peut aussi supprimer la curette expultrice, les spatules, stylets ou autres objets usités au même usage et les remplacer par le dos du couteau de Graefe, qui en remplit parfaitement les fonctions dans la plupart des cas. Ces suppressions acceptées, l'opération de la cataracte est pratiquée sans iridectomie, sans kystitome, ni curettes spéciales; mais seulement avec le couteau de Graefe servant à l'incision, à la kystotomie, et, par son dos, à l'expulsion du cristallin. Ainsi faite, l'opération acquiert un degré de plus en élégance, sécurité et rapidité.

M. *Abadie* fait une communication sur les formes cliniques de l'ophthalmie sympathique. Il en distingue deux variétés, suivant que cette affection est d'origine infectieuse, transmise par continuité de tissu ou qu'elle a pour agent de transmission les nerfs ciliaires. Dans l'ophthalmie sympathique infectieuse, le processus débute dans le second œil par le nerf optique; il y a d'abord névrite, puis trouble du corps vitré; le tractus uvéal et, en particulier, l'iris, ne sont pris que tardivement. Dans la forme réflexe, il en est tout autrement. Le fond de l'œil est encore absolument normal et les troubles fonctionnels nuls, que déjà une vive injection péri-kératique se produit surtout au niveau du point symétriquement lésé; dans le premier œil la douleur est vive à ce niveau; contrairement à ce qui a lieu dans la forme précédente, les phénomènes morbides sont plutôt d'abord extra-oculaires et la désorganisation s'effectue de dehors en dedans, d'avant en arrière. Au point de vue pathogénique, la première variété reconnaît pour cause une plaie infectieuse de la région ciliaire, la seconde a pour point de départ des enclavements iriens, capsulaires ou des tiraillements de filets nerveux. Dans la forme infectieuse, il faut attaquer d'abord le foyer pathogène où se produit la pullulation microbienne; avant de procéder à l'énucléation, on peut essayer d'attaquer la plaie avec un galvanocautère fin et de la fouiller dans tous les recoins; il faut, en outre, pratiquer l'évacuation de l'humeur aqueuse par paracentèse et prescrire toujours les frictions mercurielles locales et générales. Si l'œil blessé est définitivement perdu et entraîne une difformité choquante, il faut l'énucléer; mais l'énucléation ne suffit pas. Les désastres signalés à la suite de l'énucléation par les médecins anglais tiennent peut-être à ce qu'ils se sont bornés à cette pratique, et qu'ils ont négligé l'emploi des frictions mercurielles. Quand il s'agit d'une ophthalmie sympathique d'origine réflexe, il faut agir autrement. La transmission s'effectuant par l'intermédiaire des nerfs ciliaires, il faut les sectionner entre la plaie et les centres nerveux et pratiquer, dès lors, une sclérotomie rétro-cicatricielle.

Pour M. *Panas*, l'énucléation est très efficace pour prévenir l'ophthalmie sympathique, et c'est alors une opération radicale; mais on sait que, malheureusement, cette opération devient inutile quand l'ophthalmie sympathique est déclarée. L'énucléation dans ces circonstances n'arrête pas le mal, et peut même l'aggraver; ce qu'il faut faire en pareil cas, c'est traiter la maladie, et

le premier, on pourrait dire le seul traitement, est l'emploi des mercuriaux. Quant à la forme réflexe de cette maladie, si elle existe, c'est ici surtout que l'énucléation doit être de mise, car elle aura pour effet de supprimer la source du réflexe.

M. *Dransart* n'a jamais vu l'ophthalmie sympathique déclarée céder à l'énucléation; aussi, quand un œil est irrémédiablement perdu par le fait du traumatisme, n'hésite-il pas à l'enlever préventivement. Quant aux cataractes traumatiques, il ne partage pas les craintes de M. *de Wecker*, et il croit qu'il faut les opérer tôt pour éviter les accidents glaucomateux qu'elles peuvent occasionner. M. *Reymond* a traité avec succès les ophthalmies sympathiques, par des injections sous-conjonctivales de sublimé de 1/2000 à 1/1500.

M. *Grandclément* pense que l'ophthalmie sympathique est due à un microbe spécial, lequel ne peut pulluler que dans un seul terrain, le corps ciliaire. Protéger celui-ci du contact de l'air, telle doit être la première précaution à prendre, dans les plaies du globe, pour se prémunir sûrement contre l'ophthalmie sympathique. Comment alors expliquer, objecte M. *Brunschwig*, les ophthalmies sympathiques qui surviennent quand l'énucléation a laissé derrière elle une petite portion de coque oculaire? Un fait curieux est rappelé par M. *Libbrecht :* dans les accidents de chasse, le plomb, étant antiseptique, ne produit que rarement l'ophthalmie sympathique; cette affection est donc uniquement due à une infection.

M. *Motais* considère la myopie comme une conséquence de la loi générale d'adaptation de nos organes aux fonctions qu'ils remplissent habituellement. Par quel mécanisme se produit cette adaptation? On est loin d'être fixé à ce sujet; deux théories principales sont en présence: 1° la théorie de l'accommodation, elle paraît vraie dans une certaine mesure; mais le muscle ciliaire ne peut intervenir que par une modification de nutrition du globe due à des tiraillements excessifs des fibres roulées sur la choroïde et non à une action mécanique; 2° la théorie de la compression par les muscles extrinsèques.

Le muscle en contraction, d'après une première hypothèse, en redressant sa courbe d'enroulement, comprimerait le globe vers l'équateur. Cela est inexact; une compression de ce genre est rendue impossible, non seulement à l'extrême limite de la rotation, comme l'ont démontré MM. Ténon et Bonnet, mais dès le début et pendant toute la durée de la contraction. Il a établi, en effet, que l'aileron exerce immédiatement une traction excentrique sur le muscle dès que celui-ci entre en action, traction dont l'énergie augmente proportionnellement à celle de la contraction musculaire. Le muscle antagoniste, au contraire, s'enroule réellement sur le globe. On peut apporter, en effet, des preuves directes que la disposition de l'aileron devient ici inverse, qu'il se relâche au lieu de se tendre et permet au muscle antagoniste de s'enrouler sur le globe qu'il comprime. Mais, si le globe est refoulé d'un côté par le muscle antagoniste, il faut qu'il soit soutenu de l'autre pour que la fixité du centre de rotation ne soit pas compromise. Il est, en effet, soutenu par l'aponévrose commune qui participe à la traction exercée par le muscle en action et se tend comme une toile concave élastique pour soutenir le globe. Il en faut conclure que le tiraillement excessif de la choroïde dans une accommodation trop longtemps soutenue, produit d'abord une modification de nutrition de la sclérotique dont elle diminue la résistance. L'action compressive des muscles extrinsèques et de la capsule s'exerce ensuite et produit l'allongement myopique de l'œil. Il en résulte comme conclusions pratiques qu'il importe d'empêcher, soit par une bonne hygiène, soit par des verres appropriés, une convergence exagérée. Dans les cas de myopie progressive, on diminuera l'enroulement du muscle droit externe et la compression consécutive du globe par une ténotomie de ce muscle. Cette opération est aussi bien justifiée par la théorie que par la pratique.

M. *Dransart* entretient le Congrès de certaines amblyopies et atrophies du nerf optique d'origine rhumatismale; M. *Teillais*, de cas d'héméralopie qu'il place sous la dépendance d'altérations du système vasculaire rétinien; M. *Prouff*, de l'étiologie musculaire du strabisme concomitant amétropique; M. *Trousseau*, de l'identification du lupus et de la tuberculose oculaire; M. *Calderon*, d'un cas de double névrite optique produite par un kyste hydatique intra-cérébral, du volume d'une mandarine, développé dans le venticule latéral gauche; M. *Parisotti*, du traitement de la syphilis oculaire par les injections de calomel à la dose de 30 centigrammes dans l'épaisseur des muscles fessiers.

M. *Valude* présente une série de prismes, fabriqués en France par MM. *Benoist* et *Berthinet*, et établis avec la plus grande exactitude d'après l'angle de déviation minimum (vérifiés au goniomètre); la série s'étend de 0°,50 à 15 degrés, avec des intermédiaires d'un demi-degré entre le 0°,50 et le prisme de 5 degrés. M. *Landolt* montre une planche d'objets types peints en noir émaillé sur de la porcelaine blanche. Ces objets types se composent: 1° d'une figure rayonnée (un demi-cercle) pour l'astigmatisme; 2° de lettres établies suivant une série régulière et d'un usage plus commode que celles employées jusqu'ici.

ALCOOLISME

Deux questions ont principalement occupé le Congrès pour la répression de l'alcoolisme : la première, concernant les rapports entre l'accroissement de la consommation de l'alcool et le développement de la criminalité et de la folie; la seconde, les moyens légaux de prévenir les ravages exercés par l'alcoolisme. L'une et l'autre ont été traitées dans maintes réunions depuis plusieurs années; il est à souhaiter qu'elles reçoivent enfin une solution effective de la part des pouvoirs publics.

Les chiffres qu'a réunis M. *Yvernes*, rapporteur de la première question, d'après les statistiques officielles de chaque nation, démontrent une fois de plus que la criminalité et l'aliénation suivent une marche parallèle à la consommation de l'alcool; plus le nombre des débits de boissons est grand, plus la consommation de l'alcool par tête d'habitant est élevée. Faut-il donc diminuer le nombre des débits? A priori, on serait tenté de croire que personne ne s'y oppose. Cependant, il est un certain nombre de faits qui plaident contre cette manière de voir : M. *Cauderlier* déclare qu'en Hollande, la loi a spécifié que le nombre des cabarets ne devrait jamais dépasser un maximum déterminé; cependant, l'alcoolisme, la folie et la criminalité n'ont pas diminué. Dans le canton de Turgovie, d'après M. *Milliet*, il y a beaucoup de débits et peu d'alcooliques, tandis que dans le canton de Berne, avec un nombre très restreint de cabarets, le chiffre des alcooliques est considérable. Le même fait est constaté en Moldavie, aux dires de M. *Iscovesco*. D'autre part, M. *Petitbon* est d'avis que si l'on supprime la tentation de boire en restreignant le nombre des débits, on a grande chance de diminuer la consommation des alcools. Tous ces moyens plus ou moins répressifs semblent insuffisants pour résoudre le problème de l'alcoolisme, car il touche en même temps au régime économique et financier de chaque pays. La diminution du grand nombre des cabarets présentant dans la pratique de grandes difficultés, on a vu préconiser à la fin l'augmentation de la patente, l'imposition plus élevée, la production des spiritueux par l'État, l'action morale des Sociétés de tempérance, etc., etc. Le Congrès a finalement été d'avis que : 1° l'accroissement de la consommation de l'alcool est une des causes principales du développement de la criminalité et de la folie; 2° la diminution du nombre des débits étant un des moyens de réduire la consommation de l'alcool, le Congrès émet le vœu de voir les gouvernements prendre des mesures pour restreindre le nombre des cabarets.

Dans quels cas la justice peut-elle avoir à intervenir pour punir l'alcoolique? M. *Motet* établit à cet égard trois catégories d'alcooliques, suivant que l'ivresse est simple non pathologique, pathologique sans lésions cérébrales, et pathologique avec lésions incurables du cerveau. L'ivresse devient punissable, aussi bien que les délits ou les crimes commis sous son influence, lorsqu'elle est simple et qu'il était au pouvoir du délinquant de l'éviter; elle est encore punissable lorsque l'excitation alcoolique a été recherchée pour fournir l'appoint de détermination nécessaire pour commettre un crime ou un délit. Elle est enfin punissable, mais avec un degré d'atténuation qu'il appartient aux magistrats de déterminer, chez des individus faibles d'intelligence, chez lesquels la tolérance pour les boissons alcooliques est diminuée par la condition d'infériorité de leur organisation cérébrale; elle ne saurait être excusable lorsque ces individus savent qu'ils ne peuvent pas boire sans danger, et ce cas est plus fréquent qu'on ne le suppose. Par contre, les délits ou les crimes ne peuvent pas être punis lorsqu'ils ont été commis pendant la période délirante aiguë ou subaiguë d'un accès d'alcoolisme; il en est de même pour l'alcoolisme chronique, à l'heure où des lésions cérébrales définitives ont compromis l'intégrité de l'organe et déterminé le trouble durable de ses fonctions.

M. *Duverger* croit que la crainte d'être l'objet d'une poursuite civile en interdiction ou en demi-interdiction, pour perte totale ou partielle du libre arbitre par l'usage abusif de l'alcool, pourrait agir comme moyen préventif de l'alcoolisme ; il en serait de même, à plus forte raison, de la crainte d'être enfermé comme fou ou demi-fou, dans un établissement spécial. En effet, l'interdiction ou l'internement des alcoolisés, propositions déjà faites au Congrès de Bruxelles en 1880, où elles avaient été l'objet d'une vive opposition de la part des délégués français, constitueraient une peine devant laquelle beaucoup d'individus seraient tentés de réfléchir avant de s'adonner à l'alcoolisme. La loi française et celles des pays qui ont suivi le Code Napoléon contiennent malheureusement à ce sujet une véritable lacune, car le ministère public n'a pas d'action pour provoquer l'interdiction ou l'internement des alcooliques, à moins que ces derniers ne donnent lieu à des manifestations extérieures (accès de fureur, propulsion homicide, etc.).

Tout en approuvant cette manière de voir, MM. *Fournier* et *Petitbon* estiment qu'il faudrait alors avoir bien soin de tenir compte des distinctions faites par M. Motet et de n'appliquer l'interdiction qu'aux malades de la deuxième catégorie et l'internement qu'à ceux de la troisième (aliénés alcooliques). D'autres se bornent à demander la création d'asiles spéciaux pour les alcooliques; bien que ces asiles doivent être soit des asiles d'Etat et alors il y aura dépense pour le Trésor public, soit des asiles privés où les pauvres ne pourront être admis. Aussi le Congrès adopte-t-il les résolutions suivantes : 1° la présence dans la société d'individus en état d'ivresse simple, d'ivresse pathologique ou d'alcoolisme chronique, étant un danger pour l'individu, pour sa famille, pour la société, le Congrès émet le vœu que des mesures judiciaires soient prises pour autoriser l'internement d'office de ces individus dans des établissements spéciaux où ils seront soignés; leur sortie sera ajournée tant qu'ils seront suspects de rechute, et ne pourra être prononcée que d'après l'avis du médecin traitant; le traitement sera un traitement *répressif* et le malade sera soumis au travail obligatoire ; enfin une statistique judiciaire et administrative sera publiée indiquant les résultats obtenus par ce mode de traitement; 2° comme il a été décidé par le Congrès de Bruxelles en 1881, l'alcoolique chronique, qui a perdu en tout ou en partie son libre arbitre, peut être, de par la réquisition du ministère public, interdit en tout ou en partie et placé dans un établissement spécial.

L'étude des boissons saines qu'il y a lieu de donner à nos populations était la conclusion obligée des questions examinées d'abord par le Congrès. Ici les opinions se sont partagées suivant les habitudes et les productions agricoles des pays représentés; néanmoins, sur la proposition de M. *Dujardin-Beaumetz*, on s'est mis d'accord pour reconnaître que tous les alcools, en dehors de l'alcool éthylique, sont des toxiques, que l'*alcool éthylique* lui-même pourrait être un toxique pris à une dose plus élevée; il y a lieu de demander que : les alcools impurs soient absolument interdits comme boissons par les gouvernements; que les alcools purs soient frappés de droits très élevés qui en restreignent l'usage; que les boissons saines, comprenant les boissons fermentées, vins, cidres, poirés, bières naturelles, soient dégrevés, ainsi que le thé et le café; que des laboratoires d'analyses soient créés dans les centres industriels et fassent les analyses gratuitement, et que les Sociétés de tempérance encouragent les classes ouvrières à boire des liquides sains et non frelatés, et protègent les cantines qui consentiraient à ne délivrer que des boissons naturelles et non alcooliques.

Comment reconnaître les falsifications des boissons alcooliques? Les méthodes d'analyses sont nombreuses, délicates, et il y a lieu de craindre que le prix proposé par le gouvernement français pour récompenser l'auteur d'un procédé à la fois simple, facile et sûr, ne soit pas de sitôt décerné. Les progrès de la chimie nécessitent chaque jour des procédés de recherches nouveaux; M. *Bardy* classe ces procédés en trois groupes, suivant qu'ils donnent naissance à une réaction colorée, qu'ils produisent ces trois fonctions chimiques, ou enfin qu'ils sont basés sur les propriétés physiques des impuretés. C'est à la méthode de Rose qu'on peut, jusqu'à nouvel ordre, accorder la préférence. M. *Roux*, cherchant à démontrer que les alcools fournis par les industriels, notamment en Allemagne, sont des produits d'une pureté extraordinaire et que la force industrielle d'un pays est en rapport avec sa consommation d'alcool, MM. de *Vaucleroy* et *Causdelier* font tout d'abord remarquer que si l'industrie fabrique des alcools très purs, c'est à l'usage de la parfumerie, mais non pour la consommation. M. *Dujardin-Beaumetz*, d'autre part, rappelle qu'en ce qui concerne la prétendue innocuité des produits allemands, on sait que les bouquets de vin et de liqueur, fournis par l'industrie allemande pour être incorporés à des alcools inférieurs, sont des produits éminemment toxiques, ainsi que l'ont prouvé les expériences de MM. Magnan et Laborde; l'analyse chimique, d'ailleurs, les décèle facilement. La force d'un pays n'est pas due à l'alcool, mais il est vrai que, partout où un centre industriel se forme, il vient aussitôt s'établir un cabaret; il faut donc renverser les termes de la proposition précédente.

MÉDECINE MENTALE

M. *J. Falret* lit un rapport sur les obsessions avec conscience (intellectuelles, émotives et instinctives). Les diverses variétés de ces obsessions ont des caractères communs qui peuvent se résumer ainsi : 1° elles sont toutes accompagnées de la conscience de l'état de maladie; 2° elles sont héréditaires; 3° elles sont essentiellement rémittentes, périodiques ou intermittentes; 4° elles ne restent pas isolées dans l'esprit, à l'état monomaniaque, mais elles se propagent à une sphère plus étendue de l'intelligence et du moral, et sont toujours accompagnées d'angoisse ou d'anxiété, de lutte intérieure, d'hésitation dans la pensée et dans les actes, et de symptômes physiques de nature émotive plus ou moins prononcés; 5° elles ne présentent jamais d'hallucinations; 6° elles conservent leurs mêmes caractères psychiques pendant toute la vie des individus qui en sont atteints, malgré des alternatives fréquentes et souvent très prolongées de paroxysmes et de rémissions, et ne se transforment pas en d'autres espèces de maladies mentales; 7° elles n'aboutissent jamais à la démence ; 8° dans quelques cas rares, elles peuvent se compliquer de délire de persécution ou de délire mélancolique anxieux, à une période avancée de la maladie, tout en conservant leurs caractères primitifs.

M. *Cotard* estime que, dans le phénomène du délire, il y a lieu de tenir compte de l'action autonome automatique des images motrices et sensorielles; les idées de force, de puissance, etc., dérivent toujours d'une augmentation de l'énergie motrice. En effet, comme le fait observer M. *Gilbert-Ballet*, des phénomènes moteurs accompagnent presque toutes les réactions de notre cerveau : entre ces deux ordres de faits il existe une association étroite. Mais subordonner constamment l'état mental aux phénomènes moteurs, c'est peut-être aller un peu loin. Il faut aussi, d'après M. *Charpentier*, tenir compte dans ce phénomène de l'influence coordinatrice, influence supérieure du moins sur les activités sensorielles et motrices; d'ailleurs l'obsession peut se rencontrer dans toutes les maladies mentales; elle ne peut en caractériser aucune.

M. *G. Lemoine* appelle l'attention sur la paralysie générale d'origine arthritique ou rhumatismale. Sur trente paralytiques généraux, il en a vu au moins dix chez lesquels il eût été impossible de retrouver une autre notion causale que l'arthritisme. Outre du rhumatisme antérieur, on trouvait chez eux le cortège habituel des manifestations arthritiques, l'emphysème, les bronchites à répétition, les migraines, l'eczéma, etc. Chose remarquable, ces désordres constitutionnels tendaient à s'atténuer ou à disparaître au moment de l'éclosion des troubles cérébraux, et chez un de ses malades, il a observé une alternance parfaite d'une affection cutanée et des perturbations cérébrales. Ces paralysies générales rhumatismales ont le caractère ordinaire de la paralysie générale à forme de folie congestive; il est à remarquer qu'elles surviennent d'assez bonne heure. Quand chez un arthrique qui a des migraines, on voit se produire fréquemment des poussées congestives du côté du visage, il faut se méfier; survienne une cause occasionnelle, des excès d'alcool ou un surmenage vénérien, le mal éclatera. Il est possible, d'après M. *Charpentier*, que la paralysie générale affecte chez des arthritiques une physionomie spéciale; il est inexact d'affirmer la précocité des accidents en pareil cas, il vaut mieux insister sur la fréquence relative des othématomes chez les paralytiques généraux arthritiques. Ne vaut-il pas mieux, ajoute M. *Legrain*, invoquer en bloc l'hérédité névropathique ou névro-arthritique, que la seule hérédité arthritique? Il ne faut pas négliger surtout la recherche des antécédents vésaniques. Il faudrait aussi, d'après M. Laurent, se

garder éventuellement d'une confusion entre les arthropathies nerveuses, qui peuvent se montrer au cours de la paralysie générale, et le rhumatisme vrai. D'après M. *Doutrebente*, la vérité se trouve toujours dans les propositions suivantes : en opposition à l'hérédité vésanique, les paralytiques généraux ont une hérédité spéciale que j'ai appelée hérédité des tendances congestives. Ils sont, en effet, fils d'arthritiques, et l'on voit souvent les premiers symptômes de congestion encéphalique succéder à la suppression d'un flux hémorrhoïdaire. Peut-être même la menstruation peut-elle rendre compte de la rareté relative de la paralysie générale chez la femme avant la ménopause. Les individus qui font la paralysie générale commune sont des congestifs et l'on trouve encore des congestifs chez leurs ascendants. Il y a bien des paralytiques généraux qui ont de l'hérédité vésanique. Mais ceux-là font une maladie à part, qui dure non plus un an, deux ans, mais dix et vingt ans, une maladie qui débute souvent par un type circulaire et est traversée par de longues rémissions.

Pour M. *Pierret*, l'arthritisme est difficile à définir; on sait d'abord qu'au point de vue de l'hérédité l'arthritisme occupe à coup sûr le premier rang ; bien plus, il constitue la somme d'une foule de manifestations qui appartiennent toutes à la même famille. C'est le cycle arthritico-nerveux dans lequel se trouvent côte à côte la migraine, l'épilepsie, la goutte, l'hystérie, le rhumatisme, le diabète, etc. Il comprend aussi l'athéromasie précoce, les artérites avec angines de poitrine, le tout en raison d'inflammations de nature particulière. Pour ne prendre en considération que les formes massives du rhumatisme, on voit d'abord la forme suraiguë du rhumatisme cérébral, puis la forme subaiguë (manies rémittentes) alternant avec les manifestations articulaires. Pour ces diverses formes on peut aisément invoquer des localisations inflammatoires sur les méninges, les vaisseaux, etc. Mais la question présente une autre face, les arthritiques sont fréquemment des dyspeptiques, ils ont des dilatations de l'estomac, des troubles des fonctions intestinales ; d'autre part, leur foie surmené cesse de s'opposer à l'introduction des poisons dans l'organisme. Par là se réalise une seconde condition pathogénique des accidents nerveux chez les arthritiques. Cette condition, c'est l'empoisonnement secondaire. Les arthritiques font, d'une part, de la mauvaise chimie élémentaire et, de plus, ils sont soumis à des intoxications secondaires. C'est là une grande difficulté dans l'interprétation des troubles psychiques observés : délire aigu, manie, mélancolie, mais c'est aussi l'espérance, lointaine encore, il est vrai, de trouver des moyens thérapeutiques en se fondant sur la connaissance de ce double facteur pathologique.

M. *Ledoux* signale à ce sujet, un cas d'érythropsie (vue rouge) dans la paralysie générale.

La statistique démontre, d'après M. *P. Garnier*, que le nombre des aliénés à Paris s'est accru pendant ces dernières années dans de fortes proportions, la fréquence de la folie ayant augmenté, de 1872 à 1888, de 30 pour 100 environ. L'aliénation mentale est plus commune chez l'homme que chez la femme (hommes, 55,61 pour 100; femmes, 44,38 pour 100, statistique générale de la préfecture de police). Le rapport d'accroissement de la folie pour les deux sexes, dans la dernière période triennale 1886-1888, se traduit ainsi : hommes, 59,35 pour 100; femmes, 40,64 pour 100.

La folie, considérée dans l'ensemble de ses modalités et envisagée sous le rapport de son mouvement mensuel, atteint régulièrement chaque année son maximum de fréquence en juin et semble être favorisée dans ses manifestations extérieures et son développement, aussi bien chez l'homme que chez la femme, par une influence saisonnière vernale. L'augmentation des cas d'aliénation mentale dans ces dernières années est, avant tout, le fait de ces deux types morbides dont la fréquence est en très rapide progression : la folie alcoolique et la paralysie générale. Les psychoses essentielles comme la manie, la mélancolie, le délire chronique ou psychose systématique progressive, restent à peu près stationnaires et sont, en général, deux fois plus communes chez la femme que chez l'homme.

La progression de la folie alcoolique est à ce point rapide, que sa fréquence est aujourd'hui deux fois plus grande qu'il y a quinze ans et que les séquestrations dont elle est responsable ont augmenté de 26 pour 100 dans le cours de cette dernière période triennale (1886-1888). Elle forme aujourd'hui à elle seule près du tiers des cas d'aliénation mentale observés à l'infirmerie spéciale. La femme a sa participation proportionnelle dans cette augmentation, et cette participation tend à devenir de plus en plus considérable; représentée, il y a quinze ans, par un sixième, elle est aujourd'hui d'un cinquième. La folie alcoolique est soumise, dans son degré de fréquence, à de fortes variations mensuelles; ce n'est pas à l'époque des mois les plus chauds qu'elle atteint ses plus hauts chiffres. La recrudescence paraît se rapporter à une influence saisonnière vernale, le trimestre du printemps étant le plus chargé avec maximum mensuel en juin.

L'observation des modalités délirantes de l'alcoolisme prouve que les réactions qui se développent sous son influence sont de jour en jour plus violentes, plus attentatoires à la vie des personnes, conséquences qu'il est légitime d'attribuer à la toxicité des alcools d'industrie actuellement en usage.

La paralysie générale qui est, avec la folie alcoolique, la forme morbide dont l'accroissement est le plus accéléré, figure pour 12,27 pour 100 dans le total des malades enregistrés au Dépôt. En quinze ans, sa fréquence a plus que doublé. Elle tend à devenir proportionnellement plus commune chez la femme; le rapport, qui était autrefois de : hommes, 79,60 pour 100, et femmes, 21,39 pour 100, est aujourd'hui : hommes, 71,17 pour 100, et femmes, 28,82 pour 100. Comme l'aliénation mentale en général, comme la forme alcoolique, mais plus encore que toute autre forme morbide, la paralysie générale est plus commune au printemps. La recrudescence se place en mai et est très nettement vernale. La comparaison entre les graphiques, qui marquent l'accroissement simultané de la folie alcoolique et de la paralysie générale, établit que leur progression est nettement corrélative. Dans la solidarité de leur marche envahissante, paraît nettement se traduire l'influence étiologique de l'alcoolisme sur le développement de l'encéphalite interstitielle.

M. *Ball* ne pense pas qu'on soit autorisé à dire, en s'appuyant sur la statistique, que l'augmentation du nombre des paralytiques généraux est la conséquence des progrès de l'alcoolisme. Il ne lui serait pas difficile d'invoquer des chiffres, qui seraient en complète contradiction avec ceux de M. Garnier. Ainsi, il y a deux départements en France, le Finistère et le Calvados, où l'alcoolisme règne en souverain maître, et cependant la paralysie générale y est presque inconnue. La même remarque s'applique à l'Écosse et à l'Irlande. Au contraire, en Angleterre où l'alcoolisme est beaucoup moins répandu, les paralytiques généraux sont assez nombreux; en Suède, le pays par excellence de l'alcoolisme, la paralysie générale est inconnue. On ne peut donc pas soutenir que la paralysie générale dérive de l'alcoolisme et seulement de l'alcoolisme. Le rôle de l'alcoolisme sur la genèse des maladies en général est assez considérable sans qu'on y ajoute celles dont il est innocent. De ce nombre est la paralysie générale; ce qui le prouve encore, c'est la divergence d'opinions qui existent à cet égard. A côté de ceux qui l'attribuent à l'alcoolisme, il en est d'autres qui invoquent la syphilis, l'arthritisme, le surmenage, etc. Dans toute la Bretagne, fait observer M. *Taguet*, les ivrognes abondent et cependant les alcooliques et les paralytiques généraux y sont inconnus. A Marseille, depuis quelques années, l'alcoolisme a augmenté dans des proportions considérables : le nombre des paralytiques généraux, au contraire, est resté stationnaire. La statistique de M. Garnier a été dressée au dépôt de la préfecture de police, où, d'après M. *Régis*, les conditions dans lesquelles s'y présentent les malades, permettent rarement de porter un diagnostic irrévocable.

Cependant, c'est, suivant M. *Semal*, une erreur de croire, comme l'a dit M. Ball, que l'alcoolisme soit très répandu en Suède; depuis la nouvelle loi fiscale qui a surélevé les droits sur l'alcool, l'ivrognerie a complètement disparu de ce pays; il n'est donc pas très surprenant qu'on n'y rencontre pas de paralytiques généraux.

M. *Garnier* réplique qu'il n'a pas eu la prétention d'attribuer seulement aux progrès de l'alcoolisme l'accroissement du nombre des paralytiques généraux; il estime, comme M. Ball, que cet accroissement est dû à des causes multiples, mais il ne peut s'empêcher de voir une certaine corrélation entre la progression de ces deux maladies, progression simultanée qu'il est utile de signaler.

M. *Régis* relate quatre observations de lypémanie hypocondriaque présentant, au point de vue du délire, les plus grandes analogies avec la paralysie générale au début à forme dépressive.

Des communications sont faites : par M. *Camuset*, sur deux observations, chez deux dégénérés héréditaires, d'impulsion consciente à des actes violents vis-à-vis d'eux-mêmes; par

M. *Tissié*, sur un cas d'obsession intellectuelle et émotive guérie par la suggestion renforcée et par le parfum du corylopsis, l'isolement et les douches; par M. *Sollier*, au nom de M. Bourneville et au sien, sur la porencéphalie, qui est le résultat d'un arrêt de développement, et sur la pseudo-porencéphalie consécutive à un processus distinctif survenu soit pendant la vie intra-utérine, soit plus tard; par M. *Camescasse*, sur un mémoire sur la microcéphalie, avec présentation d'un grand nombre de photographies et de moulages de cerveaux d'hydrocéphales; par M. *Korsakoff*, sur une forme particulière de maladie mentale combinée avec la névrite multiple dégénérative.

M. *J. Morel* propose, au nom de la Société de médecine mentale de Belgique, la classification suivante pour dresser une statistique internationale des maladies mentales : 1° manie (délire aigu); 2° mélancolie ; 3° folie périodique (folie à double forme), etc.; 4° folie systématisée progressive; 5° démence vésanique; 6° démence organique et sénile; 7° paralysie générale; 8° folies névrosiques (hystérie, épilepsie, hypocondrie, etc.); 9° folies toxiques; 10° folie morale et impulsive; 11° idiotie, etc. Cette statistique est adoptée par le Congrès, après quelques discussions de détail.

PSYCHOLOGIE PHYSIOLOGIQUE

Les communications intéressant directement la médecine se sont forcément trouvées peu nombreuses, dans ce Congrès d'un caractère si spécial, et qui s'est divisé en trois sections consacrées l'une à l'étude des hallucinations, l'autre à l'étude de l'hérédité et la dernière à l'étude de l'hypnotisme.

Une enquête sur les hallucinations, analogue à celles qui ont été tentées depuis longtemps en Angleterre et en Amérique, vient d'être entreprise par M. *Marillier* afin de connaître la fréquence des hallucinations chez les personnes saines. Il a envoyé à un grand nombre de personnes appartenant à des conditions très diverses deux questionnaires. Au premier il faut répondre par oui ou par non à la question suivante : Avez-vous éprouvé, après vingt ans, en dehors de la maladie ou de la fièvre, une impression, par la vue, l'ouïe ou le toucher, d'objets vivants ou inertes non réels? La seconde question, adressée seulement aux personnes qui ont répondu oui à la première, demande de préciser les détails les plus circonstanciés sur les caractères de l'hallucination éprouvée. M. Marillier espère parvenir à obtenir des renseignements suffisantes sur les hallucinations véridiques ou télépathiques, qui ont pour caractère de correspondre exactement à un fait réel se passant au même instant à une distance plus ou moins grande du sujet halluciné. M. *Tigerstedt* voudrait qu'on publiât aussi le récit de l'hallucination fait par le sujet. M. *Pierre Janet* propose que les questionnaires ne soient envoyés qu'à des médecins ou à des psychologues compétents en la matière ; et que l'on soit moins rigoureux au point de vue de l'état de santé des sujets, tout en notant en regard de chacun d'eux l'affection dont ils paraissent atteints.

M. *Binet* a fait des expériences pour démontrer que l'intensité des sensations est un des facteurs principaux qui règlent la répartition des phénomènes entre les deux personnalités. Les sensations les plus intenses sont seules perçues par la première, les moins intenses sont recueillies par la seconde. Lorsque l'on présente à l'œil d'une hystérique un petit carré de papier rouge sur un fond blanc, s'il n'a que 2 millimètres de côté, elle ne le voit pas; s'il a 4 millimètres de côté, elle le distingue parfaitement. La sensation la plus intense est donc seule perçue; la moins intense ne l'est pas : elle est recueillie par la personnalité inconsciente. Autre expérience plus nette encore: on fait lire à une hystérique les lignes du tableau de Wecker, elle a une acuité visuelle de 1/2; si on consulte l'inconscient, que l'on peut faire répondre par l'écriture automatique, on lui trouve une acuité visuelle de 3/4. Il a donc une acuité visuelle plus grande, il peut lire des caractères que la personnalité consciente ne voit pas.

Étudiant le rôle des centres moteurs chez les jeunes animaux, M. *Herzen* a vu que, si on enlève sur un chien nouveau-né les centres corticaux moteurs du gyrus sigmoïde d'un côté, il ne se produit aucun symptôme. Plus l'animal est jeune, plus les symptômes disparaissent rapidement. Si l'on pratique plus tard la même opération du côté opposé, plus l'animal était jeune au moment de la première, moins les symptômes de la seconde sont marqués. En faisant la première opération sur le chien nouveau-né et la deuxième au bout de deux mois, il ne se produit aucun symptôme; cette expérience prouve que, en cas d'ablation d'un gyrus sigmoïde, ce n'est pas le gyrus sigmoïde du côté opposé qui lui supplée, mais bien un centre secondaire du même côté, qui, en l'absence du centre supérieur, le remplace.

M. *de Varigny* cite un cas d'audition colorée. M. *Gruber* cite le cas d'un étudiant pour lequel les lettres avaient non seulement une couleur, mais même une saveur spéciale. M. *Benedikt* attribue ces cas aux relations nerveuses de différents nerfs sensifs avec le trijumeau. M. *Ch. Richet* présente un chien atteint de cécité psychique expérimentale.

Les expériences entreprises par M. *Danilewski* sur un grand nombre d'animaux d'espèces variées lui permettent d'affirmer que l'hypnotisme des animaux consiste en une sorte de paralysie de la volonté, par une sorte de renoncement à la lutte devant une force supérieure ; il est d'autant plus complet que le cerveau est plus apte à sentir sa défaite, c'est-à-dire plus développé. Chez l'homme, c'est la concentration de l'attention qui joue le rôle de la violence extérieure, douce et continue chez les animaux.

D'ailleurs tout est-il donc suggestion dans l'hypnotisme, comme le voudrait M. Bernheim? M. *Ochorowicz* ne saurait être de cet avis : chez certains sujets, on guérit par l'hypnose des maladies qu'on n'avait pas en vue. L'hypnotisme chez les enfants, chez les animaux, ne peut être expliqué par la suggestion. Pour M. *Bernheim*, toutes les actions physiques dont on parle : aimant, métaux, fluide neurique, semblent fort discutables, l'action psychique, la suggestion semble seule certaine et acquise. L'hypnotisme qu'on obtient chez les animaux n'est évidemment pas produit par suggestion, mais aussi il n'est nullement comparable au sommeil provoqué chez l'homme. C'est une véritable stupeur cérébrale, semblable à celle que l'on rencontre quelquefois dans la fièvre typhoïde. Chez les enfants, l'hypnotisme n'est possible que quand ils sont arrivés à l'âge de raison. M. Liébault a obtenu, il est vrai, l'hypnose chez des enfants en très bas âge, presque à la mamelle, mais, là encore, il devait y avoir une sorte de suggestion vague, comprise par l'enfant, et le fluide n'y était pour rien. Cependant, objecte M. *Gilbert-Ballet*, lorsque l'hypnose est obtenue brusquement par un coup de tam-tam, ou par un rayon lumineux subit, il est bien difficile d'admettre qu'il y ait là suggestion; l'effet obtenu est si rapide qu'il n'y a pas place pour un jugement compliqué entre la cause et le résultat obtenu. En ce cas, réplique M. *Bernheim*, les malades ont déjà été endormis une première fois par ce procédé ; c'est un rappel immédiat d'un travail suggestif antérieur. M. *Pierre Janet* cite deux cas dans lesquels il a observé la catalepsie survenue à la suite d'un éclair et d'un brusque rayon lumineux, sans que jamais ce genre de procédé ait été employé pour endormir ces malades. C'est là de la catalepsie et non de l'hypnotisme, objecte encore M. *Bernheim*.

HYPNOTISME

M. *Bernheim*, passant en revue les divers procédés destinés à provoquer l'hypnose et à augmenter la suggestibilité au point de vue thérapeutique, c'est-à-dire la fixation d'un objet brillant et la suggestion verbale, croit devoir constater que toutes ces pratiques se ramènent à la suggestion ; la fatigue que cause la fixation du regard, les passes diverses, n'agissent qu'en suggérant l'idée de dormir et les zones dites hypnogènes n'existent pas si on évite les suggestions. C'est donc la suggestion verbale qui constitue le meilleur procédé; il faut la faire persuasive ou impérative, suivant le caractère du patient, et éviter les contre-suggestions résultant des hésitations de l'opérateur. La suggestion est d'ailleurs possible et très efficace à l'état de veille chez certains sujets pour lesquels l'idée se transforme immédiatement en acte, comme si l'initiative cérébrale n'avait pas le temps d'intervenir. M. Bernheim déclare ensuite que la psychothérapie suggestive a pour but de guérir en faisant pénétrer dans le

cerveau, hypnotisé ou non, la persuasion de la guérison ou de la cessation des troubles. La suggestion a toujours été employée, quoique inconsciemment, par les médecins; la prescription de substances inertes, sous des noms scientifiques, n'est pas autre chose et différentes pratiques de l'hydrothérapie, de l'électrothérapie, de l'aimantation, de la métallothérapie et même de la suspension dans le tabes, n'agissent pas autrement. Laissons donc à l'esprit le rôle considérable qu'il a dans les phénomènes morbides; comme il y a une psychologie, il existe une psychothérapie, et heureusement pour la thérapeutique, la crédivité est inhérente à l'esprit humain.

M. *Gilles de la Tourette* voit bien qu'il est question de suggestion, mais où est l'hypnotisme dans cette description? Quel est le criterium de stigmates physiques qui permette d'affirmer que le patient a dormi autrement que sur son affirmation, qui ne saurait suffire? Comment admettre le rôle de la suggestion dans la suspension et dans l'application des aimants, alors que ces pratiques n'empêchent pas les troubles vésicaux, les douleurs, l'incoordination des mouvements? La suggestion manque aussi, fait observer M. *Guermonprez*, dans les cas d'hypnose subite par coup de tonnerre, coup de fusil, traumatisme, etc... La psychologie a cependant ses lois, objecte M. *Bernheim*, comme la physiologie; toute cellule cérébrale, actionnée par une idée, tend à réaliser cette idée; l'idée doit se faire acte; cette transformation se fait plus facilement quand l'automatisme cérébral est paralysé par l'engourdissement des facultés supérieures (attention, perception, etc.).

— MM. *van Reuterghem* et *van Eeden* ont traité 114 malades par la méthode de suggestion verbale de Nancy, pratiquée sans violence et après une période d'entraînement par persuasion, d'autant plus prolongée que le sujet était plus intelligent. Ces malades étaient atteints d'affections organiques du système nerveux, de névroses, de maladies mentales, de névralgies et de maladies des autres appareils que le système nerveux. Dans 71 cas, il n'y a eu aucun résultat; dans 92, une amélioration légère; 98 fois, amélioration notable; 100 fois, guérison; 57 cas n'ont pas été suivis. Les contre-indications principales notées par les auteurs sont la crainte insurmontable du sujet en traitement et la folie.

M. *Fontan* dit avoir pu accélérer la guérison de plusieurs hémiplégiques et apoplectiques et avoir obtenu des résultats dans les myélites et la sclérose en plaques, à l'aide de la suggestion hypnotique. M. *Goscard* rapporte deux cas de guérison de métrorrhagie.

M. *A. Voisin*, traitant des indications de l'hypnotisme et de la suggestion dans le traitement des maladies mentales, rappelle qu'il réussit en 1880 à pratiquer l'hypnotisme dans un cas de manie aiguë, et depuis il est parvenu à obtenir l'hypnose sur 10 malades pour 100 environ; il a, en outre, appliqué l'hypnotisme à combattre les vices, les penchants inférieurs, l'abus des médicaments, certaines défectuosités de l'intelligence, les névralgies, contractures, les troubles qui apparaissent pendant la menstruation chez les aliénées. Voici les règles de sa pratique: il faut beaucoup de temps et de patience, recommencer dix et vingt fois les tentatives; il faut obtenir la léthargie ou le somnambulisme, mais mieux la première; laisser dormir une demi-heure ou une heure à la première séance, et ne commencer la suggestion qu'à la seconde. Il n'agit alors que sur une seule conception délirante, et a soin de laisser dormir longtemps, vingt-quatre heures. Il faut articuler impérieusement la suggestion, dégager le malade de toute influence extérieure, puis combattre successivement chaque hallucination; il faut effriter son délire par fragments. Puis on persuade que la guérison est possible, et enfin, on l'affirme. L'aliéné manifeste parfois de la mauvaise humeur quand on combat son hallucination; il faut alors insister jusqu'à ce qu'il donne son assentiment. Cette pratique lui a donné de bons résultats dans les troubles et hallucinations des sens ou de la sensibilité générale, dans la dyschromatopsie, dans l'anesthésie et l'hyperesthésie, les paralysies et contractures névropathiques, dans l'onanisme; de même, l'hypnotisme est très efficace pour moraliser des enfants dégénérés et profondément vicieux. Il a observé des rechutes chez les aliénés dans un dixième des cas; aussi a-t-il soin de renouveler le traitement à des intervalles d'un à six mois.

M. *Bérillon* a été chargé de faire connaître les résultats de la suggestion pour la pédiatrie et l'éducation mentale des enfants vicieux et dégénérés. Il formule les conclusions suivantes: 1° la suggestion employée rationnellement par des médecins expérimentés et compétents constitue un agent thérapeutique, fréquemment susceptible d'être appliqué avec avantage en pédiatrie; 2° les affections dans lesquelles les indications de la suggestion ont été établies chez les enfants par des faits rigoureusement observés, sont: l'incontinence nocturne d'urine, l'incontinence nocturne et diurne des matières fécales, les tics nerveux, les terreurs nocturnes, la chorée rhytmique, l'onanisme irrésistible, le blépharospasme, les attaques convulsives d'hystérie, les troubles purement fonctionnels du système nerveux; 3° la suggestion n'a pas, jusqu'à ce jour, donné de résultats appréciables dans le traitement de l'idiotie ou du crétinisme; 4° la suggestion, envisagée au point de vue pédagogique, constitue un excellent auxiliaire dans l'éducation des enfants vicieux ou dégénérés; 5° l'emploi de la suggestion doit être réservé pour les cas où les pédagogues avouent leur complète impuissance; elle est surtout indiquée pour réagir contre les instincts vicieux, les habitudes de mensonges, de cruauté, de vol, de paresse invétérée; 6° le médecin sera seul juge de l'opportunité, de l'application de la suggestion contre ces manifestations mentales, qui sont souvent sous la dépendance d'un véritable état pathologique, et, en aucun cas, nous ne conseillons l'usage de la suggestion en pédagogie lorsque l'enfant sera susceptible d'être amendé par les procédés habituels de l'éducation.

Considérant l'influence désastreuse que les criminels exercent dans les prisons sur les prisonniers hystériques, M. *Laurent* fait approuver par le Congrès le vœu que les hystériques délinquants doivent être isolés dans les prisons et mis sous la dépendance des médecins.

En ce qui concerne les séances publiques d'hypnotisme, le Congrès, sur le rapport de M. *Ladame*, adopte, après discussion, les propositions suivantes: 1° les séances publiques d'hypnotisme et de magnétisme doivent être interdites par les autorités administratives, au nom de l'hygiène publique et de la police sanitaire; 2° la pratique de l'hypnotisme et du magnétisme comme moyen curatif doit être soumise aux lois et aux règlements qui régissent l'exercice de la médecine; 3° il est désirable que l'étude de l'hypnotisme et de ses applications soit introduite dans l'enseignement des sciences médicales.

HYGIÈNE

Six questions principales étaient soumises aux délibérations du Congrès international d'hygiène, d'après des rapports préparés à l'avance; en outre, un nombre considérable de communications ont été faites par les membres du Congrès; aussi dans ce compte rendu sommaire nous est-il possible de ne nous occuper que d'un nombre restreint de ces communications, celles tout au moins qui ont été suivies de veux importants adoptés par le Congrès.

MM. *Landouzy* et *Napias*, dans leurs rapports sur les mesures d'ordre législatif, administratif et médical prises dans les divers pays pour la protection de la santé et de la vie de la première enfance, concluent à la nécessité d'une enquête qui permette d'avoir des documents concordants sur ces questions. Pour cela il faut : adopter dans tous les pays un mode uniforme de la statistique de la mortalité des enfants du premier âge, mortalité notée d'année en année; enregistrer les décès après enquête rigoureuse établissant : la nature de la maladie, la date de naissance, le mode d'élevage, la nature du biberon, la nature du lait, les maladies transmissibles dont auraient pu être atteintes les personnes qui ont donné des soins aux enfants; la salubrité du logement; faciliter l'alimentation maternelle; dans les cas où elle est impossible, favoriser l'allaitement artificiel qui donnera le plus de garanties contre la transmission des maladies; répandre les notions d'hygiène infantile; que les jeunes filles dans les dernières années de l'école aillent dans les crèches apprendre à soigner les enfants; diminuer la durée du travail de la femme à l'atelier ou à l'usine. Ces propositions reçoivent l'assentiment du Congrès. Un grand nombre d'orateurs demandent que l'exécution de la loi Roussel soit assurée dans toutes les parties de la France et suggèrent des modifications propres à assurer cette exécution; les uns demandent une extension des pouvoirs de l'in-

specteur médical, des primes de déclaration pour les nourrices et les gardes champêtres; d'autres, que l'enfant de la fille-mère élevé chez des parents bénéficie des avantages de la loi, que dans les écoles le médecin ait autorité pour les mesures d'hygiène et les règles de l'alimentation, que la connaissance des notions concernant l'hygiène et spécialement l'hygiène infantile qui figurent sur les programmes des brevets de capacité supérieure et primaire soit réellement exigée des aspirantes et aspirants à ces brevets, et qu'à cet effet des médecins figurent dans les jurys d'examen. De plus, le Congrès, ayant constaté la nécessité d'une enquête permanente sur les conditions qui déterminent la mortalité excessive des enfants du premier âge, émet le vœu que la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle de Paris, instigatrice du Congrès, se mette en rapport avec les bureaux des institutions d'hygiène de France et de l'étranger pour faire étudier cette question par une commission internationale permanente.

M. *Jablonski*, appelant l'attention sur le caractère transmissible de la suette et de la roséole, demande que les élèves des établissements d'instruction atteints de ces maladies soient isolés de leurs camarades; la durée de l'isolement sera de quarante jours pour la suette et de vingt-cinq pour la roséole. En outre, les élèves atteints ou suspects de tuberculose seront renvoyés dans leur famille; ils ne pourront être admis de nouveau dans aucun établissement scolaire s'ils n'ont été préalablement soumis à l'inspection d'un médecin délégué, qui s'assurera par l'auscultation, la percussion, la mensuration du thorax et les autres procédés de diagnostic, qu'ils ne présentent aucun signe ancien ou récent de la maladie. Le Congrès approuve que la suette entre dans le cadre des maladies qui demandent des mesures prophylactiques et repousse l'adjonction de la roséole à ces maladies. Sur le vœu de MM. *Landouzy* et *Layet*, il décide que les enfants atteints de tuberculose pulmonaire confirmée pourront nécessiter des mesures prophylactiques après avis du médecin autorisé.

En ce qui concerne l'inspection médicale des école, sur le vœu de M. *Delvaille*, le Congrès demande qu'elle soit partout effectuée; que le médecin inspecteur soit nommé par l'État, et qu'en attendant que la loi décide qu'un médecin fasse partie du Conseil départemental, il serait désirable que l'un des deux membres laissés au choix du préfet fût un médecin.

La nouvelle organisation du service sanitaire dans les Vosges est exposée par M. *Lardier*. Il insiste plus particulièrement sur le bulletin sanitaire qui est envoyé à intervalles réguliers aux médecins civils et militaires, aux instituteurs et aux institutrices; on connaît ainsi les régions où existent, par exemple, la scarlatine et la diphthérie; on évite de s'y rendre inutilement; et ceux qui sont forcés de les parcourir peuvent prendre les précautions nécessaires pour ne pas apporter ces maladies dans leur foyer. Il demande l'extension de cette mesure à toute la France. M. *Nocard* appuie cette demande, qui est appuyée par le Congrès.

L'action du sol sur les germes pathogènes donne lieu à un rapport dans lequel MM. *Grancher* et *Richard* exposent que les germes pathogènes déposés sur le sol sont surtout cantonnés dans les couches les plus superficielles; à la faible profondeur de $0^m,50$ à 1 mètre, on n'en trouve plus que très peu. Ils se multiplient difficilement dans le sol, mais peuvent s'y conserver longtemps à l'état de spores. Les germes pathogènes du sol sont détruits par la concurrence des saprophytes; ceux de la surface le sont surtout par l'action de la lumière solaire; celle-ci doit être considérée comme un puissant agent d'assainissement. La culture intensive qui ramène successivement à la surface les germes de la profondeur, est le meilleur procédé pour détruire les germes pathogènes du sol. Les bouleversements de terrain mettent en circulation une grande quantité de germes pathogènes. Une couche continue de 2 à 3 mètres de terre suffit en général pour protéger la nappe souterraine contre l'apport de germes pathogènes.

L'exposé de ce rapport est suivi d'une discussion importante. M. *Vallin* fait observer que si les couches superficielles du sol renferment le bacille du tétanos et le microbe de l'œdème malin, 80 pour 100 des souris inoculées meurent; comment alors concilier ces expériences avec les résultats de l'observation journalière? Ne voit-on pas chaque jour un nombre considérable de plaies souillées par la terre, et pourtant combien peu nombreux sont les cas de tétanos! D'autre part, si la lumière et la dessiccation détruisent les micro-organismes, comment se fait-il que les couches les plus superficielles soient les plus riches en bactéries? M. *Richard* objecte qu'il est rare que les conditions d'inoculations pratiquées chez les animaux se réalisent chez l'homme. Un simple contact ne suffit pas; il pourrait citer, en bactériologie, des exemples analogues : les cobayes inoculés avec le virus tuberculeux deviennent presque toujours, sinon toujours, tuberculeux, et ces mêmes animaux ne se tuberculisent jamais spontanément, quoique souvent en contact avec des bacilles de Koch, disséminés un peu partout. D'autre part, comme le fait remarquer M. Cornil, quand il y a une blessure un peu profonde, une fracture comminutive par exemple, et que les extrémités osseuses pénètrent dans la terre, il est bien rare qu'il n'y ait pas de septicémie gangreneuse ou de tétanos. Enfin, il existe aujourd'hui un certain nombre de faits bien étudiés et bien établis desquels il résulte que la terre végétale introduite accidentellement chez l'homme dans les tissus a déterminé le tétanos.

Pour M. *Nocard*, le cheval est très apte à contracter la septicémie gangreneuse; or, si on essaye de la lui communiquer par inoculation à la lancette, on ne réussit pas, le bacille ne prospère pas au contact de l'air; il peut en être de même pour celui du tétanos. M. *Chantemesse* a été appelé à étudier deux épidémies de tétanos chirurgical : épidémies limitées à un petit nombre de lits d'une même salle. Il a pris, au niveau de ces lits, de la poussière entre les fentes du parquet; il l'a trouvée très virulente; cette virulence, d'ailleurs, disparaissait après une exposition de quelques heures à la lumière solaire; là encore on pourrait incriminer la terre. M. *Le Roy des Barres* aurait pu, dans deux affaires médico-légales concernant deux individus morts du tétanos, sans un examen minutieux, conclure à une origine non tellurique; mais dans les deux cas, il a trouvé aux pieds des plaies qui avaient dû servir de porte d'entrée à l'agent tétanique.

M. *Cornil* fait observer que s'il y a aujourd'hui quelques points acquis concernant l'étiologie du tétanos, il reste encore bien des obscurités. Le microbe de Nicolaïer lui-même est-il bien le microbe du tétanos? Il n'oserait l'affirmer. M. Chantemesse l'a cultivé à l'état de pureté et, jusqu'ici, les produits de ces cultures restent absolument inoffensifs. Il ne paraît pas douteux que la terre donne le tétanos, mais nous ne connaissons pas encore l'agent pathogène. S'agirait-il, par hasard, comme le fait remarquer M. *Crocq*, d'un agent chimique, quelque chose d'analogue à la tétanine isolée par Brieger? La chose est encore possible.

M. *van den Corput* revient à l'action du sol sur les germes pathogènes; il admet le rôle destructeur des couches superficielles de la terre et reconnaît toute l'utilité des systèmes d'épandage là où on peut les établir; cependant la chose n'est pas toujours possible, ce qui est le cas pour Bruxelles, par exemple. D'autre part, il est des circonstances où ces germes peuvent se conserver et devenir nocifs; c'est pourquoi, en Belgique, on recommande de procéder à la destruction par le feu de toutes les déjections d'individus atteints de maladies transmissibles. M. *Thibaut* croit que l'épandage est le moyen d'assainissement de l'avenir; ce qui se passe aux environs de Lille et dans la plupart des villes d'Angleterre, où la fièvre typhoïde est chose rare, a fini par le convaincre complètement. M. *Chantemesse* pense que deux sûretés valant mieux qu'une, rien n'empêcherait de désinfecter les déjections des malades par un moyen pratique et peu coûteux, comme l'eau de chaux par exemple, et de les envoyer ensuite à l'égout et au champ d'épandage. M. *Drysdale* rappelle qu'en Angleterre l'épandage se pratique dans un grand nombre de villes. Les résultats qu'on a obtenus sont véritablement satisfaisants, ainsi que le confirme encore un rapport de M. Carpenter, de Londres, sur la ferme de Croydon, où la mortalité moyenne depuis trente ans ne dépasse pas 13 pour 1000. MM. *Würtz* et *Mosny* communiquent des recherches récentes sur la question en discussion. Ils ont essayé, au moyen d'un appareil composé de deux cylindres réunis à leur partie inférieure par des tubes en caoutchouc et formant vases communiquants, d'étudier à quelle profondeur pouvaient descendre dans le sol les bacilles typhiques, et quelle était l'influence qu'exerçaient sur eux les variations de la nappe d'eau souterraine. En ce qui concerne le premier point, les recherches ont été confirmatives de celles de MM. Grancher et Deschamps; ils n'ont jamais trouvé le bacille typhique au delà de soixante centimètres de profondeur. D'autre part, ils se sont assurés qu'en

amenant la nappe d'eau souterraine jusqu'à cinquante centimètres de la surface du sol, cette nappe d'eau n'entraînait pas de bacille typhique, ou au moins de bacilles vivants.

Sur une importante communication de M. *Pacchiotti*, un vœu est unanimement adopté en faveur du système du tout à l'égout et de l'utilisation des eaux d'égout par leur épandage sur le sol, ainsi que sur un mémoire de M. *Deligny*, un autre vœu pour l'abonnement obligatoire aux eaux. A cette occasion, le Congrès demande qu'un monument soit élevé à la mémoire de M. *A. Durand-Claye*, à Gennevilliers.

Sont également adoptées les propositions suivantes du rapport de MM. *Arnould* et *A.-J. Martin*, sur la protection des cours d'eau et des nappes souterraines contre la pollution par les résidus industriels :

1° La projection de résidus industriels, gênants ou dangereux dans les cours d'eau, doit être interdite en principe. Il en est de même de leur introduction dans les nappes souterraines, soit par des puits perdus, soit par des dépôts à la surface du sol, soit par des épandages agricoles mal conçus et exécutés sans méthode. 2° Les eaux résiduaires d'industrie peuvent être admises dans les cours d'eau et nappes, toutes les fois qu'elles auront subi un traitement entraînant la garantie qu'elles ne mêleront aux eaux publiques aucune matière encombrante, putride, toxique ou infectieuse, ni quoi que ce soit qui en change les propriétés naturelles. 3° L'épuration des eaux d'industrie doit être imposée. Elle sera exécutée selon des modes appropriés à chaque industrie. 4° L'épuration par le sol est le procédé actuellement le plus parfait que l'on puisse appliquer aux eaux résiduaires des industries qui travaillent des matières organiques. Elle peut toujours et doit quelquefois être combinée à des opérations mécaniques ou chimiques, qui assurent la neutralisation des eaux et les préparent à l'absorption par le sol. L'irrigation méthodique avec utilisation agricole est la meilleure manière d'exploiter les propriétés assainissantes du sol. 5° Les procédés prescrits par l'administration en vue d'empêcher la pollution des cours d'eau et des nappes souterraines par des résidus industriels doivent être, en cas de refus persistant de la part des intéressés, mis à exécution d'office, dans les conditions spécifiées aux articles 35, 36 et 37 de la loi du 16 septembre 1807 et par le décret du 15 octobre 1810.

M. *Proust* a été chargé du rapport sur l'assainissement des ports. Il conclut qu'il est du devoir strict des gouvernements et des municipalités d'assainir les ports; cet assainissement des ports s'impose plus encore que l'assainissement d'une ville quelconque; c'est seulement lorsque les ports seront assainis que l'on verra diminuer dans une proportion considérable la mortalité par maladies infectieuses; c'est seulement alors que les ports présentant un terrain réfractaire à la pénétration des germes morbides exotiques, on pourra supprimer complètement les dernières entraves quarantenaires.

Ces propositions reçoivent l'assentiment du Congrès; elles sont l'occasion d'une discussion sur les mesures quarantenaires aux ports d'embarquement et d'arrivée, ainsi que sur celles de ces mesures qu'il y a lieu de prendre en cours de traversée. A la demande de M. *Sané*, le vœu est émis que les propositions adoptées par la conférence de Rome soient suivies d'une convention internationale; et qu'en attendant, chaque nation fasse tout ce qui est possible pour atteindre le but cherché et diminuer les entraves apportées au commerce en nommant les médecins embarqués des Compagnies subventionnées qui relèveraient directement de l'État et ne pourraient être révoqués que par lui. M. *Treille* fait ensuite adopter le vœu que lors de l'établissement du cahier des charges pour les Compagnies maritimes subventionnées, une clause y soit introduite permettant à l'État un contrôle sérieux et efficace sur le service médical et hygiénique du bord. On adopte aussi le vœu de M. *Vignard* que la plus grande publicité possible soit donnée aux actes de l'administration sanitaire.

M. *Mahé* rappelle qu'une épidémie de peste dans l'Asie, sur le littoral de la mer Rouge, sévit en ce moment, qu'elle fait beaucoup de victimes, bien que limitée. Il saisit cette occasion pour faire une étude sur cette affection. La peste est allée en diminuant, en Europe, depuis le commencement du dix-huitième siècle et en est presque entièrement disparue. Dans la plupart des pays, elle est en grande diminution; cependant la peste bubonique règne encore en Afrique et en Arabie; c'est dans le pays des Turcomans et en Indo-Chine qu'on trouve les plus grands foyers de peste où elle se manifeste d'une manière à peu près périodique. La peste des cinquante dernières années est la même que celle des autres siècles; elle est tantôt foudroyante, tantôt sa marche est moins rapide et affecte parfois le type hémorrhagique et la forme bubonique; cependant les manifestations modernes sont atténuées, quoique de même nature. Les principales conditions qui favorisent la peste sont la sécheresse et la misère; la nature géologique et philosophique du sol paraît être sans grande influence. L'automne et le printemps sont les saisons de prédilection; par contre, les hautes températures semblent en arrêter le développement. La peste n'existe pas sous les tropiques. La propagation de la peste se fait rarement à grande distance. Le meilleur moyen prophylactique conseillé et mis en pratique consiste à fuir le pays infecté; en conséquence, il faut employer les mesures extrêmes : faire abandonner les villes où la peste a sévi, faire brûler les maisons et tous les objets ayant appartenu aux pestiférés. L'étude de cette maladie étant entièrement à refaire, le Congrès, à la demande de M. *Treille*, émet le vœu qu'une mission scientifique soit envoyée pour faire des recherches bactériologiques sur cette affection.

A la suite d'une communication de M. *Mossé* sur la prophylaxie de la tuberculose, le Congrès, sur sa proposition, émet le vœu que dans toutes les villes possédant une étuve à désinfection, les objets de literie, tapis, tentures ne soient admis à la salle des ventes publiques que munis d'une attestation constatant que ces objets ont été soumis à la désinfection par l'étuve. M. *Pouchet* fait en outre approuver le vœu que, en raison de la présence possible de germes infectieux dans les tapis et les tentures, les ateliers de battages de tapis, établissements classés, soient désormais obligés de pratiquer la désinfection des tapis et tentures avant d'en opérer le battage.

M. *Guillemain* expose les résultats obtenus par la vaccination et la revaccination dans l'armée. Sur sa proposition, le Congrès est d'avis que, sans attendre une loi, on emploie tous les moyens administratifs possibles pour vulgariser la vaccine dans la population civile et que le certificat de vaccination soit exigé à l'entrée dans les administrations publiques, dans les écoles, les hôpitaux, pour l'inscription au bureau de bienfaisance.

MM. *Brouardel*, *G. Pouchet* et *P. Loye*, chargés de faire un rapport sur les accidents causés par les substances alimentaires, d'origine animale, contenant des alcaloïdes toxiques, concluent qu'il y a lieu de faire à cet égard quelques réserves, les accidents pouvant être attribués dans quelques cas à la pullulation dans le tube digestif de microbes amenés par les matières alimentaires. La chair de certains poissons se montre, en dehors de toute altération, toxique pour l'homme; mais le plus souvent ce n'est que lorsque les aliments ont subi une certaine altération, qu'ils sont toxiques. Ces altérations sont souvent assez peu visibles pour ne pas attirer l'attention; tantôt ce sont des viandes fraîches, même des viandes cuites et souvent des conserves. Le lait, la crème, le beurre, les fromages, ont dans certains cas provoqué ces accidents. Les troubles gastro-intestinaux sont les premiers à apparaître; les accidents nerveux débutent plus tardivement; le malade est sujet à des lipothymies, et dans les cas graves il succombe au plus tard au dixième jour après le repas funeste; certains individus sont plus malades que d'autres, en particulier les personnes dont les reins sont atteints. Quelle est la raison de ces accidents, intoxication ou infection? On les attribue aux ptomaïnes, mais la démonstration directe de l'existence de ces alcaloïdes animaux dans les produits soumis à l'expertise a été l'exception. Quant à l'infection, il existe des cas où l'on a trouvé dans les viandes des microbes pathogènes absolument inconnus, et où ces microbes ont été retrouvés également dans l'intestin des victimes. La question de savoir si on a affaire à une infection ou une intoxication a une importance considérable, car les moyens prophylactiques et thérapeutiques ne seront plus les mêmes; ainsi, la cuisson, toute-puissante dans un cas, ne vaut rien dans l'autre. Le problème n'est donc pas encore résolu, et nous appelons de tous nos vœux des recherches plus précises et plus complètes. Il faut que les hygiénistes puissent, à bon escient, formuler les prescriptions et règlements destinés à veiller sur la santé publique. Les discussions sur les falsifications des substances alimentaires se terminent par l'adoption

des propositions suivantes : dans les pays où la loi ne fait pas de distinction entre les simples falsifications et les fraudes nuisibles, il est indispensable qu'elle fixe une pénalité plus forte pour cette dernière catégorie; la surveillance des denrées alimentaires doit être organisée d'une manière uniforme sur tout le territoire, notamment dans les campagnes; la législation doit exiger que les produits artificiels mis en vente soient munis d'une étiquette montrant ce caractère.

M. *Kuborn*, examinant l'état sanitaire des ouvriers mineurs en Belgique, rappelle qu'à la suite d'une discussion devant l'Académie de médecine de Belgique, il y a vingt ans, plusieurs exploitants du bassin de Liège ont pris spontanément la décision d'exclure les femmes des travaux souterrains et de ne plus admettre les hommes qu'à partir de douze ans; cette mesure a amené des résultats, car aujourd'hui la longévité moyenne des mineurs est de quarante ans et huit mois, alors qu'elle n'était autrefois que de trente-sept ans et six mois (dans le bassin de Seraing), ce qui démontre que les conditions hygiéniques dans lesquelles sont placés les mineurs du bassin de Liège sont relativement satisfaisantes. On a surtout constaté la rareté de la tuberculose pulmonaire; est-elle due à l'action des émanations de la houille? Il signale, en passant, la confusion faite entre le ramollissement tuberculeux et les phénomènes caverneux résultant de la pneumonie chronique et de la dilatation des bronches. M. *Fabre* est d'avis que la rareté de la tuberculose chez les mineurs peut être attribuée à ce fait que les mineurs qui n'ont pas la force et la vigueur nécessaires s'abstiennent de descendre dans les mines. Lorsqu'ils sont atteints de bronchite qui les rend réellement malades, ils cessent leurs travaux et renoncent à leur métier. Quant à l'anthracose, c'est une maladie très fréquente; elle atteint presque tous les mineurs, mais souvent elle est très légère et constitue à peine une maladie. Pourtant, lorsqu'ils existent, elle augmente notablement l'emphysème pulmonaire et la dilatation bronchique. Si les poussières charbonneuses sont abondantes, elles entretiennent un état d'inflammation.

Après une longue et importante discussion sur la loi du 13 avril 1850, relative aux logements insalubres, le Congrès, sur le vœu de M. *Hudelo*, demande la revision de cette loi et demande également, sur le vœu de M. *Du Mesnil*, que le cubage d'air minimum exigé dans les logements, soit porté de 14 mètres cubes à 18 mètres cubes, sans préjudice, bien entendu, des conditions d'aération.

MM. *Emile Trélat* et *Somasco*, après avoir exposé les conditions sanitaires du chauffage et de l'aération dans les habitations, concluent que l'hygiène commande de nous chauffer dans nos maisons par radiation murale, d'y respirer toujours l'air le plus frais, puisé immédiatement dans l'atmosphère extérieure et introduit par les voies d'accès les plus nombreuses et les plus diverses et d'aérer les murs dans leur profondeur. Ces propositions sont approuvées. M. *Richard* fait observer néanmoins que ce qui souille l'air, ce sont tous les produits d'excrétion et ce sont eux qu'il importe surtout d'éloigner et c'est contre eux que la ventilation devrait être instituée; il y a lieu de reconnaître deux sortes de ventilation : la ventilation antithermique et la ventilation antimicrobienne; en tout cas, la ventilation doit être large et doit être produite par une véritable chasse de l'air vicié. Le plus grand auxiliaire de la ventilation, c'est la propreté et l'hygiène personnelles.

M. *Drouineau* demande que dans les hôpitaux, les salles aient, pour chaque lit, un espace superficiel déterminé, qui sera de 10 mètres pour les salles de malades et de 8 mètres pour les dortoirs d'enfants, les salles d'infirmiers et de vieillards; ce chiffre devra être fourni à chaque lit, quelles que soient l'étendue de la salle et la ventilation extérieure; chaque salle portera inscrits, d'une manière apparente, la longueur et la largeur de la pièce, ainsi que le nombre de lits qui y sont affectés.

A la demande de M. *A.-J. Martin*, le Congrès adopte, en vue de la réforme de la législation sanitaire, que : 1° les dépenses sanitaires soient comprises parmi les dépenses obligatoires inscrites aux budgets des communes et des départements; 2° la déclaration des cas de maladies transmissibles, nettement spécifiées par la loi, soit régulièrement faite par les personnes qui en ont eu connaissance, notamment par le médecin; 3° la loi indique, parmi les mesures à prendre en matière de salubrité des habitations, celles qui sont urgentes et celles qui peuvent être différées; 4° dans le premier cas, alors que l'urgence a été déclarée par une délibération expresse du conseil ou de la commission compétente, c'est-à-dire en temps d'épidémie, d'inondation, d'incendie ou d'autres dangers publics, et lorsque la salubrité immédiate de l'habitation est intéressée, les mesures de nécessité ne doivent souffrir aucune lenteur; 5° l'autorité qui, en pareil cas, encourt toute responsabilité légale, doit être mise immédiatement en demeure d'agir et les représentants de l'Etat, c'est-à-dire les préfets et en cas de besoin, le ministre, doivent être aussitôt mis à même de surveiller, à tous les degrés de leurs hiérarchies respectives et conformément aux prescriptions légales, l'exécution des mesures prescrites; 6° dans tous les autres cas, il n'y aurait aucun inconvénient à accorder les délais nécessaires pour procéder à des examens contradictoires et porter les affaires devant la juridiction administrative ou judiciaire suivant les cas, mais non sans que cette juridiction ait pris l'avis du conseil ou de la commission dont la délibération est l'objet d'un recours.

La section de crémation, après avoir assisté à plusieurs crémations au Père-Lachaise et avoir étudié l'état actuel de la crémation en Europe, a conclu que les gouvernements doivent faire disparaître les obstacles législatifs qui s'opposent encore à la crémation facultative des cadavres, et qu'ils avisent à organiser la crémation des cadavres sur les champs de bataille. En particulier, il y a lieu de créer une commission technique chargée de donner son avis sur toutes les questions relatives à la pratique de la crémation à Paris.

La section de démographie a, à son tour, émis divers vœux tendant à obtenir la connaissance exacte de causes de décès, par l'établissement d'une statistique sanitaire comprenant toutes les communes : à cet effet, la déclaration de la cause du décès devra être, dans chaque cas, donnée en première ligne par le médecin traitant, et à défaut de celui-ci, par le médecin appelé à vérifier la cause du décès; dans chaque localité, avant de procéder à l'inhumation, l'autorité administrative exigera de la famille du décédé un certificat constatant la cause du décès; l'autorité administrative sera invitée à transmettre, chaque année, à tous les médecins de la localité des bulletins imprimés de déclaration de décès portant au verso la nomenclature numérotée des principales causes de mort, et qui serviront à délivrer le permis d'inhumation, la cause du décès pouvant être indiquée par un numéro; à ce certificat sera annexé, pour faciliter le travail de statistique et permettre l'unification du travail, un talon à détacher portant indication exacte du diagnostic, et qui devra être adressé à la préfecture ou au bureau d'hygiène chargé de la statistique. En outre, il y a lieu d'exiger la déclaration de tous les produits de la gestation, en indiquant le mois de gestation; et la section appelle tout particulièrement l'attention du gouvernement sur le rôle joué à l'égard de la mortinatalité par l'ignorance, et sur le nombre excessif des sages-femmes.

Notons encore des communications : de M. *Laugier*, sur les maladies aiguës et épidémiques observées à la maison de Nanterre; de M. *Hauser*, sur la diphthérie à Madrid; de M. *Seidky-Bey*, sur l'organisation sanitaire en Egypte; de M. *Thibaut*, sur l'influence des charrées de soude sur les cours d'eau; de M. *Sevestre*, sur la prophylaxie des maladies contagieuses dans les lycées et écoles; de M. *Motais*, sur la myopie scolaire dans le centre de la France et sur l'hygiène de la vue pour les typographes et pour les couturières; de MM. *Hirtz* et *Layet*, sur la vaccination; de M. *Hoel*, sur les décès par diphthérie à Reims depuis 1881; de M. *Treille*, sur l'hygiène du colon et du soldat en Algérie; de M. *Devillars*, sur les inconvénients des fêtes foraines; de M. *Larger*, sur les conditions étiologiques du tétanos; de M. *Dubousquet-Laborderie*, sur les causes des décès par maladies épidémiques et contagieuses à Saint-Ouen; de M. *Clérenbach*, sur les stations climatériques pour les ouvriers pauvres; de Mme *Tkatcheff*, sur l'hygiène des ouvriers en Russie.

Le Congrès a tenu, en terminant, à adresser, sur la demande de MM. *Du Mesnil* et *Schneider*, des remerciements à M. de Freycinet, ministre de la guerre, pour les mesures qu'il a prises afin d'assurer l'hygiène dans l'armée.

ASSISTANCE PUBLIQUE

Le nombre considérable des sujets traités dans le Congrès de l'assistance publique, et la nature spéciale de la plupart de ces sujets nous obligent à n'insister que sur quelques-uns d'entre eux.

A la séance d'ouverture, M. le président *Th. Roussel* a tout d'abord énuméré les principales tentatives faites en France depuis quelques années pour organiser l'assistance publique officielle et préparer l'adoption de lois permettant à l'assistance, tant publique que privée, d'acquérir tout son développement : unification définitive des services de l'assistance, institution du conseil supérieur de l'assistance publique, réunion à la direction de l'assistance de l'hygiène et de la médecine publiques, etc. Déjà la Convention, il y a un siècle, avait déclaré que les secours publics sont une dette sacrée; rappelant cette déclaration, M. *H. Monod* montre la différence entre l'aumône et l'épargne sociale, entre la bienfaisance et l'obligation sociale; il considère l'intervention de l'Etat à l'assistance comme l'application des principes de la justice à l'intérêt social. On n'a, dit-il, encore rien fait législativement, ou ce qu'on a fait est insuffisant. Tandis que l'enseignement est définitivement organisé, à telles enseignes qu'en 1887 on a consacré à l'instruction publique 84 millions de francs, ce qui du reste n'exclut pas l'initiative privée, on n'a pas fourni à l'assistance les garanties d'intérêt public qui justement constituent les bases des services réguliers sans lesquels rien ne subsiste. Il compare, par exemple, les preuves de capacité que l'on exige des instituteurs à celles que l'on doit exiger de ceux qui appliquent les principes de l'assistance. Ce n'est pas à dire que la France n'ait pas beaucoup fait; citons les lois Roussel, citons les services hospitaliers. Mais que de lacunes ! Et d'ailleurs, se louer soi-même est stérile. Ne faut-il pas dans une société savoir à qui le principe de l'assistance obligatoire est dû à défaut d'autre assistance, à l'indigent qui se trouve temporairement ou définitivement dans l'impossibilité physique de pourvoir aux nécessités de l'existence? Ne faut-il pas, tout en proclamant, s'il y a lieu, cette obligation, éviter d'affaiblir le stimulant au travail qui justement réside dans la crainte de manquer? Ne faut-il pas par conséquent savoir classer, définir, préciser les catégories de malheureux, distinguer les enfants, les malades, les vieillards ou les séniles? Ces exemples montrent nettement que l'assistance mérite les mêmes études et les mêmes sanctions législatives que l'enseignement. A ceux qui nous objecteront les dépenses, nous répondrons que la vie humaine est un capital et que suivant un proverbe chinois : Qui veut faire le bonheur des autres a déjà fait le sien.

Aussi le comité d'organisation du Congrès avait-il décidé de mettre en tête des délibérations du Congrès la question de savoir dans quelle mesure l'assistance publique doit avoir un caractère obligatoire. M. *Reynard*, rapporteur, estime qu'étant donné le grand nombre de gens à secourir, il faut arriver à l'assistance obligatoire. On a reproché à celle-ci de favoriser le territorialisme, l'excès de population; ce sont là des erreurs ou des allégations improuvées, témoin ce qu'est devenu le développement de l'Angleterre. Sans doute l'assistance sera longtemps encore insuffisante, incomplète; d'où la nécessité de l'organiser avec discernement et de la dispenser judicieusement; en tout cas, il convient de proclamer le principe de son obligation. Cette proposition donne lieu à une discussion très développée à laquelle prennent part un grand nombre d'orateurs, dont la plupart demandent que des distinctions soient faites à cet égard entre les catégories d'assistés; en fin de compte, le Congrès, sur la proposition de M. *Ulysse Trélat*, demande que l'assistance publique soit rendue obligatoire par des lois pour les indigents temporairement ou définitivement incapables physiquement de pourvoir aux nécessités de l'existence, à défaut d'organisation déjà existante ont d'autre assistance; quant aux indigents valides, sans les exclure de l'assistance, on ne peut leur appliquer l'obligation légale.

L'assistance médicale dans les campagnes est toujours la pierre d'achoppement de l'organisation des services de médecine publique en France. M. *Th. Roussel*, chargé de soumettre l'examen de cette question au Congrès, rappelle que le 10 juin 1888, le ministre de l'intérieur a renvoyé à l'examen du conseil supérieur de l'assistance publique un rapport de M. *Monod* dans lequel il est établi : 1° que le service de médecine des indigents n'est organisé que dans quarante-quatre départements, et que ce service ne s'y étend pas à toutes les communes; 2° qu'actuellement c'est un fait licite, pour les autorités locales, que d'abandonner à lui-même, sans médecin, sans médicaments, un indigent en proie à une maladie qui met ses jours en danger. Pour remédier à cet état de choses, le conseil supérieur a voté, sur le rapport de M. Dreyfus-Brisac, un certain nombre de conclusions tendant à organiser l'assistance médicale dans les campagnes et recommandant à cet effet le système *vosgien*.

Le principe de l'obligation légale à imposer aux communes, pour qu'elles assurent les secours médicaux et pharmaceutiques aux indigents atteints de maladies aiguës ou accidentelles, en cas d'insuffisance de la circonscription communale, le groupement de plusieurs communes en circonscription d'assistance médicale, l'intervention du bureau de bienfaisance ou d'un comité d'assistance dans le fonctionnement du service, notamment dans la confection et la surveillance de la liste des indigents, les mesures propres à assurer l'hospitalisation des malades dans certains cas exceptionnels, le respect de l'autonomie communale partout où la commune ou un syndicat de communes suffit, avec ses ressources propres, à la création et au fonctionnement du service, tels sont les points sur lesquels on est généralement d'accord. Mais dans la réalisation de ces desiderata il y a de véritables difficultés qui, sur le terrain législatif en particulier, sont d'ordre financier : impossibilité d'organiser l'assistance médicale, dans presque toutes les communes qui en sont dépourvues, avec les seules ressources du budget communal, et difficulté de régler et faire accepter la participation du département et de l'Etat aux frais d'établissement du service, à son fonctionnement et à son contrôle. Ce sont ces questions, dit le rapporteur, qui ont fait rejeter le projet de loi qu'il a présenté le 9 juillet 1872 et on peut prédire que c'est de leur solution que dépendra le sort de tout projet de loi futur.

Divers orateurs étrangers viennent donner de précieux et intéressants renseignements sur l'organisation de l'assistance médicale dans les campagnes pour chacun de leurs pays respectifs. Au Mexique, d'après M. *Gorino*, on a prodigué les millions pour améliorer le sort des habitants des petits centres et des travailleurs aux champs ou dans les industries diverses. L'assistance y repose surtout sur l'initiative privée : l'Etat n'intervient guère que lorsqu'il s'agit de médecine ou de chirurgie. Mais il tend de plus en plus à prendre en mains les diverses formes d'assistance, et l'assistance publique universelle devient à l'ordre du jour. En Portugal, suivant M. *Viana*, l'assistance se fait par l'État, par les départements, par les soins de l'initiative privée ; mais l'assistance publique n'est obligatoire que pour les enfants trouvés (complètement) et les indigents (dans une certaine limite). L'élément religieux tient une grande partie de l'assistance. Mais l'insuffisance de l'initiative privée a poussé le Portugal dans la voie de réformes qui sont imminentes.

M. *Bajenow*, expose que l'organisation de l'assistance publique en Russie ne date pas de plus de vingt-cinq ans; elle remonte à Alexandre II. Elle est complètement basée sur la décentralisation administrative; elle se fait par les *zemtwo*, conseils généraux du pays. Il existe de petits hôpitaux communaux de 15 à 20 lits et des médecins de districts ayant chacun de 50 à 60 kilomètres. Il existe des hôpitaux de chefs-lieux où l'on fait surtout de la grande chirurgie. Enfin, depuis dix ans, on s'est mis à installer des asiles d'aliénés; jusque-là, on n'avait rien ou presque rien ; Moscou n'a pas de bel asile et encore ne compte-t-il que 300 lits. Grâce à des donations spéciales et à l'activité de certaines provinces, telles que celle du Volga, de Riagenalès, les asiles s'élèvent. Ce qu'il faut surtout en Russie, ce sont de petits établissements; on devra s'occuper d'agencer le patronage familial et l'assistance des aliénés à domicile. La charité privée a agi très activement, surtout dans les grands centres, notamment à Moscou; dans quelques années, on y trouvera de très belles cliniques complètes avec laboratoire.

M. *Severeano* rappelle qu'en 1852, le gouvernement roumain a appelé à réorganiser le service de médecins militaires un docteur français, M. Davillat. Avant lui les fonctions étaient données à des étrangers; la Roumanie se compose de départements (districts), d'arrondissements, de communes autonomes. Il existe dans les capitales des hôpitaux de district, il en existe dans les communes : ces hôpitaux comportent 15 à 30 ou 50 lits; ils sont en nombre (on en trouve par exemple trois ou quatre) dans les grandes villes, on en rencontre encore dans les arrondissements où ils disposent de 15 à 20 lits. Enfin il convient de

mentionner les fondations privées qui, par legs, ont organisé et entretiennent, sous la forme indépendante, des hôpitaux de 10 à 15 lits; l'ensemble des bonnes œuvres de ce genre disposent de quinze millions de francs qu'elles dépensent en organes divers d'assistance, y compris les consultations gratuites et la distribution de médicaments. Pour remédier à l'éloignement, on a, dans les campagnes, établi des espèces d'ambulances ou d'hôpitaux temporaires à l'aide des ressources matérielles du département de la guerre, mais aux frais du ministère de l'intérieur, puis des ambulances exclusivement civiles; enfin, pour les remplacer, des hôpitaux ruraux siégeant au centre de certaines régions les plus peuplées, et armés de cinquante lits. Cette année même les districts ont organisé de véritables ambulances allant dispenser les secours médicaux sous la forme de consultation et distribuant les médicaments correspondants. Ces médecins ambulants touchent 1000 francs par mois; les médecins ordinaires de district et d'arrondissement sont payés à raison de 500 à 600 francs, les sages-femmes d'arrondissement n'ont que 100 francs. L'obligation des rétributions est à la charge des segments territoriaux. L'inconvénient est que la besogne de ces fonctionnaires est excessive.

En Serbie, d'après M. *Vassit*, tout est dirigé par l'Etat. Au ministère de l'intérieur siège un conseil-directeur de médecins qui commande à l'assistance et aux services sanitaires. Il existe une hiérarchie des médecins de département (qui font des rapports mensuels), des médecins d'arrondissement et des médecins de commune, chargés de rapports journaliers. Une inspection hiérarchisée s'occupe de l'application des règlements de médecine publique et d'hygiène. Le même organisme a été constitué par les vétérinaires. Les traitements sont rémunérateurs, et l'Etat s'en déclare responsable vis-à-vis des fonctionnaires. Les fonds sont entre les mains du Conseil; chaque contribuable y concourt pour une somme de quatre francs; on y verse le produit des amendes et des services de la prostitution. Des comptes spéciaux y sont ouverts pour les hôpitaux et les frais de chaque organe coopérateur. Dix millions de francs sont aujourd'hui attribués à l'hygiène et à la médecine publiques. Malheureusement les paysans sont trop éloignés des centres d'assistance; mais, dès qu'apparaît une épidémie, on installe des hôpitaux et des services spéciaux; comme il n'y a point, à proprement parler, de prolétaires, l'assistance à domicile n'existe pas d'une façon régulière, on s'y transporte simplement en cas de besoin; les dépenses de la commune en pareils cas sont obligatoires.

La Bohême, d'après M. *Balavcki*, possède trois catégories de médecins: les médecins d'Etat, attachés à des services publics, les médecins d'arrondissement ou de district, les médecins privés. Chaque commune est obligée d'avoir un médecin payé par les fonds communaux, et, au besoin, par le pays; on a prévu pour ces services 150 000 francs par an (la loi date de sept ans). Il existe un service de la vaccination; elle est obligatoire dans les écoles; ce service coûte 100 000 francs par an. Les médecins privés comblent volontiers les lacunes. Les médecins des hôpitaux, qui ne sont soumis à aucun service en dehors de l'établissement, se prêtent cependant aux exigences publiques. Il existe des hôpitaux communaux, des hôpitaux de fondation et des hôpitaux subventionnés par l'Etat pour les indigents. Le prix de la journée y est d'un à deux francs par jour. Prague possède un hôpital autonome gouvernemental entretenu au moyen de l'impôt sur les héritages, qui possède le capital de 2 millions de francs. L'organisation est à peu près semblable dans la Basse-Autriche, et notamment à Vienne.

M. *Van der Lyck* ajoute que l'assistance médicale des pauvres se fait, en Moravie, par une loi qui est précisément le projet de loi refusé en France. Chaque commune a un médecin pour ses indigents, les formalités d'état civil, la statistique, les vaccinations (celles-ci ne sont d'ailleurs pas obligatoires, mais on les encourage). Si la commune est trop grande, on prend plusieurs médecins. Si les communes sont trop petites, on forme, par syndicat de quatre, cinq, six communes, des *districts sanitaires;* le médecin est payé par 2 pour 100 d'impôts directs, sinon la Diète de la province (Conseil provincial) fournit une subvention destinée à compléter les sommes nécessaires à l'acquit des dépenses. Enfin il existe un *fonds fixe* dans lequel on puise. Voilà ce qui existe depuis 1884. Néanmoins il manque à peu près cinquante médecins à la campagne, et il se produit ce fait anormal que, dans les plus pauvres communes, la multiplicité des occupations rapporte aux médecins des sommes que les communes les plus riches ne leur donnent plus à raison de la concurrence.

M. *Costa* expose, à son tour, que l'assistance existe dans la République Argentine depuis une cinquantaine d'années. Elle y est cosmopolite comme le pays. Les bureaux de bienfaisance y sont organisés par des dames; mais l'assistance publique officielle ne date que de 1883 (loi du Congrès et ordonnances municipales). La République Argentine se compose de quatorze provinces dont chacune est plus grande que la France et beaucoup sont inexplorées. Les communications y sont très difficiles. Si nous nous limitons à Buenos-Ayres et à la province de Buenos-Ayres, nous y voyons qu'on a emprunté à la France la division; on y trouve l'autonomie du Conseil, vingt sections et vingt arrondissements. Il existe un médecin par arrondissement, des hôpitaux municipaux, des hôpitaux étrangers, des hôpitaux du gouvernement et des hôpitaux militaires. Ceux qui dépendent de l'assistance publique sont au nombre de trois ou quatre; ils sont desservis par des médecins du conseil paroissial (*parocchiat*), de nombreux dispensaires gratuits. On se propose sous peu d'établir des maisons de secours au centre de la ville; on divisera la ville en dix sections; il y en aura quatre à six lits par maison, sortes d'ambulances dans lesquelles on trouvera toujours un médecin de garde. On installe encore une école d'infirmières afin d'essayer de la laïcisation. On espère que cette école donnera la laïcisation. Presque toutes les nations du monde sont représentées dans la République. La France vient d'y construire un hôpital qui est un modèle et auquel on est admis moyennant un abonnement mensuel de 3 fr. 50. Les Sociétés de secours mutuels s'y comptent par milliers. Trois ou quatre Sociétés de charité de dames dispensent des secours, tiennent des crèches, des salles d'asiles, des garderies d'enfants. L'*assistance à l'immigrant* y est faite très largement; il y est reçu dans un asile spécial où on l'héberge, on le soigne, on lui indique l'endroit où il y a du travail et quel travail; le gouvernement le dirige, à ses frais, au lieu en question où il trouve un autre asile dans lequel son patron vient le prendre : mais il ne peut être entretenu plus de cinq jours : notons qu'il y a 2000 immigrants par jour. Dans la campagne, il existe des hôpitaux subventionnés mi-partie par la municipalité, mi-partie par la province et le gouvernement; mais il y a obligation des communes à l'assistance. Chaque département a donc son médecin municipal presque payé par la municipalité.

En Hongrie, d'après M. *Khames*, chaque commune, chaque département a son médecin; il existe une hiérarchie organisée pour le service médical du ministère. La vaccination est obligatoire. Il existe de grands hôpitaux et des maisons pour les aliénés. Les secours à domicile sont obligatoires; ils sont à la charge de la commune. Tous les indigents des hôpitaux et des aliénés sont entretenus par les communes et quelquefois par l'Etat. Il existe des lois spéciales.

Enfin, M. *Heht* fait savoir que dans l'Etat de Massachussets, chaque commune ou municipalité de la campagne a son *gardien des pauvres* pour les indigents; le gardien est obligé de les assister en réclamant au lieu du domicile de secours; sinon, c'est lui qui paye les frais. La vaccination est obligatoire.

Ces renseignements une fois donnés, la discussion reprend sur le rapport de M. Th. Roussel. M. *Margaine* ne croit pas que les communes puissent être placées à la base d'une loi sur l'assistance médicale obligatoire; ce rôle devrait plutôt revenir, en France du moins, à des circonscriptions d'assistance publique, où se grouperaient les bonnes volontés et toutes les ressources, l'Etat veillant toujours à ce que l'assistance soit obligatoirement assurée à chacun. Si l'on ne rend pas, d'après lui, le syndicat des communes obligatoire, ce seront les communes pauvres seulement qui se syndiqueront, tandis que les communes riches garderont leur autonomie, en restant probablement dans le *statu quo* pour ce qui concerne l'assistance médicale.

M. *Dreyfus-Brisac* défend les conclusions adoptées par le conseil supérieur de l'assistance publique. L'assistance obligatoire est votée; on la fera à domicile ou par hospitalisation, mais avec une tendance générale à la faire à domicile; on l'imputera à la collectivité nationale la plus rapprochée de la famille, à la commune, à la paroisse, au zemtwo. Mais on l'atténuera, on en atténuera les frais par l'autorisation de *syndicats* comme en Allemagne (*Landarmenverband*) et, par l'aide d'une unité administrative plus élevée, d'une *province*, d'un *département*, d'un *cercle*, d'un *bezirk;* enfin, en dernier ressort, par l'*intervention*

de l'Etat. Ne centralisez pas, car il faut éviter que les communes puisent à volonté dans les caisses de l'Etat et détournent inconsciemment les fonds de leur destination, car l'assistance ne peut être organisée que suivant les lieux, les circonstances et les besoins locaux; c'est pourquoi on fera choix d'une *autorité intermédiaire* qui s'occupera par région (département, cercle, *provingen*) de la direction générale des services, l'Etat surveillant partout l'accomplissement du devoir d'assister; cette autorité directrice ne supprime pas l'*autonomie communale* qui subsiste pour agir seule ou en s'associant et conserve le soin d'administrer par le moyen de son *bureau d'assistance*, véritable *autorité locale*. Les charges des assistés incombent aux communes dans lesquelles les indigents ont leur *domicile de secours;* cette question sera réglée par une loi nouvelle qui en modifiera, en amendera, en précisera les termes.

M. *Drouineau* partage cette opinion; toutefois il fait observer que si l'on veut que le service médical fonctionne bien, il est juste que les soins donnés par le médecin soient convenablement rétribués. On a déjà essayé d'organiser en France le service de la médecine gratuite dans les campagnes, mais on a échoué parce qu'on n'a pas assez tenu compte des intérêts des médecins, qui ne pouvaient s'y consacrer sans danger pour le bien-être de leur propre famille. Malgré tout son désintéressement, le médecin doit compter avec les exigences de la vie matérielle et il ne peut se contenter d'une rémunération insuffisante, dérisoire même parfois, pour des services considérables.

M. *Lardier* désirerait que le système en vigueur dans le département des Vosges fût adopté exclusivement et devînt obligatoire dans toute la France, parce qu'il donne satisfaction à tous les intérêts, aussi bien à ceux de l'indigent qu'à ceux du médecin. La dépense s'élèverait à peine à 10 centimes par tête d'habitant. Ce qui, d'après M. *Raffalovich*, amènerait malheureusement à l'assurance obligatoire contre la maladie.

M. *Worms* voudrait que dans les conclusions qui seront proposées au vote de l'assemblée, il fût bien spécifié que le principe d'assistance communale obligatoire n'exclut pas l'assistance privée, et, en particulier, les établissements charitables d'institution privée. D'après M. *Th. Roussel*, il ne peut y avoir aucun doute à cet égard : le département, puis l'Etat n'interviendront que dans les communes où l'assistance, soit publique, soit privée, sera reconnue manifestement insuffisante.

Après cette déclaration, le Congrès adopte, à la presque unanimité des membres présents, les résolutions suivantes présentées par M. *Monod :*

1° L'assistance médicale en faveur des indigents malades comprend les soins médicaux et la fourniture des remèdes à domicile ou à l'hôpital; l'indigent malade ne doit être hospitalisé que s'il est établi qu'il ne peut pas être utilement soigné à domicile. — 2° L'assistance médicale est due, à défaut de la famille, par l'unité administrative (la plus petite commune ou paroisse) à ceux des indigents malades qui ont chez elle leur domicile de secours; c'est elle qui doit dresser la liste des indigents admis à l'assistance médicale; cette liste doit être toujours revisable; la commune ou paroisse doit être financièrement intéressée à sa limitation. Plusieurs communes ou paroisses doivent pouvoir se syndiquer pour assurer l'assistance médicale. — 3° L'organisation doit être faite par une unité administrative supérieure à celle de la commune ou de la paroisse; elle doit être telle que les communes ou paroisses plus riches aident les communes ou paroisses plus pauvres, que les départements ou provinces ou cercles plus riches aident les départements ou provinces ou cercles plus pauvres, le tout avec le concours financier et sous le contrôle effectif de l'Etat.

M. *Bourneville*, dans un rapport spécial sur le recrutement des infirmiers et infirmières, fait observer que la laïcisation des hôpitaux de Paris, et surtout la création des écoles d'infirmiers et d'infirmières, permettent de faire un recrutement meilleur du personnel des hôpitaux; ce qui est d'autant plus important à l'heure actuelle que les progrès de la chirurgie, l'emploi de la méthode antiseptique, rendent plus nécessaire que par le passé un personnel instruit, capable de comprendre le pourquoi des précautions qu'on exige de lui. Aussi, laissant de côté toute question de doctrine philosophique ou religieuse, demande-t-il que le Congrès émette un vœu en faveur de l'établissement, dans chaque centre important de population, d'une école d'infirmiers et d'infirmières, pouvant servir au recrutement du personnel hospitalier dans la région. — Cette proposition est adoptée, après quelques observations de M. *Sabran* sur l'organisation du personnel hospitalier de Lyon. Ce personnel est constitué par des religieuses qui peuvent, quand il leur plaît, renoncer à leur vocation et sur lesquelles l'administration a toute autorité pour les accepter ou les renvoyer; en outre, depuis quelques années, existent des cours professionnels, pour instruire le personnel qui aujourd'hui rend les plus grands services.

En Angleterre, on a poussé très loin, comme on sait, l'instruction des infirmiers; chaque hôpital constitue, pour ainsi dire, une école d'infirmiers; du reste, pour y être admis, il faut faire preuve d'une instruction élémentaire suffisante; d'un autre côté, le niveau social de l'infirmière y est bien plus élevé qu'ailleurs.

Dans un second rapport sur la protection des enfants idiots, épileptiques et arriérés, M. *Bourneville* rappelle que, dans la plupart des pays étrangers, notamment aux États-Unis, en Angleterre, en Allemagne, etc., l'hospitalisation des enfants idiots est beaucoup plus avancée qu'en France; que, dans notre pays, le département de la Seine est le seul qui ait fait des efforts sérieux pour assister et surtout hospitaliser cette catégorie d'enfants. Il déclare ensuite que, lors même qu'il ne serait pas possible d'élever un grand nombre de ces enfants à la dignité de l'homme, de leur apprendre un métier, il faudrait quand même les assister. Cette assistance doit toujours avoir lieu le plus près possible de leur domicile et même, chaque fois que cela se peut, à leur domicile même. Se basant sur ce principe, il demande la création par les départements, d'asiles départementaux ou interdépartementaux pour le traitement et l'éducation des enfants idiots, imbéciles, arriérés, épileptiques, etc., c'est-à-dire du groupe le plus considérable des enfants anormaux. Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

M. *Drouineau* entretient le Congrès de la question du domicile de secours pour lequel il demande une série de réformes, faciles à adopter dans la pratique, ainsi que des moyens d'atténuer la mortinatalité et l'infanticide. Il faut secourir l'enfant même avant sa naissance; la recherche de la paternité n'étant pas admise, le tour ayant été supprimé, il faut assurer à la mère le secret de la faute commise tout en rendant l'accouchement facile. Les Maternités actuelles, peu nombreuses, ne peuvent être ouvertes qu'aux femmes légitimes n'ayant aucun motif de dissimuler une grossesse, mais elles demeurent fermées à toutes les femmes ou filles enceintes, voulant laisser ignorer une faute et cacher leur état. La création d'asiles spéciaux de secours peut seul répondre à ce besoin et aider ainsi à sauver un grand nombre d'enfants. C'est le département qui doit prendre l'initiative de cette création et en accepter la charge, car il est responsable des enfants assistés qui, pour la plupart, ont l'illégitimité pour origine.

M. *Sevestre* se demande si les nouveau-nés abandonnés doivent être de suite envoyés à la campagne, ou s'il ne convient pas, dans certains cas, de les garder quelque temps à l'hospice dépositaire. Les rapporteurs du service des Enfants-Assistés au Conseil général ont toujours soutenu, avec Parrot, que le séjour de ces enfants doit être aussi court que possible en raison des dangers qu'ils courent à l'hôpital. Aujourd'hui cependant, avec les améliorations qui ont été apportées dans le service, cette règle n'est plus aussi absolue. M. Sevestre fait remarquer que beaucoup d'enfants arrivent dans un état de débilité excessive, si bien que sur 1978 enfants au-dessous d'un an, il y en avait 249 dont le poids était inférieur à 2500 grammes. D'autres sont malades au moment de leur entrée. Parmi les enfants conservés à l'hospice et nourris au sein dans le courant d'une année, 46 sont morts de débilité congénitale, 8 d'athrepsie, 7 d'affections pulmonaires, 3 à la suite de convulsions, 1 d'abcès multiples, 1 de variole (contractée avant son entrée). Par contre, un certain nombre d'entre eux se sont bien trouvés de leur séjour, et ont présenté dans l'espace de quelques semaines des augmentations de poids de 400, 600, 800 grammes. Envoyés à la campagne, beaucoup de ces enfants auraient succombé. Certains des enfants ainsi conservés à l'hôpital ont contracté des maladies contagieuses: il y eut chez les enfants au-dessous d'un an 7 cas de rougeole (2 guérisons et 5 morts) et 6 cas de diphthérie (1 guérison et 5 morts). De sorte que, en réalité, l'influence funeste de l'hôpital se chiffre par 10 décès imputables à des maladies contagieuses. Il faut ajouter cependant, pour apprécier exactement le rôle de l'influence nosocomiale, un certain nombre de cas de broncho-pneumonie ; mais, dans l'ignorance où nous sommes encore de la nature et des causes de cette maladie, il

est difficile de préciser la quantité des cas imputables au séjour à l'hospice.

Arrivant ensuite à la nourricerie, pour les enfants syphilitiques ou suspects de syphilis, M. Sevestre décrit l'installation et le fonctionnement du service, et étudie les résultats observés chez les enfants qui s'y trouvent. Ils ont souvent, dans les premières semaines, de la diarrhée, très fréquemment aussi, même sans diarrhée, une perte de poids; puis même, dans les cas favorables ils restent souvent pendant un temps assez long dans un état stationnaire; finalement l'augmentation de poids se produit pour quelques-uns et s'accentue progressivement. D'autres, au contraire, dépérissent. En somme, les résultats sont certainement moins bons que si l'enfant était nourri au sein, mais il ne faut pas oublier que cet allaitement au sein est impossible. Les résultats étaient déplorables quand les enfants étaient élevés au biberon.

En résumé, la conclusion de cette étude est la suivante : toutes les fois que l'enfant, au moment de son admission, présente des conditions de vitalité suffisantes, il doit tout de suite être envoyé à la campagne, mais les enfants débiles ont actuellement des chances sérieuses de survie s'ils sont conservés à l'hospice ; le séjour dans cet établissement n'est plus fatalement mortel, comme cela avait lieu autrefois. L'administration étudie d'ailleurs en ce moment un projet dans lequel les enfants débiles seraient gardés dans un établissement spécial situé dans la banlieue de Paris.

MÉDECINE LÉGALE

Le Congrès de médecine légale ne sera pas encore achevé au moment où ces lignes seront publiées; commencé avant-hier 19, il réunit, sous la présidence de M. Brouardel, un certain nombre de médecins légistes et de magistrats et présente ainsi un caractère tout particulier; les discussions y sont brillantes, les conclusions vivement discutées.

La première question soumise est celle des traumatismes cérébraux et médullaires dans leurs rapports avec la médecine légale. M. *Vibert*, l'un des rapporteurs, appelle plus spécialement l'attention sur certaines dissociations bizarres des facultés intellectuelles que l'on voit parfois à la suite d'une commotion cérébrale, tels que de l'amnésie, de l'aphasie, des modifications plus ou moins grands de caractères, etc. ; après des accidents passagers et sur ce fond permanent, se greffe des épisodes aigus, des accès de délire, avec perte subite de connaissance, de la manie, parfois des idées ambitieuses, qui pourraient faire craindre la paralysie générale ; puis, pendant deux ou trois ans, tout rentre dans l'ordre; cependant ces individus sont gravement atteints, ils sont marqués pour la folie ou la démence. Le traumatisme doit être considéré ici comme la cause à peu près unique des accidents et il y a lieu d'établir en conséquence les responsabilités.

En dehors de ces états morbides, M. *Gilles de la Tourette*, second rapporteur pour la même question, fait observer, après une étude très complète des divers cas signalés dans la littérature médicale, que le traumatisme est susceptible de développer certaines affections nerveuses et particulièrement la neurasthénie et l'hystérie, le plus souvent associées l'une à l'autre, mais il ne faudrait pas croire qu'il puisse les créer de toutes pièces; il semble nécessaire, pour sortir tous ses effets, qu'il agisse sur des sujets prédisposés.

M. *Vibert* est d'avis que la prédisposition ne joue ici qu'un rôle secondaire et que le facteur le plus important dans la production du *railway brain* est bien le traumatisme physique; la part qui revient à l'émotion n'est pas non plus considérable ; enfin, si, comme on le dit, l'hystérie de l'homme et celle de la femme diffèrent, et si le *railway brain* est de l'hystérie, pourquoi les rares femmes qui en sont atteintes présentent-elles les mêmes symptômes que les hommes? L'hystérie varierait donc non seulement selon les sexes, mais encore d'après la cause qui la provoque. C'est pourquoi M. *Brouardel* voudrait que le terme d'hystérie ne fût pas appliqué à ces accidents. Ce qu'à la Salpêtrière l'école de M. Charcot considère comme les stigmates de l'hystérie, les anesthésies diverses, le rétrécissement du champ visuel, etc., les médecins légistes l'observent chez les prisonniers qui, après avoir mené une existence active, sont soumis au repos presque absolu, de même pour les ouvriers blessés. Il y a bien plutôt là un trouble de nutrition qui donne naissance à des produits toxiques, causes de tous les accidents observés; n'a-t-on pas isolé en effet chez un individu qui présentait des crises épileptiformes, un alcaloïde convulsivant pour la grenouille, ainsi qu'un alcaloïde anesthésiant chez un mélancolique? Des recherches sont à tenter dans cette direction. Quant au rôle joué par la prédisposition, il a été exagéré; sans doute, si l'on donne à la famille nerveuse l'extension que Bazin donnait autrefois à l'arthritisme, tout le monde sera prédisposé; il y a là un réveil à éviter, car dans les expertises médico-légales on ne trouve pas beaucoup de malades qui soient vraiment des prédisposés.

M. *Motet* estime qu'il y a une distinction à faire entre les cas légers et les cas graves ; les premiers appartiennent peut-être à l'hystérie, les autres se rapprochent bien plus des grandes formes des maladies cérébrales à marche progressive et, en particulier, de la paralysie générale. Tel est aussi l'avis de M. *Garnier;* les cas graves aboutissent aux asiles d'aliénés ; or, l'état mental de ces individus n'est pas l'hystérie; c'est bien ce que Lasègue a décrit sous le nom de cérébraux. Sans doute, il est bien difficile, ajoute M. *Christian*, de ne pas faire jouer dans ces cas un rôle au traumatisme ancien, quelle que soit d'ailleurs la forme d'affection mentale que présentent ces malades; le traumatisme cérébral peut déterminer n'importe quelle affection nerveuse ; est-il bien nécessaire de créer des termes nouveaux pour désigner l'ensemble des symptômes qu'il occasionne. Il faut aussi se mettre en garde, fait remarquer M. *Lacassagne*, contre les symptômes procéduriers que présentent fréquemment les malades qui ont subi un tel traumatisme; car ils sont bientôt entourés d'émissaires de compagnies véreuses qui leur font miroiter des indemnités à obtenir : ils surveillent alors tous leurs mouvements, et les symptômes en question commencent à se montrer. Lorsqu'après avoir passé par une série de juridictions, après plusieurs années quelquefois, l'indemnité est définitivement fixée, l'état ne tarde pas à s'améliorer. Faut-il ranger cette catégorie de symptômes dans un sous-chapitre de l'hystérie?

Pour M. *Gilles de la Tourette* il n'est pas douteux que le traumatisme cérébral puisse, dans certaines circonstances, déterminer de la paralysie générale, de la paralysie agitante, etc., mais il n'est pas douteux non plus qu'il donne souvent naissance à l'hystérie. Résumant la discussion, M. *Motet* fait approuver par le Congrès la déclaration suivante :

Dans l'état de la science, il est difficile, parfois même impossible, de déterminer rigoureusement les conséquences des traumatismes cérébraux et médullaires : Des malades paraissant gravement atteints peuvent guérir après plusieurs mois, plusieurs années; d'autres qui, après l'accident, ont pu sembler rester indemnes, sont pris de complications graves et ne guérissent pas. Une observation attentive et suffisamment prolongée permettra seule de fixer le pronostic, et de sauvegarder aussi bien les intérêts de l'auteur du traumatisme que ceux de la victime. Dans ces conditions, les médecins experts ne devraient être tenus qu'à donner leur appréciation sur l'état actuel, et pourraient alors, réservant l'avenir, ne formuler des conclusions définitives qu'après un long temps. Les tribunaux auraient à déterminer provisoirement dans quelle mesure la réparation serait due aux victimes, jusqu'au dépôt du rapport établissant les responsabilités.

Dans un rapport sur l'intervention des experts dans la procédure à fin d'interdiction ou main-levée d'interdiction, M. *Motet* rappelle tout d'abord qu'au terme de l'article 489 du Code civil, le majeur qui est dans un état habituel d'imbécillité, de démence ou de fureur, doit être interdit, même lorsque cet état présente des intervalles lucides. Ainsi, pas de difficulté lorsqu'il s'agit de cas bien nets, bien francs, où l'incapacité est évidente pour tout le monde; mais il s'en faut beaucoup que dans la pratique les choses soient aussi simples. L'imbécillité comporte une infinie variété de degrés, et la distance est grande entre l'imbécile qui n'a jamais pu apprendre à lire, à écrire, et le débile intellectuel qui, malgré son insuffisance, a vécu de la vie des enfants, des jeunes gens de son âge, mais qui, arrivé à la puberté est envahi par des appétits qui le prennent tout entier et auxquels il est incapable de résister. Pour arriver à apprécier toutes ces différences, il faut une grande expérience; or les magistrats enserrés dans un article précis, formel du Code, ne doivent pas se décider que si, par eux-mêmes, ils jugent que les conditions de l'article 489 du Code civil sont remplies. Cependant, il semble

qu'il serait de l'intérêt de tous que sa religion fut parfois mieux éclairée, et qu'à défaut de connaissances spéciales, il fût guidé dans ses recherches par un homme plus expérimenté que lui.

Aussi M. *Motet* pense-t-il que, aussi bien au moment où l'interdiction est demandée, qu'au moment où les tribunaux sont saisis d'une demande de main-levée, un examen médical serait utile. Il déterminerait d'une manière précise l'état mental de l'aliéné, les chances probables d'une guérison ou les conditions particulières qui ne permettent plus de l'espérer. Il établirait un diagnostic rigoureux, et lorsqu'il ne serait pas possible, cliniquement, scientifiquement, d'appliquer à l'état mental étudié les termes d'imbécillité ou de démence, il ferait voir que l'étendue, la chronicité d'un désordre intellectuel, emportent, *de plano*, l'incapacité absolue à se diriger, à gérer ses affaires, et justifient la mesure de l'interdiction. Cette opinion rallie l'unanimité du Congrès.

Les abus de la morphine donnent lieu, au point de vue médico-légal et sur le rapport de MM. *Lutaud* et *Descouts*, à une longue discussion, qui se termine par l'adoption des propositions suivants :

1° Les droguistes et fabricants de produits chimiques et pharmaceutiques ne pourront vendre de la morphine et de la cocaïne qu'aux pharmaciens ; la livraison du toxique ne pourra avoir lieu qu'à domicile ; 2° les pharmaciens ne pourront exécuter qu'une seule fois, à moins de mention contraire inscrite par le médecin, une ordonnance contenant de la morphine ou de la cocaïne.

A propos de la syphilis des nourrices, M. *Morel-Lavallée* examine, dans un rapport très étudié, la conduite que le médecin doit ou peut tenir, suivant les cas, lorsqu'il se trouve en présence d'un enfant ou d'un nourrisson syphilitique.

MM. *Brouardel* et *G. Pouchet* énumèrent, dans un important rapport, les symptômes de l'intoxication arsenicale chronique et rendent compte de leurs recherches, qu'ils ont communiquées il y a deux mois à l'Académie de médecine, sur les modes et la durée de l'élimination hors du corps humain de l'arsenic et de ses composés.

MM. *Guillot* et *Demange*, étudiant les moyens les plus propres, à garantir, dans les expertises médico-légales, les intérêts de la société et des inculpés, proposent l'adoption des considérations ci-après :

Pour garantir les intérêts de la société et de l'accusé, il y aura dans toute expertise médico-légale deux experts au moins ; l'un sera désigné par l'inculpé ou lui sera donné d'office, en cas d'urgence, s'il est absent ou s'il refuse de le désigner lui-même ; ils auront les mêmes droits, prêteront le même serment, feront un unique rapport et seront rétribués également par l'Etat. Ces experts seront choisis sur des listes officielles dressées par les pouvoirs publics et les corps scientifiques désignés à cet effet. Les personnes qui, à la suite d'un concours devant un jury composé de professeurs des Facultés et de magistrats, auront obtenu un diplôme spécial, pourront seules être inscrites sur ces listes. Le système de la pluralité des experts impose la constitution, au siège des Facultés de médecine, d'un conseil suprême de médecine légale qui sera chargé de départager les experts de la région et de statuer en dernier ressort. Le juge d'instruction doit assister aux autopsies et constatations, sauf dans certains cas particuliers, de façon à fournir à l'expert les renseignements de fait pouvant éclairer ses recherches. L'avocat de l'inculpé peut y assister également, afin de pouvoir signaler à l'expert les objections de la défense. Un enseignement comprenant les principes généraux de la médecine légale doit compléter, dans les Facultés de droit, l'étude de la procédure criminelle. Il convient, pour faciliter les études de médecine légale, d'admettre comme exception au principe du secret de l'instruction que les autopsies pourront avoir lieu devant les élèves des cours, ainsi que l'usage s'en est établi, sauf le droit de veto du juge. Il y a lieu de constituer, dans les établissements consacrés à la médecine légale ou dans les greffes, des archives et collections de pièces à conviction sous la direction des magistrats et des experts.

M. *Lacassagne* désirerait qu'en médecine légale on introduisit d'une manière régulière la pratique des examens méthodiques faits d'après des feuilles préparées d'avance et variables suivant les cas ; le travail d'expertise serait de cette façon beaucoup facilité pour ceux des médecins, et ils sont nombreux, qui sont peu versés dans les questions médico-légales. Il prend pour exemple celui des petites filles victimes d'attentat à la pudeur, parce que, aux assises, un tiers des inculpés sont cités pour des faits de cette nature.

Il faut examiner les petites filles le plus tôt possible après l'attentat, parce que certaines rougeurs sont très fugitives et auraient disparu au bout de deux ou trois jours.

L'examen doit être fait devant une tierce personne, et il doit être précédé d'un interrogatoire de l'enfant. Il faut passer en revue successivement les cuisses, le périnée, les organes génitaux, la région anale, voir si l'hymen est intact et s'il existe un écoulement uréthral ou vaginal ; un point important consiste à rechercher s'il n'y a pas de traces d'onanisme. Il n'existe aucun signe spécial qui permette d'affirmer la masturbation habituelle ; il signale pourtant la douleur mammaire comme un symptôme d'une certaine valeur. Ne pas oublier d'examiner les vêtements que la petite fille portait au moment de l'attentat. Avant de conclure, il faut toujours demander à faire un second examen, après un intervalle de six à huit jours par exemple. Il est bien entendu que les investigations doivent porter non seulement sur la victime, mais aussi sur le violateur.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Étude descriptive des médicaments naturels d'origine végétale, par le professeur Horlant. 2e fascicule avec planches coloriées. Paris, E. Lecrosnier et Babé. 4 fr.

Manuel technique et pratique d'anthropométrie crânio-céphalique (méthode, instrumentation) à l'usage de la clinique de l'anthropologie générale et de l'anthropologie criminelle, par M. le professeur M. Benedikt, traduit et remanié avec le concours de l'auteur, par M. le docteur Kéraval, ouvrage précédé d'une préface de M. le professeur Charcot. 1 vol. in-8° avec 26 figures intercalées dans le texte et une planche. Paris, E. Lecrosnier et Babé. 5 fr.

L'acide urique, sa physiologie et ses rapports avec les calculs rénaux et la gravelle, par M. le professeur Garrod, ouvrage traduit par M. le docteur Henri Cazalis. 1 vol. in-8°. Paris, E. Lecrosnier et Babé. 2 fr.

Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme, par M. Paul Sollier. 1 vol. in-18 jésus. 2 fr. 50

Fibromes utérins, leur traitement par l'électrolyse (méthode Apostoli) et leur élimination fréquente sous-muqueuse par l'action de l'électricité, par M. le docteur La Torre (de Rome). 1 vol. in-8° de 50 pages. Paris, O. Doin. 1 fr. 50

Nouveau traitement chirurgical des maladies inflammatoires des reins et des uretères chez la femme, par M. le docteur Scherwood Dunn. 1 vol. grand in-8° de 150 pages avec figures dans le texte et une planche hors texte. Paris, O. Doin. 3 fr. 50

Traité de botanique médicale cryptogamique, suivi d'un tableau du droguier de la Faculté de médecine de Paris, par M. le professeur H. Baillon. 1 beau volume grand in-8° de 400 pages avec 370 figures. Paris, O. Doin. 10 fr.

Du traitement des fibromes utérins par la méthode d'Apostoli (l'électrolyse utérine) avec une lettre-préface du docteur Apostoli, par M. le docteur Delétang (de Nantes). 1 vol. in-8° de 16 pages. Paris, O. Doin. 1 fr.

L'hygiène prophylactique, microbes, ptomaïnes, désinfection, isolement, vaccinations et législation, par M. le docteur Dujardin-Beaumetz. 1 vol. grand in-8° de 250 pages avec figures dans le texte et une planche chromolithographique hors texte. Paris, O. Doin. Broché. 6 fr.
Cartonné, tête dorée. 7 fr.

Manuel de pathologie et de clinique chirurgicales, par MM. A. Samain et F. Terrier. 3e édition, t. IV, 1er fascicule, par MM. F. Terrier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, A. Broca et H. Hartmann.
Ce fascicule contient les maladies des gencives, des maxillaires, de l'articulation temporo-maxillaire, de la langue, du plancher buccal et de la glande sous-maxillaire, de la région parotidienne, de la voûte palatine et du voile du palais, des amygdales et du pharynx, de l'œsophage. 1 vol. grand in-18. Paris, F. Alcan. 4 fr.

Le sommeil provoqué et ses états analogues, par M. le docteur A. Liébeault (de Nancy). 1 vol. in-18 jésus de 325 pages. Paris, O. Doin. 4 fr.

Électricité médicale, éclairage et galvanocaustique, par M. le docteur J. Garel (de Lyon). Une brochure in-12 de 60 pages avec 23 figures dans le texte. Paris O. Doin. 1 fr. 50

La vie du soldat au point de vue de l'hygiène, par M. le docteur E. Raveuez (*Bibliothèque scientifique contemporaine*). 1 vol. in-16 de 375 pages avec 55 figures. Paris, 1889. J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

Études pratiques sur la diphtérie et le choléra, par M. le docteur Léon Raphaël. 1 vol. in-18 de 276 pages. Paris, 1889. J.-B. Baillière et fils. 4 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

20151. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

SUPPLÉMENT THÉRAPEUTIQUE

DE LA

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la goutte.

Si la thérapeutique fait un usage fréquent des préparations de colchique dont le nombre laisse quelquefois le médecin dans l'embarras du choix, et cela à juste raison, il n'en est pas moins vrai qu'on les prescrit souvent sans en connaître exactement l'énergie et la force; et cependant les auteurs anciens et modernes ont été unanimes à reconnaître l'efficacité de ce médicament contre la goutte.

D'après les travaux de Garrod, que l'on doit toujours citer à propos de cette diathèse, le colchique exerce une action favorable sur l'évolution de l'inflammation goutteuse; « son influence, dit-il, n'est pas limitée aux phénomène de la goutte articulaire : elle se montre encore toute-puissante contre les formes larvées ».

En France, le docteur Fiévée fait le plus grand éloge de ce médicament comme anti-goutteux ; selon ce praticien, le colchique est pour la goutte ce que le sulfate de quinine est pour les fièvres intermittentes.

Lecorché, dans son *Traité théorique et pratique de la goutte*, conclut que le colchique diminue l'acidité de l'urine et qu'il est prescrit avec avantage dans toute manifestation articulaire ou viscérale de la goutte; mais c'est surtout dans le traitement des attaques aiguës qu'on doit l'employer.

Si l'on réfléchit maintenant que le principe actif du colchique est la colchicine qui en a toutes les propriétés thérapeutiques, que les préparations pharmacologiques varient notablement dans leur teneur en colchique suivant la partie de la plante employée, on conçoit le prix que doit attacher tout praticien à une préparation toujours identique à elle-même et d'un dosage certain.

Le problème ainsi posé : substituer à un remède infidèle et variable une préparation constante et d'un dosage mathématique, a été résolu de la façon la plus heureuse par M. Houdé, qui, préparé à son sujet (1) par une étude approfondie du colchique, a réussi à obtenir la colchicine cristallisée, c'est-à-dire à l'état de pureté parfaite.

Bien plus, les propriétés physiologiques de la colchicine ont été établies avec précision par M. le docteur Laborde, qui les a consignées dans un travail et résumées ainsi : « En fin de compte, tout, dans notre étude expérimentale, concourt à démontrer une participation prépondérante et élective du système nerveux ganglionnaire dans l'action physiologique de la colchicine. »

Les données expérimentales, rapprochées des essais cliniques, permettent une systématisation rationnelle concernant l'emploi de la colchicine dans l'affection goutteuse : son mode d'action s'explique par l'effort gastro-intestinal qu'elle provoque et par son action vaso-motrice localisée.

(1) Laborde et Houdé, *le Colchique et la Colchicine*. Paris, 1887.

MM. Mairet et Combemale (1), désireux de préciser l'influence de la colchicine sur l'excrétion de l'acide urique en dehors de tout accès, ont recueilli et dosé, pendant six séjours consécutifs, les urines de deux arthritiques; puis ils ont administré 5 milligrammes de colchicine; ils ont trouvé que la quantité d'acide urique excrétée après l'absorption de la colchicine était double que celle d'avant. En résumé, disent-ils, la colchicine agit, suivant les doses, soit comme diurétique, soit comme purgatif; elle augmente l'excrétion de l'acide urique et diminue celui qui est contenu dans le sang.

L'observation suivante, dont le sujet est un médecin, montrera avec quelle confiance on peut prescrire les granules de colchicine Houdé dans la goutte, car dès les premières évacuations, ils provoquent une détente absolue de l'accès goutteux et de ses douleurs aiguës :

Obs. — Trente-sept ans, pas d'antécédents héréditaires. A dix-huit ans, première atteinte de rhumatisme articulaire; à trente-deux ans, deuxième attaque de rhumatisme avec hydarthrose double ayant exigé un traitement de trois mois. En décembre 1886, attaque suraiguë de goutte localisée au gros orteil gauche. Durée, vingt jours. Traitement : salicylate de soude et alcalins. En janvier 1887, deuxième atteinte de goutte au gros orteil droit. Durée, quinze jours; traitement : teinture de colchique, lithine.

Pendant quatre à cinq mois, ardeurs passagères fréquentes du gros orteil. En août, je me suis procuré des granules de colchicine Houdé, sur les conseils d'un de mes confrères qui en avait obtenu de très bons résultats. Depuis août 1887, j'ai eu à trois reprises des craintes sérieuses d'une nouvelle attaque; chaque fois, sous l'influence de la colchicine, les accès ont avorté; je prenais le premier soir quatre granules, trois le second et deux le troisième; le lendemain matin, j'étais étonné de la diminution des douleurs; le surlendemain tout était fini.

Je n'ai observé aucun phénomène insolite pouvant être mis sur le compte de la colchicine; comme traitement préventif des accès goutteux, je n'ai pas encore échoué une seule fois avec ce médicament.

Un titrage d'une exactitude mathématique s'imposait dans le mode d'administration d'un médicament doué d'une activité aussi réelle; d'autre part, la pureté chimique de la substance ayant en thérapeutique une importance capitale, nous avons cru réunir toutes les garanties exigées d'un médicament chimiquement pur, en préparant avec la plus grande rigueur les granules de colchicine Houdé; chaque granule est exactement dosé à 1 milligramme, ce qui permet d'en régler l'emploi avec précision.

De toutes les observations recueillies, il résulte qu'au point de vue thérapeutique, la colchicine cristallisée constitue un médicament curatif et surtout préventif de l'accès goutteux proprement dit, et mérite, à cet égard, toute l'attention des médecins.

(1) Communication à l'Académie des sciences.

THÉRAPEUTIQUE

La Digitale.

La séance du 22 janvier de l'Académie de médecine a été animée par une discussion que M. Germain Sée a soulevée au sujet de l'emploi médicinal du strophantus et de la strophantine. La doctrine que le savant professeur a soutenue, très scientifique et très séduisante, invoque une opinion d'un de nos plus illustres expérimentateurs ; et il l'a résumée dans une phrase très bien frappée : « Ce sera, dit-il, l'honneur de la médecine moderne et de la chimie biologique de substituer, selon la grande idée de Cl. Bernard, partout et toujours, aux plantes sauvages et aux médicaments empiriques en général, les principes chimiques rigoureusement déterminés. » Si cette phrase est l'expression d'un vœu, c'est parfait; mais, si elle a la prétention d'offrir une doctrine actuelle et absolue, elle renferme deux mots, « partout et toujours », qui sont de trop.

Il est très vrai, nous nous empressons de le reconnaître, que la tendance à laquelle la phrase de M. Germain Sée applaudit avec tant de raison, existe, et que nous devons réunir nos efforts pour lui faire la voie de plus en plus large. Mais la science n'est pas encore allée jusque-là que toutes les plantes qui jouent un rôle dans la matière médicale aient répondu aux investigations de la chimie ; et il s'en faut de beaucoup, malgré l'affirmation très respectable de M. le professeur Germain Sée, que les alcaloïdes retirés d'une plante soient toujours supérieurs, comme agents thérapeutiques, à la plante elle-même avec la réunion de tous ses principes. Souvent même, on le sait, les effets produits par les alcaloïdes offrent, avec les résultats obtenus par l'emploi de la plante mère, une différence telle, qu'on ne saurait hésiter à recourir à cette dernière.

Prenons pour exemple la digitale, notre diurétique le plus sûr, l'agent le plus efficace de la médication antipyrétique, dont les propriétés ont été confirmées par trente années d'expérimentation. Si l'on pose cette question : Doit-on préférer, dans la pratique médicale, les alcaloïdes de la digitale à la plante mère? un de nos thérapeutistes les plus compétents, M. le docteur Dujardin-Beaumetz, va nous répondre : « Dans l'état actuel de la science, vu la complexité chimique de ces composés et leur action physiologique variable, il vaut mieux, en attendant, conseiller l'usage de la plante mère. »

La réponse est catégorique. Pourtant, les alcaloïdes de la digitale ont été, sinon trouvés, du moins cherchés et étudiés avec le plus grand soin par de savants chimistes et médecins. Mais la digitaline soluble dans l'eau et l'alcool, la digitaline amorphe et insoluble, et la digitaline cristallisée, ne sont, d'après Schmiedeberg, que des mélanges de principes préexistant dans la plante ou des corps de décomposition ; il ne reconnaît comme principes chimiques purs que les quatre corps suivants : la digitonine, la digitaline, la digitaléine et la digitoxine, dont les trois premiers auraient, d'après Hoppe, des propriétés qui les rapprocheraient de la plante mère, et dont le quatrième, de six à dix fois plus actif, n'est pas d'un emploi sans danger. Il résulte de là que la plante mère se trouve logiquement et nécessairement attachée à la pratique médicale dans un rang incontestablement supérieur à celui des agents tirés de son sein, jusqu'au moment où la science, isolant ceux-ci nettement, pourra différencier chimiquement les propriétés diverses dont la plante jouit et qui, aujourd'hui, peuvent être considérées comme concourant à l'effet principal pour lequel elle a été surtout étudiée, à savoir les effets sur le cœur.

Or ces considérations ont une grande importance. En effet, l'agent thérapeutique adopté, c'est-à-dire la plante mère, est un corps très composé, dont les éléments ont des propriétés chimiques et physiologiques diverses; et il importe de choisir le mode de préparation qui doit donner de la manière la plus certaine tout l'ensemble de ces éléments réunis et combinés. Labélonye, dont le mode de préparation a été adopté dans la dernière édition du Codex, se plaçant précisément à ce point de vue, a repoussé la méthode de l'infusion aqueuse prolongée, qu'on avait considérée comme donnant le meilleur produit pour l'usage médical, et il a démontré que la plante doit être traitée par l'alcool hydraté à 22 degrés, qui, dissolvant l'huile volatile, la résine et les principes amers, fournit un extrait hydro-alcoolique, qui, préparé dans le vide, présente associées toutes les propriétés de la plante.

Le rapport lu à l'Académie de médecine le 23 janvier 1872, par M. Buignet, a mis hors de contestation que la solution hydro-alcoolique de digitale doit être la base des préparations digitaliques; et c'est d'après ce principe que Labélonye a créé le sirop de digitale, dont les effets constants démontrent qu'il possède réellement toutes les propriétés de la digitale, produisant chez les hydropiques et les cardiaques des effets franchement diurétiques, se montrant éminemment utile dans plusieurs affections des voies respiratoires, asthme, coqueluche, hydropisie de poitrine, etc., déterminant le ralentissement du pouls, calmant les palpitations en rendant les battements du cœur plus fermes et plus réguliers, etc.; en un mot, donnant tous les résultats propres à la digitale elle-même.

Pour appuyer ce que nous venons de dire sur la préférence à donner à la plante mère, dans l'application médicale de la digitale, citons ici le passage suivant que nous lisons dans le *Dictionnaire* de M. Dujardin-Beaumetz : « Dans les maladies du cœur s'accompagnant d'une exsudation aqueuse abondante, suite de la stase du sang dans le système veineux, la *digitale* fait disparaître cette stase et aide à la résorption des exsudats séreux en régularisant les fonctions du cœur et la distribution du sang », ce qui révèle évidemment une action aussi complète que profonde.

(Extrait de l'*Union médicale*.)

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

20151. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

TRENTE-SIXIÈME ANNÉE — N° 35 — 30 AOUT 1889

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

BULLETIN

Paris, 28 août 1889.

L'assainissement des villes françaises.

Le *Journal officiel* a publié, il y a quatre jours, un important rapport adressé par M. le professeur Proust, inspecteur général des services sanitaires, sur l'assainissement de la France. Il semble que ce travail considérable, préalablement discuté et approuvé par le Comité consultatif d'hygiène publique de France, forme comme la conclusion naturelle des délibérations du Congrès international d'hygiène dont nous rendions compte il y a huit jours. Il marque en tout cas une nouvelle étape dans la voie progressive que n'a cessé de suivre l'administration sanitaire française depuis plusieurs années. Le moment paraît en effet tout particulièrement bien choisi pour entretenir le gouvernement et l'opinion publique de ces questions générales d'hygiène qui revêtent un intérêt d'autant plus grand que leur vulgarisation s'étend davantage. Dans quelques semaines le suffrage universel chargera des affaires publiques des nouveaux mandataires ; ils auront vraisemblablement à assurer d'une manière définitive l'organisation sanitaire qui permettra de généraliser les pratiques de l'hygiène publique sur les divers points du territoire ; ils devront aussi modifier la législation de telle sorte que l'égoïsme des intérêts particuliers ne puisse ici prévaloir contre les légitimes exigences de l'intérêt général.

Par une heureuse comparaison, M. Proust a eu soin de faire observer tout d'abord que « la méthode antiseptique et les pansements propres ont diminué dans des proportions considérables la mortalité des femmes en couches et des opérés ; il serait également facile, ajoute-t-il, d'obtenir par l'assainissement des localités malsaines des résultats aussi heureux pour la prophylaxie des maladies infectieuses et contagieuses ». Or les exemples abondent qui démontrent que certaines villes, tant françaises qu'étrangères, ont vu leur mortalité générale, et surtout leur mortalité par la fièvre typhoïde, diminuer dans des proportions considérables et continues. « C'est seulement lorsque nos villes seront assainies que l'on verra diminuer également la mortalité causée par les maladies infectieuses et surtout par la fièvre typhoïde dans notre population civile et dans notre armée ; c'est seulement alors que, nos ports présentant un terrain réfractaire à la pénétration des germes morbides exotiques, on pourra supprimer complètement les dernières entraves quarantenaires. Il est donc du devoir des municipalités et du gouvernement d'assainir, dans le plus bref délai possible, les villes, les ports et le pays tout entier. » Les maladies évitables sont en effet de deux ordres : « les unes sont exotiques, c'est-à-dire que, nées sur un autre sol, elles ne pénètrent chez nous que par importation ; les autres sont autochtones ou acclimatées. » Ce n'est ici ni le lieu ni le moment de discuter le plus ou moins d'exotisme de telle ou telle apparition épidémique dans un de nos ports ou l'une de nos villes. Au point de vue de l'hygiène, la règle à suivre est toujours la même ; il importe de s'en convaincre.

La prophylaxie des épidémies et des maladies transmissibles comprend un certain nombre de mesures dont l'exécution peut être abandonnée ou confiée à l'administration sanitaire ; dans ce dernier cas, ces mesures doivent être conformes à la législation générale ou spéciale. Parmi ces mesures, les unes sont d'une exécution immédiate et leur rapidité d'application doit être en rapport avec l'urgence du but à atteindre ; les autres peuvent avoir une échéance plus éloignée. C'est qu'en effet l'histoire de toutes les épidémies montre qu'elles naissent ou se propagent surtout dans les milieux insalubres ; c'est là qu'elles exercent leurs plus grands ravages, qu'elles ont la plus longue durée et qu'elles font le plus de victimes. Accroître la salubrité d'une localité ou d'un pays, c'est tout au moins prémunir cette localité, ce pays, contre la violence des manifestations épidémiques. La science a démontré tout ce que l'on gagne à stériliser l'air, l'eau, le sol, à les rendre impropres à la culture des micro-organismes, causes ou effets des maladies transmissibles, caractéristiques en tout cas de leur pouvoir de propagation. Au point de vue pratique il convient donc de s'occuper des moyens immédiats et des moyens plus ou moins éloignés d'assurer la prophylaxie des épidémies et des maladies transmissibles. Les premiers se subdivisent comme il suit : l'information officielle des cas de ces maladies, la vaccination pour les affections dont le vaccin a été jusqu'ici trouvé, l'isolement, la désinfection sous toutes ses formes. Les seconds comprennent les mesures d'assainissement des habitations, les mesures locales de salubrité,

les grands travaux d'assainissement et l'organisation de la statistique démographique. La prophylaxie est plus ou moins rigoureuse, simple ou complexe, suivant telle ou telle maladie transmissible et d'après l'étendue du territoire où celle-ci se manifeste; mais les préceptes généraux ne varient pas. En règle générale, les mesures édictées par les autorités en pareille matière doivent se maintenir strictement dans la limite des pouvoirs que les lois leur confièrent et ne sauraient dépasser l'étendue des dispositions que des lois particulières ont pu édicter en vue de tel ou tel intérêt. Même sous le prétexte très respectable de sauvegarder la santé publique, il n'est pas permis aux dépositaires de la puissance publique d'enfreindre les défenses que les lois ont voulu opposer à la témérité qu'ils pourraient être tentés d'apporter dans l'accomplissement de leur mission.

On trouvera sans doute qu'il n'était pas inopportun de rappeler ces préceptes, alors qu'il s'agit d'obtenir l'assentiment général en faveur de mesures qui ne peuvent être réalisées pour la plupart qu'à longue échéance, et qui entraînent forcément des dépenses et des difficultés de tous ordres. La Grande-Bretagne, dont on se plaît ordinairement à rappeler l'exemple, a commencé l'assainissement de ses villes il y a plus de quarante ans; on estime qu'elle y a dépensé plus d'un milliard de francs, et cependant le nombre des cités où des travaux de ce genre ont été entrepris est encore relativement restreint; néanmoins, sa mortalité s'est abaissée dans une proportion énorme, même si l'on tient compte des imperfections, à tous égards assez légères, de sa statistique mortuaire. D'autres pays et d'autres villes tels que Berlin, Dantzig, Breslau, Francfort-sur-le-Mein, Munich offrent des exemples non moins convaincants. Au point de vue de l'assainissement, les conditions principales qui ont été remplies et qu'il n'y a qu'à imiter aussi largement que possible, ont été et sont de deux ordres : l'arrivée d'une eau potable, abondante et à l'abri de toute souillure, et l'évacuation immédiate, hors de l'agglomération habitée, sans arrêt ni stagnation possible, avant toute fermentation, des matières impures et des eaux usées de la vie et de l'industrie. Fort heureusement aujourd'hui l'accord s'est fait entre les hygiénistes sur les procédés qui permettent de réaliser ces conditions suivant les localités, si bien que les municipalités et le gouvernement ne peuvent plus arguer des dissentiments qui se sont trop longtemps élevés à cet égard, pour se refuser à agir. Les projets peuvent être dressés en parfaite connaissance de cause, sans doute ni crainte sur les résultats de la solution à intervenir. Le seul écueil à éviter est peut-être celui de vouloir faire trop vite et trop grand, c'est-à-dire de n'adopter que des propositions ayant surtout pour but, comme tant de travaux édilitaires de grande voirie, de frapper l'imagination publique. On ne gagne pas beaucoup à percer de longs boulevards si les maisons qui les bordent deviennent plus étroites et plus encombrées qu'avant; quels avantages immédiats retire la santé publique de la construction d'un vaste égout si les dépenses que ses dimensions exagérées ont exigées ne laissent plus d'argent pour y raccorder les habitations voisines! Il faut ici procéder avec ordre et méthode et ne pas oublier que le premier devoir des pouvoirs publics est d'assurer, en pareil cas, la salubrité du domicile. N'est-ce pas en agissant ainsi que les Anglais ont obtenu les résultats sanitaires, dont nous parlions plus haut, même dans des cités où la voie publique est manifestement mal entretenue et dans lesquelles les moyens généraux d'assainissement sont insuffisants à bien des égards. Les eaux bues à Londres sont d'une qualité assez médiocre, les égouts sont loin d'offrir des garanties de salubrité parfaite; mais l'habitation a bénéficié des nombreuses découvertes du génie sanitaire qui a pris naissance en Angleterre et y a reçu de si nombreux développements; l'hygiène privée s'est généralisée, au moins dans les classes élevées et moyennes de la population, et surtout la prophylaxie immédiate des maladies transmissibles y a reçu une extension considérable.

Sans doute l'administration sanitaire serait exposée à succomber à la tâche si l'amélioration de la salubrité ne lui venait pas en aide; mais il faut bien reconnaître que la rapide et complète exécution des mesures prophylactiques constitue l'un des facteurs les plus importants de l'amélioration de la santé publique; c'est en tout cas celui qui nécessite le moins de dépenses et dont il est le plus facile d'obtenir la réalisation. Les preuves en sont fréquentes : vienne une épidémie dans une caserne, dans un collège, etc., l'éloignement des malades, la désinfection, la vaccination, le licenciement même de tout le personnel sont immédiatement exécutés; l'épidémie cesse; des cas de peste, de fièvre jaune, de choléra se produisent sur un bâtiment, des mesures rigoureuses de désinfection et d'isolement en arrêtent aussitôt la propagation. D'autre part, c'est l'administration sanitaire, lorsqu'elle a pu exercer sa mission pendant quelques années, qui est le plus à même de dire sur quels points les travaux d'assainissement doivent plus particulièrement porter; grâce à elle les pouvoirs publics ne risquent pas d'être exposés au reproche d'affecter les ressources publiques à des dépenses dont l'urgence et l'intérêt ne sont pas suffisamment démontrés.

Ces idées ne cessent de se développer en France. Le nombre de villes qui s'efforcent de les réaliser commence à s'élever: c'est Paris, dont l'assainissement suit une marche graduelle, en rapport avec les ressources budgétaires; c'est Reims, qui, après avoir créé un bureau d'hygiène, a, sur l'initiative persévérante et éclairée de son maire, M. le docteur Henrot, pris résolument le parti de procéder à un assainissement général; c'est Nice qui, grâce au dévoué directeur et fondateur de son bureau d'hygiène, M. le docteur Balestre a aussi entrepris de semblables travaux; c'est Marseille, Lyon, le Havre, Saint-Étienne, Besançon, Toulouse, Rouen, Chartres, etc., dont les projets d'assainissement sont également sur le point d'aboutir. Le rapport de M. l'inspecteur général des services sanitaires encouragera assurément ce mouvement dont les conséquences ne sont pas douteuses.

REVUE DES COURS ET DES CLINIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE.— COURS DE M. LE PROFESSEUR GUYON.

Du traitement consécutif des arthropathies.

(Fin. — Voyez le numéro 32.)

II. *Mode d'application des moyens.*—Le chirurgien prescrit l'emploi de la température, des douches, des frictions, des bains, et même de l'électricité ; mais il n'est pas astreint à en faire lui-même l'application. Il n'en va pas de même des mouvements et du massage, qu'il doit administrer lui-même, ou qu'il doit, tout au moins, faire appliquer sous sa surveillance immédiate.

Des mouvements il ne nous reste pas grand'chose à dire,

après la leçon consacrée aux raideurs articulaires. Insistons seulement, après Bonnet, sur le principe du fonctionnement partiel et élémentaire. Sauf pour certaines petites raideurs, la restitution fonctionnelle brutale est dangereuse. Et d'ailleurs, même quand la guérison en une séance est possible, ce serait faire erreur que de chercher, en une impulsion brusque, à pousser un mouvement immédiatement à l'extrême. Que l'on aille vite ou que l'on aille lentement, les étapes sont les mêmes ; on assouplira les mouvements élémentaires que peu à peu l'on étendra et l'on associera. On ne passera du mouvement partiel au mouvement total que lorsqu'on aura peu à peu acquis la certitude que le moment d'oser est venu ; on aura ainsi tous les bénéfices de l'audace, sans s'exposer aux dangers de la témérité. Ainsi, la différence entre le traitement rapide et le traitement lent n'est pas dans la suppression des étapes, mais dans la durée de l'arrêt qu'on s'impose à chacune d'elles. Et l'on ne saurait croire, sans l'avoir observé par soi-même, combien il faut avoir exécuté de mouvements partiels avant d'arriver à un mouvement de totalité.

Ce serait nous répéter que de parler de l'emploi des mains ou des machines, que d'indiquer encore la manière d'espacer les séances, que de proscrire le chloroforme pour les cas où l'on n'est pas absolument sûr de pouvoir rompre en une séance toutes les adhérences. Passons donc à l'étude du massage.

Le massage permet de réaliser pour les parties molles les mouvements élémentaires dont le mouvement permet la restitution à la jointure elle-même. Grâce à lui, le membre tout entier bénéficiera de l'exercice fonctionnel partiel qui le prépare au fonctionnement parfait. Le pétrissage est la manœuvre à laquelle il convient de recourir pour obtenir ce résultat; aussi bien le pétrissage est-il le massage proprement dit, l'essence même du massage. On saisit une portion de muscle — ou de tout autre tissu — entre les mains ou entre les doigts d'un seule main et on la soumet à une pression ferme, tout en la faisant rouler entre les doigts, comme si on voulait exprimer une éponge qui s'imbiberait sans cesse. On peut y joindre le tapotement, percussion peu intense et répétée, faite avec les extrémités des doigts, avec le bord cubital ou radial de la main, avec la paume ou le dos de la main à demi fermée, suivant qu'on veut agir sur une surface plus ou moins étendue.

Le massage ainsi pratiqué a une action profonde, bien différente de celle des frictions, qu'on lui joint souvent sous le nom d'effleurage, vrai frôlement fait avec la paume de la main, ou avec les doigts, ou enfin avec le pouce seul, suivant une direction centripète, autant que possible dans le sens des fibres musculaires.

Les manœuvres du massage s'exercent surtout sur les muscles ; mais on aurait tort de ne pas les faire également au niveau de la jointure elle-même, pour combattre l'infiltration des tissus péri-articulaires, pour faire glisser l'une sur l'autre les différents couches qui recouvrent l'articulation. Le massage contribue ainsi à l'assouplissement. De plus, on ne saurait contester qu'il a de l'action sur les engorgements intra-articulaires. Sans doute, il ne devra pénétrer jusque-là que lorsque toute inflammation sera éteinte, et l'on s'en référera pour en juger, comme pour les mouvements, au degré et à la durée des sensations douloureuses. Mais pour les épanchements intra-articulaires, il ne faut pas compter sur son efficacité; les épanchements torpides de l'hydarthrose lui résistent certainement.

La durée, le nombre, la répétition des séances ne sauraient être réglés d'une façon précise. Cependant on ne peut pas multiplier les séances comme pour la mobilisation. Le pétrissage, s'il se continue pendant dix à quinze minutes, fatigue les tissus, et ne doit pas, sauf exception, être pratiqué trop souvent; il suffit de faire séance tous les deux jours.

III. Les *indications* du traitement précédemment exposé se rencontrent surtout pendant la période de convalescence. Il a pour but, en effet, d'entretenir ou d'activer les fonctions articulaires, et son importance est majeure dans le traitement consécutif des arthropathies, une fois apaisés les phénomènes inflammatoires.

Mais il est des arthropathies, graves entre toutes pourtant, qui naissent et évoluent à l'état torpide; on en trouve le type dans certaines tumeurs blanches à fongosités épaisses, les surfaces articulaires ayant conservé un jeu presque normal. Pareil état s'observe au genou principalement; la pression réciproque des plateaux articulaires est indolente et la station peut être tolérée, même assez prolongée, l'interrogation des os reste sans réponse. Le repos articulaire est-il indiqué dans ces cas où la vie est languissante et dans la jointure malade et dans l'économie entière? Lugol, l'un des premiers, a démontré l'utilité des mouvements dans les arthropathies de ce genre. Gensoul lui aussi l'a proclamé et Bonnet y a insisté, demandant que l'on s'appliquât à régler, et non à supprimer les fonctions des articulations atteintes de la sorte. L'expérience a enseigné à M. Guyon combien ces vues sont justes, mais à condition d'agir avec prudence. Si l'on autorise des mouvements trop étendus, la douleur survient, et le chirurgien, se sentant coupable, tombe dans l'exagération d'une immobilisation absolue. Le principe est d'ailleurs le même que celui du traitement fonctionnel de repos ; il faut éviter la pression réciproque des surfaces articulaires. Pour cela, les mouvements doivent se faire d'une façon déterminée, et pour le genou en particulier, la marche ne sera pas contre-indiquée si un tuteur permet la transmission directe, de la hanche à une semelle métallique, d'un poids que des béquilles allégeront encore.

Les principes sont analogues pour le traitement de la convalescence, mais on peut oser davantage. La répétition des provocations fonctionnelles est ici nécessaire, et cela implique la variété dans les moyens. Tous ceux qui ont été énumérés plus haut, trouveront leur emploi, soit ensemble, soit dissociés. Ils ne s'excluent nullement les uns les autres, mais un seul est indispensable, l'administration méthodique des mouvements.

A quel moment convient-il de passer du repos à l'activité? Question délicate entre toutes. Délicate, parce que le chirurgien sera en général poussé par l'entourage du malade à faire cesser le plus tôt possible l'immobilisation; délicate encore parce que de l'opportunité de cette décision dépend le sort du malade.

S'il fallait pécher dans un sens, ce serait plutôt par excès de prudence. On ne doit pas avoir peur de prolonger l'immobilisation, si elle est faite en bonne position. Et d'ailleurs il est des maladies articulaires qui ne peuvent arriver que par l'ankylose à la guérison réelle. Craindre l'ankylose dans la coxalgie, dans la tumeur blanche du genou ou du pied, c'est ne pas vouloir la guérison.

La nature et le siège du mal sont déjà des indications de premier ordre. A côté de cela, c'est du degré de l'arthrite qu'il faut tenir compte. On commencera le traitement d'activité lorsque l'arthrite sera éteinte, et pour en juger, on interrogera la synoviale par les pressions localisées, ainsi qu'il a déjà été dit pour la mobilisation des raideurs articulaires. C'est en effet l'état de la synoviale qui est, pour le chirurgien, le point important. Quelle que soit la succession des lésions, qu'elles débutent par les os ou par la synoviale, elles ne sont chirurgicalement articulaires que lorsque la synoviale est malade. Dans la vie pathologique comme dans la vie normale des articulations, c'est la synoviale qui joue le rôle le plus actif; c'est elle qui règle la nutrition de la jointure, et c'est d'elle que partent les expressions symptomatiques, la douleur surtout, qui révèlent l'état morbide.

Il reste un point à indiquer. Le traitement fonctionnel d'activité peut-il être préventif? Oui pour certaines arthro-

pathies ; oui surtout pour certains phénomènes, parmi lesquels l'atrophie musculaire est une des plus importantes. Les recherches du professeur Le Fort et de son élève Valtat ont mis en lumière l'action directe des arthropathies sur l'atrophie musculaire; et de plus, le repos, la compression favorisent cette atrophie. On a donc raison d'affirmer que, pendant le traitement de la période d'etat, il faut prévenir la dénutrition musculaire. Mais le massage est ici défectueux, car il exige des mouvements incompatibles avec le traitement fonctionnel de repos. Ce n'est donc pas à lui qu'il convient de s'adresser, mais aux courants continus dont l'action puissante sur la vitalité musculaire est bien connue.

TRAVAUX ORIGINAUX

Neuropathologie.

De l'anesthésie sous ses divers modes dans la paréso-analgésie. Cas frustes de paréso-analgésie, par M. le docteur Morvan (de Lannilis).

Dans mon premier travail sur la paréso-analgésie publié en 1883, je disais : « L'analgésie s'accompagne ordinairement d'anesthésie; c'est la règle. » Cependant, parmi les faits observés, je citais une exception. Depuis, parmi ceux qui faisaient le sujet d'un nouveau travail publié en 1886, je relevais encore une exception. Ce n'était guère que deux exceptions sur un total de quinze faits, et j'en concluais naturellement qu'en thèse générale la sensibilité au tact était lésée dans la paréso-analgésie.

Mais je dois avouer qu'avant tout mon attention était sollicitée par l'état d'analgésie que je rencontrais dans cette affection, et je ne m'arrêtais pas assez aux autres troubles de la sensibilité.

Chez les premiers malades qui s'étaient offerts à mon observation l'analgésie était complète, l'abolition de la sensibilité absolue, du moins aux mains, et n'ayant dans le passé rien pour me guider, réduit à mon expérience personnelle, je me figurais qu'il en devait être toujours ainsi. Plus tard seulement j'appris qu'il pouvait y avoir des degrés dans l'analgésie.

J'ai signalé incidemment dans plusieurs de mes observations l'existence de la thermanesthésie. Mais je ne me suis servi de la chaleur — le feu, l'eau bouillante — que pour faire ressortir l'abolition absolue de la sensibilité à la douleur. Le feu, l'eau bouillante étaient pour moi, comme la piqûre de l'epingle, des agents propres à réveiller la douleur.

Ce n'est que depuis le remarquable travail publié par M. Roth, privat-docent de l'université de Moscou, dans les *Archives de neurologie* en 1887-1888, que je me suis occupé de l'anesthésie thermique à un point de vue différent.

Il y avait donc pour moi une nouvelle étude à faire de la sensibilité dissociée dans la paréso-analgésie.

J'ai soumis à un nouvel examen ceux de mes précédents malades, sans distinction ni triage, qu'il m'a été possible de réunir. J'ai tenu surtout à revoir deux individus (obs. I et IX) chez qui j'avais noté la persistance de la sensibilité tactile, et à savoir ce qu'ils étaient devenus, sous ce rapport, dans le cours de ces dernières années.

Lorsque, dans mes premiers travaux, je donnais l'anesthésie tactile comme la règle et la conservation de la sensibilité au tact comme une exception rare, c'était chez moi plutôt une impression que la constatation régulière d'un fait. Je viens aujourd'hui combler cette lacune et fournir les preuves à l'appui.

La chose est d'autant plus nécessaire que dans deux communications sur la syringomyélie (gliomatose médullaire) faites successivement à la Société médicale des hôpitaux (séance du 22 février 1889) et publiées dans la *Gazette hebdomadaire* (n^{os} du 1er et du 8 mai 1889), MM. Debove et Déjerine ont établi, en se basant sur les deux faits rencontrés par eux et aussi sur ceux publiés à l'étranger, que cette affection est caractérisée par des troubles de la sensibilité à la douleur et à la température, alors que la sensibilité au tact est respectée.

C'est aussi pour Roth la caractéristique de la gliomatose médullaire.

Or, Roth et avant lui Bernhardt, professeur à la polyclinique de Berlin, et peut-être aussi les auteurs des deux précédentes communications, ont une tendance à rattacher la paréso-analgésie à la gliomatose médullaire.

Il s'agit de l'en dégager, et je crois que la chose est faisable. Déjà, dans une communication à la Société médicale des hôpitaux, séance du 26 avril 1889, le docteur Gombault, médecin de l'hospice d'Ivry, a bien commencé la besogne. Une première fois (obs. de Monod et Reboul), son examen avait porté sur un doigt atteint de panaris et amputé pour cette raison, et lui avait montré une lésion profonde des nerfs de ce doigt. La seconde fois (autopsie avec examen histologique de Prouff, Gombault et Reboul), il arriva à la double constatation suivante : 1° coexistence de lésions portant à la fois sur les nerfs périphériques et sur la moelle épinière; 2° d'autre part, prédominance très marquée, sinon la présence exclusive de ces lésions dans le renflement cervical de la moelle et dans les nerfs des membres supérieurs, c'est-à-dire dans les parties du systeme nerveux correspondant aux régions où les symptômes ont été plus précoces et plus marqués.

L'analyse des symptômes m'avait amené à localiser la paréso-analgésie dans le renflement cervical, entre la sixième paire cervicale et la première dorsale, où elle se cantonne, du moins au début, et d'où elle ne sort que rarement. La lésion de cette portion de la moelle, sur la nature de laquelle je ne me prononçais pas, était pour moi le point de départ du mal.

Les auteurs de cette communication ne se croient pas autorisés à trancher la question de savoir si la lésion médullaire a déterminé celle des nerfs périphériques, ou si, au contraire, elle n'est pas la conséquence de cette dernière.

Dans mon incompétence, et devant la réserve d'un anatomo-pathologiste aussi autorisé que M. Gombault, je devrais sans doute faire comme eux et m'abstenir. Qu'il me soit cependant permis de présenter quelques courtes observations en faveur de mon opinion. Dans certains cas, on fait remonter la maladie à un traumatisme périphérique, et, comme assez généralement le mal passe du côté opposé, il serait logique d'admettre qu'il avait retenti sur le chaînon intermédiaire, qu'il y avait une lésion médullaire ayant pour cause une névrite ascendante partie de la blessure, et pour conséquence la névrite du membre secondairement atteint.

Mais, dans la grande majorité des cas, on ne constate aucun traumatisme. Il n'y en avait pas, notamment, chez la malade du docteur Prouff, la seule dont l'examen anatomique total ait été possible jusqu'à présent. L'hypothèse de la névrite traumatique n'ayant rien à faire ici, il semble naturel de se retourner encore vers la moelle et d'y chercher l'explication des lésions qui frapperont alternativement les deux membres correspondants.

Et puis, si la névrite périphérique peut donner la raison des troubles de la sensibilité et de la motricité aux extrémités, assurément elle ne saurait expliquer les altérations situées à l'étage supérieur, par exemple l'arthropathie de l'épaule et la scoliose qui existaient chez la fille Poupon. Pourquoi, dès lors, ne pas admettre pour les lésions des nerfs la même explication que pour celles des os, de la

peau, des articulations, à savoir des troubles de la trophicité?

A la fin de ce travail, je me crois en situation de montrer que la paréso-analgésie, réduite à sa plus simple expression, ne se manifeste plus que par des désordres trophiques.

Quoi qu'il en soit, les auteurs de la communication n'hésitent pas à déclarer qu'on peut se prononcer contre l'existence de la syringomyélie.

Pas de glyôme, mais une sclérose de la zone corticale de la moelle avec épaississement des parois vasculaires, sans qu'il s'agisse toutefois d'une sclérose avec rétraction, comme dans l'ataxie locomotrice.

Je ne sache pas, d'ailleurs, que dans la syringomyélie, où il y a d'assez nombreuses autopsies, on ait jusqu'ici signalé la lésion avec hypertrophie des nerfs périphériques, soit que ceux-ci soient réellement indemnes, soit qu'ils n'eussent pas été suffisamment examinés.

Donc la question est résolue anatomiquement. Je crois qu'il est également possible de la résoudre cliniquement et d'arriver à conclure que la syringomyélie et la paréso-analgésie sont deux maladies distinctes.

La différenciation repose sur l'état de la sensibilité tactile et l'importance des troubles trophiques.

Etude de la sensibilité dissociée. — Comparaison entre la paréso-analgésie et la syringomyélie. — Pour l'étude de la *sensibilité* à la *douleur*, je me suis borné à la piqûre de l'épingle. Pour celle de la *sensibilité thermique*, je me suis servi du thermesthésiomètre de Roth, dont la précision et la manœuvre facile ne laissent rien à désirer. Jusqu'au mémoire de cet auteur, la constatation de la thermanesthésie résultait pour moi de l'approche d'un tison en feu, de l'eau bouillante.

L'instrument de Roth comprend deux éléments séparés, composés chacun d'un petit récipient métallique où pénètre par aspiration de l'eau froide ou de l'eau chaude, dans la proportion et au degré de température voulus. Un thermomètre qui plonge dans chacun des récipients indique rapidement la température du liquide. On rapproche ou on éloigne à volonté l'écart entre les deux éléments par l'introduction d'une nouvelle quantité d'eau chaude ou d'eau froide.

Sensibilité tactile. — Pour cette étude, je fais usage d'une plume de poulet, empruntée au corps et non aux ailes ou à la queue. J'ai voulu éviter la rigidité de ces dernières plumes, l'attouchement, en ce cas, se compliquant d une certaine pression. J'ai toujours commencé l'épreuve par le frôlement de la barbe de la plume promenée carrément, et quand j'ai rencontré de l'anesthésie relative, non absolue, j'ai contrôlé en reportant la barbe de la plume sur la partie correspondante du corps, si celle-ci n'était pas lésée et si elle l'était sur un point dont la sensibilité était notoirement intacte. Quand je rencontrais une anesthésie absolue, je retournais la plume et m'assurais que la région était également insensible au frottement du tuyau dont le bec était promené sur la peau avec le degré de pression que comportait la gracilité de l'instrument.

J'entre dans ces détails, parce que, chez quelques-uns de mes malades, où il y avait pourtant une certaine anesthésie tactile qui se révélait par l'épreuve de la plume, l'attouchement avec une tige rigide, comme l'extrémité mousse d'un porte-plume, était perçu et localisé (complément des obs. II, V, VIII et X).

Voici le résultat de mes nouvelles investigations portant sur dix de mes précédentes observations et sur deux observations inédites.

Obs. I (complément). — *Sommaire des symptômes déjà consignés dans cette observation :* Analgésie avec paralysie; l'analgésie occupe le membre thoracique gauche et tout le côté correspondant depuis le sommet de la tête jusqu'au rebord des fausses côtes, et la parésie les deux segments inférieurs du membre.

Thermanesthésie complète de la région analgésiée, mais conservation de la sensibilité tactile.

Panaris, gerçures aux plis de la surface palmaire de la main, phlyctènes aux extrémités des doigts. Scoliose. Hyperidrose.

Je revois K... le 7 mai 1889.

Le mal s'est étendu au membre inférieur gauche où il y a un fort commencement d'analgésie. Par ailleurs, l'état est resté sensiblement le même, sauf en ce qui concerne la sensibilité tactile. Celle-ci existait lors de mon examen en 1881, et je pouvais dire: « Il y a analgésie, mais il n'y a pas anesthésie. La sensibilité au contact est conservée partout et le malade, les yeux bandés, indique avec précision le point où on le touche. »

Actuellement il n'en est plus ainsi. Le sens du toucher a complètement disparu dans les régions suivantes: 1° le membre supérieur gauche, depuis le bout des doigts jusque et y compris l'épaule; 2° le côté gauche du thorax, poitrine et dos, jusqu'au rebord des fausses côtes; et à peu près complètement au côté correspondant de la face, du crâne et du cou.

La sensibilité tactile reparaît dans la paroi du ventre où elle est à peu près normale jusqu'au pli de l'aine. Mais à partir de ce point, le membre abdominal gauche ne présente plus qu'une sensibilité, sinon entièrement abolie, du moins fort obtuse; le malade peut cependant encore indiquer le point touché de la cuisse et de la jambe, mais il ne sent plus rien ni au dos, ni à la plante du pied, orteils compris.

La thermanesthésie comme l'analgésie sont en corrélation d'étendue et de degré avec l'insensibilité tactile. On ne perçoit ni au membre supérieur, ni au thorax, le contact d'une cuiller métallique sortant de l'eau bouillante. On le perçoit à peine au membre abdominal et pas du tout à la plante du pied.

Réflexe rotulien normal aux deux jambes.

La main gauche est couverte en ce moment de gerçures au niveau des plis palmaires de la main et des doigts, les unes à vif, les autres en voie de cicatrisation.

Au bord externe de la main, vers l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce, se voit une eschare ayant les dimensions d'une pièce de deux francs, qui s'est produite spontanément il y a deux à trois semaines et qui tombe aujourd'hui en lambeaux.

Obs. II (complément). — *Sommaire des symptômes précédemment consignés :* Analgésie avec parésie du membre supérieur gauche. Panaris multiples. Gerçures profondes à la paume de la main, dont l'une perforante est suivie de synovite de la gaine du tendon.

Je vois A... le 11 mai 1889. Sensibilité tactile. Elle est fort émoussée dans toute l'étendue du membre supérieur gauche. Le malade est intelligent et rend bien compte de ses impressions. L'anesthésie remonte jusqu'à l'épaule. Incomplète depuis ce point jusqu'au poignet; elle tend à disparaître vers l'extrémité des doigts. Très effacée à leur face dorsale; elle disparaît complètement à leur face palmaire et à peu près complètement à la paume de la main. Du moins on ne sent pas la barbe de la plume, ni guère le bec du tuyau. Mais le passage de l'extrémité mousse du porte-plume est partout perçu et localisé.

Sensibilité thermique. — La thermanesthésie est d'un degré plus avancé que l'anesthésie tactile. Au bras et à l'avant-bras, on ressent péniblement le contact un peu prolongé de l'instrument à 60 degrés, mais ce contact ne cause aucune douleur à la paume de la main. Le bras et l'avant-bras n'apprécient guère un écart inférieur à 15 ou 20 degrés, suivant le point interrogé.

A... se brûle facilement d'une manière inconsciente. Il se forme alors des ampoules et c'est ainsi qu'il explique les petites plaies qu'il a sur la main.

La main cette année, comme toujours, est couverte de gerçures profondes. L'an dernier, l'une de ces crevasses, siégeant au pli palmaire interphalangophalanginien de l'indicateur, a pénétré jusqu'à la gaine des tendons, et comme il continuait à travailler aux champs, a déterminé une synovite avec fièvre et gonflement du poignet. Pouls à 96. Température axillaire à 39°,2. Le tout est suivi d'un sphacèle des deux dernières phalanges, qui a nécessité l'amputation du doigt dans la continuité de la première phalange. L'opération a été indolore, la guérison ne s'est pas trop fait attendre.

Obs. V (complément). — *Sommaire des symptômes précédemment consignés:* Analgésie avec parésie du membre supérieur droit, puis du gauche. Extension du mal aux membres

inférieurs. Panaris. Gerçures. Exulcérations à l'extrémité des doigts. Scoliose. Arthropathie.

Cette observation a été publiée en deux temps. La première partie a paru dans mon premier travail sur la paréso-analgésie, en 1883; à cette époque, le mal n'occupait que les membres supérieurs. La seconde partie a paru en 1887 (*Des arthropathies dans la paréso-analgésie*); à cette date, la maladie avait gagné du terrain, elle avait envahi les extrémités inférieures, dont la gauche était plus touchée que la droite.

Je revois H... le 5 mai 1889.

La *sensibilité tactile*, très affaiblie aux deux avant-bras, a complètement disparu aux poignets. Le frôlement de la barbe de la plume, promenée sur les divers points du poignet, ne se fait sentir nulle part. Cependant, en grattant légèrement le dos de la main avec le tuyau de la plume, on détermine une sensation très émoussée sur la face dorsale des doigts médius et annulaire de chaque main. Rien aux autres doigts.

Il existe aussi de l'anesthésie tactile aux deux extrémités abdominales, plus prononcée à gauche qu'à droite, mais moins accusée qu'aux extrémités supérieures. Le malade perçoit les attouchements de la barbe de la plume beaucoup moins nettement sur toutes ces parties que sur la face ou le devant de la poitrine. Perçu partout ailleurs, le frôlement de la plume cesse de l'être à la plante des pieds jusqu'au-dessus des talons. L'épaississement de l'épiderme en ce point explique sans doute la chose dans une large mesure.

Le passage du porte-plume se fait sentir sur les quatre membres.

Thermanesthésie incomplète aux avant-bras, complète aux mains; aux bras, on saisit facilement un écart de 4 à 5 degrés. Il en est de même aux extrémités inférieures, excepté à la plante des pieds où l'anesthésie thermique est à peu près complète.

Obs. VI et suite de l'obs. VI (complément). — *Sommaire des symptômes précédemment observés :* Analgésie avec parésie d'abord au membre supérieur droit, puis au gauche. Panaris multiples, qui ont mutilé les deux mains. Gerçures. Scoliose. Arthropathie de l'épaule droite. Ostéophyte à l'apophyse coracoïde droite.

Je revois J. O... le 2 juin 1889.

Malgré l'ancienneté et la gravité de la paréso-analgésie qui, par des panaris successifs, a mutilé les deux mains et les a rendues presque impropres à toute préhension, O... a sur la figure un air de santé et même de force.

Sensibilité à la douleur. — Abolie complètement dans toute l'étendue de l'extrémité thoracique droite, et à peu près complètement au poignet (côté gauche) et à la partie inférieure de l'avant-bras, mais elle reparaît entière aux deux tiers supérieurs de l'avant-bras et au bras. Il y a aussi de l'analgésie, mais incomplète, à la partie supérieure de la moitié droite de la poitrine et du dos.

Sensibilité tactile. — Abolie complètement au membre thoracique droit, ainsi qu'au poignet gauche et à la partie inférieure de l'avant-bras correspondant, et incomplètement dans les points analgésiés de la poitrine et du dos.

Sensibilité thermique. — Abolie au membre supérieur droit, qui ne sent pas de cuisson au contact du thermesthésiomètre à 70 degrés et ne fait aucune différence entre les deux éléments, dont l'un est à 17 degrés et l'autre à 70 degrés. Mêmes dispositions en ce qui concerne le poignet gauche et le bas de l'avant-bras correspondant. Il y a également de la thermanesthésie, mais relative, aux points déjà signalés du dos et de la poitrine. En un mot, les diverses espèces de sensibilité se superposent et se correspondent comme étendue et comme intensité.

Obs. VIII (complément). — *Sommaire des symptômes précédemment consignés :* Analgésie avec parésie du membre supérieur gauche. Panaris, mais jamais de gerçures. Fracture spontanée des deux os de l'avant-bras gauche.

La veuve C... me vient le 8 mai 1889.

Sensibilité tactile. — Elle perçoit le passage de la barbe d'une plume sur tout le membre supérieur gauche, mais la sensation est d'autant plus obtuse, à partir de l'épaule, qu'on se rapproche davantage du poignet. Il n'y a aucune comparaison à établir, quant à la netteté de la sensation, entre les points correspondants des deux membres. A la face dorsale de la main et des doigts, la plume se fait à peine sentir. A la face palmaire, on ne sent plus rien; on ne saurait indiquer le point touché. Cependant les attouchements avec le tuyau de la plume sont perçus sur les points qui restent insensibles aux frôlements de la barbe.

Sur le côté gauche de la face et du cou, la sensibilité tactile est également altérée.

Sensibilité à la douleur. — Nulle sur toute l'étendue du membre thoracique, atténuée sur le côté gauche du cou et de la face. L'analgésie a bien augmenté depuis 1886.

Sensibilité thermique. — Une température de 60 degrés et de 15 degrés n'est pas perçue au membre anesthésié. On ne sait indiquer l'élément le plus chaud ou le plus froid du thermesthésiomètre, et pourtant lorsque l'instrument, à 60 degrés, est maintenu longtemps en contact avec la peau, le point touché se congestionne et rougit fortement.

A la main, la *thermanesthésie* est telle actuellement que le contact, même assez prolongé, d'un tison ardent n'est pas senti.

Comment concilier cela avec la déclaration de la malade consignée dans son observation en 1886 et qu'elle me renouvelle aujourd'hui? « Dès le début du mal, en 1877, c'est-à-dire neuf ans avant mon premier examen, une sensation de froid, qui a persisté, envahissait le côté gauche de la face et du cou, ainsi que le bras correspondant. Cette sensation de froid est pour elle une véritable cause de souffrance en hiver. Les mêmes points du corps souffrent aussi de la chaleur, qu'elle émane du soleil ou du feu, et la malade a une constante préoccupation, celle de se préserver du chaud comme du froid. »

Obs. IX (complément). — *Sommaire des symptômes précédemment consignés :* Analgésie avec parésie du membre supérieur, d'abord à droite, puis à gauche. Thermanesthésie avec persistance du sens tactile. Panaris, gerçures profondes aux mains.

Je revois J.-M. T... le 23 mai 1889. Il y avait quatre ans que je ne l'avais vu. Son état est allé en empirant, à la main gauche surtout. Celle-ci s'est aplatie comme la main droite. Aux deux mains, éminences thénar et hypothénar affaissées, pouces placés sur le même plan que les autres doigts; en un mot, apparence simienne.

Il s'est opéré, depuis mon premier examen, des changements dans les divers modes de sensibilité.

L'*analgésie* aurait une tendance à diminuer, surtout à droite; elle ne serait plus complète à la main, on y sent faiblement, mais positivement, la piqûre de l'épingle. En même temps les gerçures auraient cessé de se produire à la paume des mains. Le malade attribue ce résultat à l'usage des gants de laine qu'il porte en hiver depuis ces dernières années.

Quant à la *sensibilité tactile*, dont la conservation était constatée en 1885, elle a diminué et même disparu en certains points. A droite, on perçoit le frôlement d'une barbe de plume sur le bras et l'avant-bras jusqu'au poignet, et même sur la face dorsale de la main et de la première phalange; mais à partir de ce dernier point, la face dorsale des deux dernières phalanges, jusqu'à leur extrémité, ainsi que leur face palmaire et toute la paume de la main restent insensibles aux attouchements de la barbe et même du bec de la plume. La sensation tactile s'émousse au fur et à mesure qu'on se rapproche du poignet. Dans toutes les régions où la sensibilité persiste à un degré quelconque, le malade indique avec précision le point touché.

Mêmes dispositions à gauche, avec moins d'anesthésie toutefois.

La *thermanesthésie*, qui était déjà notable en 1885, a augmenté sensiblement. A droite, l'instrument de Roth, à la température de 70 degrés, ne se fait pas sentir à la face palmaire de la main, peu à la face dorsale, mais donne une impression de chaleur très peu pénible toutefois depuis le poignet jusqu'au haut du bras. Il en est à peu près de même, mais avec un degré en moins, à gauche. A l'un comme à l'autre membre, on apprécie peu ou point une différence de température de 20 et même de 30 degrés.

T... accuse un peu d'affaiblissement aux extrémités inférieures. Mais, malgré tout, la marche est assurée. Sensibilité au tact et à la douleur parfaitement conservée, mais il y a, d'une manière évidente, un commencement de thermanesthésie.

Je ferai du reste remarquer que partout, chez T..., la thermanesthésie est à peu près en rapport avec l'analgésie, mais qu'elle est d'un degré plus avancé que l'anesthésie tactile.

Epaules voûtées. Scoliose dorsale droite, assez peu accusée, s'étendant de la troisième vertèbre à la huitième. Le malade ignorait ce détail et, naturellement, ne peut me dire si elle est

antérieure ou postérieure à la paréso-analgésie, dont le début remonte à neuf ans.

Obs. X (complément). — *Sommaire des symptômes précédemment consignés:* Analgésie avec parésie d'abord au membre supérieur gauche, puis au droit. Propagation du mal aux membres inférieurs. Thermanesthésie. Panaris multiples aux deux mains, mais jamais de gerçures. Scoliose. Mélæna.

Je revois M.-J. S... le 11 mai 1889.

Sensibilité à la douleur. — Très affaiblie au bras et à l'avant-bras gauche, elle est éteinte au poignet. J'avais déjà signalé lors de mon examen, en 1886, que l'approche d'un tison ardent ne déterminait aucune douleur à la paume de la main. Il y a aussi de l'analgésie au membre supérieur droit et même à la poitrine, moitié gauche, dans une zone qui descend à quelques travers de doigt au-dessous de la clavicule. Mais en ces dernières régions, l'analgésie est beaucoup moins prononcée qu'au bras gauche.

Sensibilité tactile. — Le sens du toucher est fort émoussé au membre supérieur gauche. On sent cependant le frôlement de la barbe de la plume, depuis le haut du bras jusqu'aux dernières phalanges, à leur face dorsale; mais, au dire de la malade, la sensation est autrement obscure que sur le visage, par exemple. La sensibilité tactile existe à peine à la paume de la main et à la face palmaire des doigts. On n'y sent pas le passage d'une barbe de plume, mais on perçoit le grattement du tuyau, que je promène légèrement sur ces points.

Au bras droit, la sensibilité tactile est beaucoup moins atteinte: nulle comparaison à établir, sous ce rapport, entre le bras droit et le bras gauche. Elle est très peu accusée, mais elle existe à la face palmaire de la main et des doigts.

Sensibilité thermique. — Un thermesthésiomètre de Roth, à la température de 70 degrés, ne cause aucune douleur, n'est pas senti au bras gauche, bien qu'une application de quelques secondes suffise pour amener une congestion, une rougeur persistante de la peau. Cependant, au haut du bras, à l'épaule et à la poitrine, sous la clavicule gauche, la chaleur de l'instrument est perçue au bout d'un certain temps. Inutile d'ajouter que le membre, qui ne souffre pas d'une température de 70 degrés, ne perçoit pas un écart de 20 et de 30 degrés.

Le bras droit, au haut, apprécie un écart de 10 degrés et l'avant-bras un écart de 15 degrés. La main est moins sensible. Le contact prolongé de l'instrument à 60 degrés est pénible, mais supportable à la main et même à quelques travers de doigt au-dessus du poignet.

Nous devons dire qu'en général l'anesthésie tactile est d'un degré beaucoup moins avancé que la thermanesthésie.

Obs. XI (complément). — *Sommaire des symptômes précédemment consignés:* Analgésie avec parésie au membre supérieur gauche, analgésie sans parésie au droit. Thermanesthésie. Panaris. Gerçures profondes aux plis de la face palmaire des mains, l'une ayant été perforante et ayant été suivie de synovite.

Je revois B... le 5 juin, cinq ans après mon premier examen. L'état est resté sensiblement le même, si ce n'est en ce qui concerne l'analgésie. Celle-ci a bien diminué en intensité. Nulle part elle n'est complète, pas même au poignet gauche où la sensibilité était abolie il y a cinq ans. Mais l'étendue n'a pas changé. Le malade explique ces variations par la température: nous avions l'hiver la première fois, aujourd'hui nous avons l'été.

Sensibilité tactile. — Le frôlement de la barbe de la plume se fait sentir dans toute la longueur de l'avant-bras et sur le dos de la main (côté gauche) jusqu'aux dernières phalanges, mais plus on descend, plus la sensation s'émousse. Elle est beaucoup moins marquée qu'au bras ou à la poitrine, régions non analgésiées.

La face dorsale des deux dernières phalanges et toute la face palmaire des doigts et de la main sont insensibles au frôlement d'une barbe de plume. Mais le frottement du tuyau est perçu, d'une manière assez obscure toutefois, et localisé.

Mêmes dispositions au membre supérieur droit, avec un degré d'anesthésie en moins.

Sensibilité thermique. — Anesthésie se superposant aux anesthésies du tact et de la douleur. Elle est moins prononcée qu'en 1884. A cette époque, le dos de la main ne sentait pas le contact d'un tison ardent. Aujourd'hui, le thermesthésiomètre à 70 degrés donne une sensation de chaleur, très tolérable d'ailleurs, à l'avant-bras et au poignet. Il y a aussi de la thermanesthésie à droite.

Les écarts de température sont fort mal appréciés des deux côtés. Le malade ne fait aucune différence entre les éléments du thermesthésiomètre, dont l'un est à 20 degrés et l'autre à 50 degrés.

Pas de nouveaux panaris, mais des gerçures profondes aux plis palmaires des deux mains. Ni scoliose, ni arthropathie.

Obs. XII (complément). — *Sommaire des symptômes précédemment consignés:* Analgésie sans parésie au membre supérieur droit. Panaris multiples. Gerçures à la paume de la main, dont deux ont perforé la gaine des tendons et ont causé des synovites.

Je vois S... le 11 mai 1889. Son état n'a pas sensiblement empiré, l'*analgésie* en est au même point qu'en 1886.

Sensibilité tactile. — Elle est émoussée au bras droit, elle l'est davantage encore à l'avant-bras; à peine appréciable à la face dorsale de la main et de la première phalange, elle disparaît entièrement à la face dorsale des deux dernières phalanges, ainsi qu'à la face palmaire de la main et des doigts.

Sensibilité thermique. — On perçoit un écart de température de 10 degrés au haut du bras, mais un écart de 20 degrés seulement au bas de l'avant-bras.

Dans ce dernier segment du membre, c'est tout au plus si un élément du thermesthésiomètre à 60 degrés détermine de la douleur. Elle n'en cause aucune à la paume de la main.

Ici les sensibilités tactile et thermique semblent se suivre pour l'étendue et pour le degré.

Obs. XV (complément). — *Sommaire des symptômes précédemment consignés:* Analgésie avec parésie du membre supérieur droit. Panaris. Gerçures à la main. Scoliose et arthropathie.

Le sujet de l'observation XV se présente de nouveau à mon cabinet le 1er mai. L'état du malade que je n'avais revu depuis un certain temps s'est aggravé sensiblement. En 1886, lors de mon premier examen, je constatai que la *sensibilité tactile* était fort émoussée dans toute l'étendue du membre thoracique droit, mais n'avait disparu nulle part. Actuellement, elle est nulle à la main et aux doigts jusqu'à deux travers de doigt au-dessus du poignet; à peine existante à l'avant-bras, au bras et à l'épaule; très peu accusée à la poitrine et au dos, dont l'anesthésie a fini par envahir la partie supérieure, côté droit.

La *sensibilité thermique*, très émoussée dans toute la région anesthésiée, n'est éteinte qu'à la main. Ici la thermanesthésie est à peu près complète. Mais partout ailleurs le malade accuse vivement une température de 60 degrés, pour peu que dure l'application du thermesthésiomètre de Roth. A la partie supérieure du thorax et au bras, il saisit un écart de 20 degrés; il ne le fait plus à l'avant-bras.

Il accuse un affaiblissement marqué des extrémités inférieures; il portait jadis sur les épaules un fardeau de 100 kilogrammes, c'est tout au plus aujourd'hui s'il pourrait porter 100 livres. Les diverses espèces de sensibilité y paraissent pourtant normales. On perçoit sans hésitation une différence de température de 5 degrés.

Observations inédites.

Celles-ci porteront les nos XVIII et XIX, pour faire suite aux observations qui me sont personnelles et qui ont été publiées dans mes précédents mémoires.

Obs. XVIII. — P... (Yves), quarante-quatre ans, de Plouviers, vient me voir le 18 mai 1889. Il présente une paréso-analgésie des deux extrémités supérieures. C'est l'individu dont il est question dans mon premier travail sur la paréso-analgésie comme m'ayant consulté pour une synovite grave consécutive à une gerçure de la paume de la main, qui avait perforé la gaine des tendons. Il y a de cela onze ans; depuis, je n'avais pas de ses nouvelles. A l'époque, je n'étais pas encore fixé sur l'interprétation d'un pareil fait que je rencontrais pour la seconde fois seulement et je négligeai d'en prendre l'observation. Aussi ne figurait-il que comme mémoire dans mon travail. Je viens aujourd'hui remplir cette lacune.

P..., dont la santé générale est bonne, paraît robuste. Intelligence bornée. Pas d'antécédents de famille, aucun de ses parents n'a eu rien de semblable. Son père est mort d'hydropisie à cinquante-cinq ans et sa mère à soixante-neuf ans, d'une maladie qui s'accompagnait d'oppression. Trois frères bien portants, une

sœur morte à cinq ans d'une affection qui lui est inconnue. Lui-même n'avait jamais été malade jusqu'à l'âge de dix-sept ans. Il eut alors un panaris au pouce gauche, qu'il ne sait à quoi attribuer.

Rien, depuis, pendant onze ans. Il faut arriver à l'âge de vingt-huit ans pour rencontrer de nouveaux panaris. Mais à cette époque de sa vie, tous les autres doigts de la main gauche furent successivement attaqués, d'abord le médius, ensuite l'index, puis le petit doit et enfin l'annulaire. Ce fut l'affaire de deux à trois ans, le malade ne précise pas davantage. Quand tous les doigts y eurent passé, le mal s'étendit à la main droite. P... avait trente-deux ans; il affirme que, dans cette nuit, tous les doigts de cette dernière main, à l'exception de l'annulaire, furent envahis par des panaris.

Il ne semble pas avoir trop souffert à ces diverses étapes de l'affection. Ses souvenirs, du moins, sont assez vagues sous ce rapport.

État actuel. — Tous les doigts de la main gauche sont mutilés. Ils n'ont généralement que deux phalanges. la première, qui est entière, et la seconde, qui est tronquée. C'est la suite du sphacèle qui, à l'apparition de chacun des panaris, a frappé le bout du doigt et a dépassé l'articulation phalangino-phalangettine. Le médius seul, pourtant plus court que les autres doigts, contient des rudiments des trois phalanges Il est le seul aussi, naturellement, à posséder un ongle, ongle rudimentaire à la vérité et tout déformé.

Main droite. — 1° Le pouce a ses deux phalanges, mais la dernière est loin d'avoir ses dimensions ordinaires par suite du panaris qui a laissé, au bout du doigt, des traces de son passage. L'articulation phalangienne est conservée, mais l'ongle, qui a repoussé, est resté petit, difforme; 2° l'indicateur et le médius possèdent les deux premières phalanges, mais ayant perdu la dernière, ils sont dépourvus d'ongle; 3° l'annulaire a conservé ses trois phalanges, mais la phalangette et l'ongle sont déformés; 4° quant à l'auriculaire, il est indemne, c'est le seul des dix doigts qui n'ait pas eu de panaris.

Aux deux mains, les articulations phalango-phalanginiennes sont ankylosés; les articulations métacarpo-phalangiennes elles-mêmes ont de la raideur et ne comportent que des mouvements bornés. Par suite, les doigts ne peuvent être portés ni activement, ni passivement à l'extension ou à la flexion complète; ils sont toujours en état de demi-flexion. En revanche, les deux pouces ont conservé des mouvements d'opposition assez prononcés. C'est grâce à eux que les mains parviennent à saisir les objets.

Muscles de l'avant-bras très atrophiés et parésiés, moins cependant à droite qu'à gauche.

La piqûre de l'épingle n'est sentie ni aux doigts, ni à la paume de la main gauche. Mais l'analgésie est incomplète au dos de la main et l'avant-bras; elle s'affaiblit en remontant vers la racine du membre.

A droite, également de l'analgésie, mais incomplète partout, même à la paume de la main. On sent la piqûre de l'épingle; la sensation est très émoussée.

La *thermanesthésie* n'est complète nulle part, mais elle est bien réelle. Avec l'instrument de Roth, on la constate aux deux extrémités thoraciques et même à la partie supérieure de la poitrine. Elle va en diminuant au fur et à mesure qu'on s'éloigne de la main. A la main, on sent peu un écart de température de 20 degrés, tandis qu'au haut du bras et à la poitrine, on l'apprécie avec certitude. La thermanesthésie cesse vers le rebord des fausses côtes où le malade accuse sans erreur un écart de 4 à 5 degrés. Elle est plus marquée au membre gauche qu'au membre droit.

Sensibilité tactile. — Bien qu'elle persiste à un degré notable et que le malade indique avec précision le point touché, il est facile de voir qu'il y a de l'hypoesthésie à chacun des membres supérieurs. Le frôlement d'une barbe de plume s'y fait sentir beaucoup moins qu'à la figure. La même épreuve dénote encore un reste de sensibilité au dos des mains, mais rien à la face dorsale des doigts à partir de la première phalange, ni à la face palmaire des mains.

Pour le toucher, comme pour la température, c'est le membre thoracique gauche qui est le plus émoussé.

La paume des mains est sujette aux gerçures. Celles-ci, qui sont prononcées en hiver, le sont beaucoup moins en été. Il existe pourtant une gerçure actuellement au pli palmaire métacarpo-phalangien de l'annulaire gauche, profonde, à bords calleux, en pleine suppuration, et des traces de gerçures, l'une à la main gauche et l'autre à la main droite.

Membre abdominal gauche. — Il y a deux ans, il se produisit à la partie interne et supérieure de la jambe une ulcération qui dura près de six mois. Il n'en reste plus que la marque. La jambe gauche est très notablement moins grosse que la droite; les muscles en sont atrophiés. Commencement d'analgésie et d'anesthésie.

Sensibilité tactile manifestement plus obtuse que du côté opposé. Il est évident que le mal se propage au membre pelvien gauche.

D'une manière générale, l'anesthésie tactile est partout moins accentuée que les deux autres espèces d'anesthésie.

Scoliose dorsale droite assez peu marquée, mais incontestable. Pas d'arthropathie.

Obs. XIX. — Marie-Yvonne P..., vieille fille de trente-six ans, de Saint-Frégant, se présente à ma consultation le 2 septembre 1888. A l'aspect des mains, qui sont largement étalées, décharnées dans les espaces interosseux, avec doigts recourbés en griffe, je soupçonne l'existence d'une paréso-analgésie. Il ne s'est jamais produit de panaris; il n'existe pas non plus actuellement de gerçures aux plis palmaires des mains, mais on y constate la présence de nombreuses cicatrices. La malade m'apprend en effet que les mains sont toujours sillonnées en hiver de crevasses profondes qui suppurent et saignent au moindre contact. Je m'arme d'une épingle et, conformément à mes prévisions, je trouve de l'*analgésie*. Celle-ci est complète aux membres supérieurs jusqu'aux épaules, mais incomplète seulement sur le devant de la poitrine, les épaules et le cou. Elle ne s'étend pas à la face. On la rencontre encore au membre abdominal droit, principalement à la jambe où elle est toutefois moins prononcée qu'à la partie supérieure du corps. Rien au membre inférieur gauche.

Il y a deux points d'hyperesthésie, l'un au côté droit de la poitrine et l'autre au côté droit du genou. La sensibilité y est considérable, le malade se plaint de la moindre pression à ce niveau. Elle souffre dans certains mouvements du tronc, surtout quand elle se penche à droite; elle accuse alors de vives douleurs.

La *sensibilité tactile* est altérée aux membres supérieurs. En général la malade, les yeux bandés, indique le siège d'un attouchement fait avec le tuyau de la plume sur les points analgésiés. Mais la sensation est beaucoup plus obtuse que sur une partie saine, le visage, par exemple. La sensibilité s'émousse d'autant plus qu'on descend de la racine du membre pour se rapprocher de la main. Assez développée au bras, elle l'est moins à l'avant-bras et disparaît presque au poignet. Quand on remplace le tuyau par la barbe de la plume, la sensation s'obscurcit encore davantage et finit par se dérober. Ainsi, le frôlement de la plume, perceptible encore, mais à peine, à l'avant-bras et au dos de la main, ne l'est plus ni aux doigts, ni à la paume. Il existe également de l'anesthésie tactile au membre pelvien droit, moins toutefois qu'aux membres thoraciques.

La *thermanesthésie* est très prononcée, sinon complète, aux membres supérieurs, depuis le haut du bras jusqu'au poignet inclusivement; on y supporte facilement l'application du thermesthésiomètre à 70 degrés. Cette température, au contraire, impressionne vivement au cou, à l'épaule et à la poitrine, bien que ces parties soient le siège d'un commencement d'analgésie. Le bras, l'avant-bras et la main ne saisissent pas une différence de température de 30 degrés, tandis que le cou, l'épaule et la poitrine, sont sensibles à un écart de 5 degrés.

L'analgésie s'accompagne d'une parésie manifeste de l'avant-bras, plus marquée à droite qu'à gauche.

Les fléchisseurs sont moins atteints que les extenseurs; par suite de cette prédominance d'action, les doigts sont toujours en demi-flexion.

Le mal a débuté par la main droite, il y a seize ans environ. La malade, qui a peu de mémoire, ne précise pas davantage. C'est quelques années ensuite qu'il s'est propagé à la main gauche. La paralysie jusqu'à présent se borne aux muscles de l'avant-bras. Les divers mouvements, tant du coude que de l'épaule, sont énergiques Il en est bien autrement des doigts, dont l'affaiblissement ne permet plus, depuis longtemps, à la malade de s'atteler à la civière. Mais en été on peut encore coudre et tricoter; en hiver, la chose est impossible. Il y a seulement quelques années que la paréso-analgésie s'est étendue au membre inférieur droit, mais déjà la parésie est assez avancée pour empêcher de courir et même de suivre au pas une

autre personne. Cependant les mouvements des orteils sont encore très faciles; on les étend et on les fléchit à volonté.

Le tronc est fortement déjeté à gauche. Il y a une scoliose des plus marquées, à convexité gauche, commençant vers le tiers supérieur des vertèbres dorsales pour se continuer jusqu'aux premières lombaires. Les courbures de compensation, cervicale et surtout lombaire, sont très peu accusées; de là, l'attitude penchée du corps.

La malade ne peut me fixer l'époque où a paru la scoliose, mais en tout cas elle serait postérieure aux premières manifestations de la paréso-analgésie, au dire de la malade et d'une sœur plus intelligente qui l'accompagne.

Il n'y a pas d'arthropathie. La fille P... a été réglée vers l'âge de seize à dix-sept ans et a continué à l'être régulièrement tous les mois pendant deux jours; elle perd moins que la plupart des femmes. Elle est généralement indisposée aux époques. A cela près, la santé est bonne. Rien aux poumons, ni au cœur, ni aux reins. La malade est plutôt grasse que maigre. Un peu d'empâtement aux extrémités supérieure et inférieure droite, mais la pression du doigt ne laisse pas d'empreinte.

La malade, en bas âge encore, avait reçu sur le dos de la main droite un coup de cuiller en bois, qui a laissé des traces, une exostose ayant les dimensions d'une aveline aplatie. C'est la main qui s'est d'abord prise, mais la paréso-analgésie n'y est apparue que longtemps après.

L'an dernier elle est tombée sur une faucille et s'est fait à la main gauche une entaille profonde et longue de 6 à 7 centimètres. Elle affirme que depuis l'accident le mal a beaucoup empiré de ce côté.

Antécédents de famille. — D'après les explications fournies par la fille P..., sa mère devait être atteinte, longtemps avant sa mort, de rhumatisme noueux. Elle est morte d'ailleurs à un âge avancé. Un de ses frères aurait une paraplégie qui remonte à plusieurs années. Il a de la peine à marcher, il ne marche qu'en deux plis. Tels qu'ils sont cependant, ces deux éclopés parviennent à manœuvrer une petite ferme. La fille P... a journellement trois vaches à traire.

Traitement. — Tous les jours, matin et soir, une pilule d'extrait de noix vomique de 0,025.

Quand, quelques mois ensuite, au commencement de mai, je la revois, l'état s'est amélioré d'une manière manifeste. La parésie et l'analgésie ont diminué: la marche est plus assurée, et il n'est plus un point des membres supérieurs qui soit, comme lors de mon premier examen, absolument insensible à la piqûre de l'épingle. Les plaques hyperesthésiques existant à la poitrine et au genou ont presque disparu.

(A suivre.)

CORRESPONDANCE

Abcès sous-périostique à pneumocoques.

A M. LE Dr NETTER, MÉDECIN DES HOPITAUX, PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

Cher Collègue,

L'attention avec laquelle je suis les applications de la bactériologie à la clinique quotidienne m'a fait lire avec le plus vif intérêt votre récent mémoire sur les microbes de la bouche et sur leurs propriétés pathogènes.

Bien que vous vous soyez occupé de la question surtout au point de vue médical, et que vous ayez étudié en particulier le pneumocoque, qui tout d'abord ne paraît pas jouer de rôle en pathologie externe, j'ai trouvé dans votre travail plusieurs choses que les chirurgiens doivent connaître. Sans m'arrêter à ce que vous avez dit sur les pleurésies, les péritonites et les arthrites purulentes, qui pourtant tombent souvent dans notre juridiction, je causerai, si vous le voulez bien, quelques instants des otites, où vous avez si fréquemment rencontré le pneumocoque.

Pour ma part, je n'ai jamais songé à examiner le pus de ces otites, ni chez les tout jeunes enfants, ni chez les adolescents; mais en revanche j'ai, au mois de mai dernier, ouvert chez l'adulte un abcès sous-périostique de la région mastoïdienne consécutif à une otite moyenne suppurée, abcès dans le pus duquel mon élève et distingué collaborateur de laboratoire, M. le docteur Clado, m'a montré, à ma grande surprise, le pneumocoque susdit, paraissant avoir joué là le rôle de microbe pyogène.

Je ne sais si pareille constatation a été faite déjà, et comme je n'ai guère le loisir de faire des recherches bibliographiques sur ce point, je m'adresse à vous à cause de votre compétence et de votre expérience acquise.

Voici d'abord le fait brièvement raconté :

Obs. — M. M..., trente-deux ans, docteur en médecine, d'une belle constitution et n'ayant souffert que de fièvre intermittente déjà ancienne, eut l'idée de se faire redresser la cloison des fosses nasales légèrement déviée. L'opération provoqua un coryza violent, une pharyngite, une otite aiguë avec perforation de la membrane du tympan et écoulement de pus en abondance par le conduit auditif externe.

Ces symptômes locaux durèrent pendant un mois, compliqués d'un état général parfois inquiétant : frissons, fièvre, douleurs vives, insomnie, inappétence, amaigrissement, teinte jaunâtre de la peau, etc. Rien du côté de la poitrine.

Le sulfate de quinine et les purgatifs avaient amélioré les accidents, lorsqu'un jour, à la suite d'une malencontreuse injection de tanin faite dans le canal auditif pour tarir la suppuration, les douleurs et la fièvre reparurent, accompagnées de gonflement dans la région mastoïdienne et de sensibilité à la pression.

Appelé à ce moment, je prescrivis de nouveau le sulfate de quinine et les onctions sur la région malade avec l'onguent napolitain belladoné. Les douleurs et la fièvre diminuèrent, mais à la tuméfaction s'ajouta l'œdème.

L'existence du pus me paraissant évidente, je fis sur le point saillant une petite incision d'un centimètre et demi, qui donna issue à 3 ou 4 grammes de pus épais, bien lié, sans odeur, *de bonne nature*, comme on dit. Ayant exploré avec précaution le foyer à l'aide d'une sonde cannelée, je constatai la dénudation de l'os dans l'étendue de plus de 2 centimètres, mais sans reconnaître néanmoins de perforation conduisant dans le centre de l'apophyse mastoïde.

Au moyen d'un petit drain laissé en place, je fis sur-le-champ, puis dans la suite deux ou trois fois par jour, laver le foyer avec la solution phéniquée à 2 pour 100. Un pansement à l'iodoforme recouvrit la région.

Les accidents locaux et généraux se dissipèrent rapidement, et le quatrième jour, la suppuration étant nulle, on supprima le drain. Le lendemain, la petite plaie était cicatrisée.

M. M... partit à la fin de la semaine pour la campagne; nous l'avons revu plusieurs fois depuis; la lésion auriculaire était restée guérie.

C'est en quelque sorte par hasard, et parce que nous poursuivons nos recherches sur toutes les variétés d'abcès, que celui-ci fut examiné au point de vue bactériologique. Or, le microscope et les cultures si caractéristiques nous démontrèrent qu'il s'agissait ici d'un abcès *mono-microbique* renfermant exclusivement le pneumocoque, d'ailleurs en assez grande abondance.

N'ayant pas encore lu votre travail à cette époque, nous ne songeâmes à rechercher ce pneumocoque ni dans la bouche, ni dans la cavité naso-pharyngienne, ni dans le pus sortant du conduit auditif externe. C'est une lacune qu'il sera facile et utile de combler à la première occasion.

Habitués que nous sommes à considérer le staphylocoque doré comme l'agent en quelque sorte spécifique des suppurations sous-périostiques, nous fûmes quelque peu surpris de rencontrer en son lieu et place le pneumocoque, et le pneumocoque seul. C'est pourquoi nous enregistrons ce fait à côté de plusieurs autres, comme preuve que différents microbes fort distincts sont capables de provoquer la pyogénie.

Quant à la présence inattendue du pneumocoque dans les couches profondes du périoste de l'apophyse mastoïde, elle s'explique fort bien par vos recherches montrant la route que suit le microbe susdit depuis la bouche ou la cavité nasale jusqu'à l'oreille moyenne, car arrivé là il n'a plus qu'à s'engager dans les cellules mastoïdiennes et à en traverser les parois osseuses sous-cutanées pour arriver dans l'interstice ostéo-périostique, siège de la suppuration.

Je ne puis résister au désir de faire remarquer la bénignité relative de cet abcès, qui, bien que compliqué de dénudation complète et assez étendue de l'os, a cependant guéri en quatre jours *sans formation de séquestre*, à l'aide seulement de quelques injections phéniquées pratiquées dans le foyer purulent.

Ce n'est pas la première fois que nous voyons se cicatriser assez vite ces collections péri-mastoïdiennes incisées de bonne heure; mais il y a lieu de se demander si cette heureuse issue tient aux propriétés pathogènes relativement bénignes et en tout cas peu durables du pneumocoque transporté hors de ses milieux naturels.

Je ne veux pas allonger démesurément cette note ; mais, si on retrouvait des observations semblables à la précédente, il y aurait lieu de décrire une variété particulière d'abcès sous-périostique, dite *à pneumocoques*, de la joindre aux autres suppurations où vous avez constaté la présence du même microbe, et enfin de grossir la liste déjà si longue des abcès spécifiques.

Bien tout à vous.

A. Verneuil.

N. B. — M. Thiéry, mon interne, ayant eu récemment l'occasion d'examiner le pus d'un abcès mastoïdien trépané par M. Ricard dans mon service de la Pitié, y a constaté l'absence des pneumocoques : le pus a été soumis à la coloration directe et à la culture dans des milieux solides et liquides stérilisés.

A M. LE DOCTEUR VERNEUIL, MEMBRE DE L'INSTITUT ET DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, PROFESSEUR DE CLINIQUE A LA FACULTÉ.

Mon cher Maître,

Un heureux hasard vous a mis en présence d'une affection chirurgicale provoquée par le pneumocoque. Je vous remercie de l'empressement avec lequel vous le portez à la connaissance du monde médical, convaincu que votre éminent patronage servira utilement la cause de l'intéressant microbe qui, depuis plusieurs années, n'a cessé d'être l'objet principal de mes recherches.

Il s'agissait, chez votre malade, d'une collection purulente sous-périostique de la région mastoïdienne. Vous me demandez si l'on a déjà signalé la présence des pneumocoques dans ce siège et si ces abcès n'ont pas une évolution particulière. Vous exposez très nettement la pathogénie de ces lésions. Vous pensez enfin qu'il convient de ne plus attribuer exclusivement au *staphylococcus pyogenes aureus* la production des suppurations du périoste.

Je suis en mesure de vous fournir quelques-uns des renseignements demandés.

I. Je connais trois observations semblables à celle de votre malade. Les deux premières ont été publiées par Moos et par Zaufal. J'ai recueilli moi-même la troisième encore inédite. Le cas de Moos est rapporté dans la *Deutsche medicinische Wochenschrift* de 1888, celui de Zaufal dans la *Prager medicinische Wochenschrift* de 1889, n°s 6 à 12. Je ne résumerai pas ces observations, me bornant à signaler les points les plus importants.

Dans le cas de Moos l'auteur a rencontré dans le pus des chaînettes et des diplocoques qu'il qualifie de diplocoques pneumoniques. La description de l'auteur, le dessin qui l'accompagne, ne suffisent pas à établir d'une façon décisive l'existence des pneumocoques. Il eût fallu en tout cas des cultures et des inoculations.

Le cas de Zaufal est autrement complet. L'examen microscopique montre des diplocoques souvent en chaînettes de 4 coccus. Ces coccus sont lancéolés, oblongs ou arrondis, ils ne paraissent pas entourés d'une capsule. La culture du pus sur l'agar à 37 degrés donne lieu au développement exclusif de nombreuses colonies de pneumocoques. L'inoculation de ces cultures au lapin et à la souris tue ces animaux avec les lésions habituelles de l'infection pneumococcique.

Dans le cas qui m'est personnel je n'ai pas fait de culture directe du pus recueilli au moment de l'incision. Mais ce pus a servi à inoculer deux animaux qui sont morts d'infection pneumococcique et le sang du cœur de ces deux animaux, mis en culture, a fourni des colonies nombreuses de pneumocoques à l'exclusion de tout autre microbe. Le pus de la région mastoïdienne renfermait donc bien certainement des pneumocoques, mais je ne puis dire s'ils y existaient sans mélange d'autres microbes.

Vous le voyez, mon cher maître, *il existe trois observations avérées d'abcès mastoïdiens à pneumocoques* (Zaufal, Verneuil et Netter), *une quatrième observation contestable* (Moos). Dans deux observations le pus de ces abcès ne renfermait que des pneumocoques (Zaufal, Verneuil). Dans celle de Netter il est impossible d'établir s'il n'existait pas en même temps d'autres microbes. Dans le cas de Moos les pneumocoques étaient mélangés aux streptocoques.

II. Je passe maintenant à la clinique.

La collection purulente dans les cas de Zaufal et Netter siégeait sous le périoste. L'apophyse mastoïde était dénudée. Dans le cas de Moos l'auteur a constaté la présence de pus dans les cellules de l'apophyse qui fut trépanée.

Dans les cas de Zaufal et de Verneuil il s'agit d'une otite aiguë primitive compliquée au bout d'un mois à six semaines d'inflammation mastoïdienne. Dans ceux de Moos et Netter il y avait poussée aiguë au cours d'une otite devenue chronique et remontant à cinq mois et un an. Le malade de Moos était diabétique, le mien tuberculeux.

Le pus dans les quatre cas était épais et bien lié.

L'intervention fut suivie d'un amendement rapide. La guérison complète a été constatée par Verneuil et Moos. Les malades de Zaufal et Netter n'ont pas été suivis jusqu'à la guérison. Mais au dernier examen leur état s'était fort amélioré.

Ainsi, *dans les quatre cas, la périostite mastoïdienne a été terminée d'une façon favorable.* Vous pensez que *cet heureux résultat* qui n'est pas constant dans toute espèce d'abcès mastoïdien *peut être imputé à la nature spéciale de ces suppurations.* Nous savons que cette *bénignité relative* se retrouve dans les manifestations les plus diverses de l'infection pneumococcique.

Les agents de cette infection perdent en peu de temps leur virulence dans le corps humain comme dans les milieux de culture.

J'ai essayé de montrer l'exactitude de cette proposition en traitant des pleurésies purulentes métapneumoniques (*Société des hôpitaux*, 1889).

III. Je me rallie absolument à votre *interprétation pathogénique* identique à celle que j'ai formulée pour expliquer les méningites suppurées à pneumocoques, suites d'otites.

Les microbes présents dans la caisse du tympan cheminent dans les cellules mastoïdiennes et arrivent ainsi sous le périoste.

Vous admettez que l'otite de votre malade était une otite à pneumocoques et signalez l'utilité qu'il y aurait à faire pareille constatation dans un cas analogue. Cette constatation n'a pu être faite dans le cas de Zaufal, puisque ce cas ne s'est pas accompagné de perforation du tympan. Elle a été négligée dans le cas de Moos. En revanche elle se retrouve dans mon observation. Le 30 octobre (plus d'un mois avant l'incision du phlegmon mastoïdien, 1er décembre) j'examinai le *pus de l'oreille.* Ce pus fut inoculé à deux souris qui succombèrent et dont le sang renfermait des *pneumocoques* qui furent cultivés.

Vous avez bien voulu rappeler que *j'ai le premier démontré en mars 1887 l'existence d'une otite suppurée à pneumocoques.* Comme je l'ai exposé dans mon mémoire des *Annales des maladies de l'oreille* de 1888, la première communication de Zaufal, qui ignorait la mienne, ne date que du mois de juillet. Les recherches ultérieures de Weichselbaum, Moos et Zaufal ont montré la fréquence et l'importance de l'otite à pneumocoques. *Je n'ai pas rencontré ce microbe moins de trente-quatre fois sur soixante-quinze otites moyennes aiguës* que j'ai eu l'occasion d'étudier au point de vue bactériologique.

Nous savons enfin comment expliquer la production de ces otites. Elles tiennent à *l'arrivée dans la caisse des pneumocoques recélés normalement dans la bouche, le pharynx, le nez d'un grand nombre de personnes* (Pasteur, Sternberg, Fraenkel, Netter).

IV. Votre cas, comme ceux de Zaufal, Netter et Moos, montre incontestablement l'*existence de périostites suppurées dues à un microbe différent du staphylococcus pyogenes aureus,* réputé le microbe pathogène exclusif de l'ostéomyélite et des suppurations périostiques.

On pourrait objecter que la périostite dans tous ces cas a été imputable à un processus différent de celui qui est habituellement en jeu dans la périostite phlegmoneuse. Les microbes ne sont pas venus de loin par les vaisseaux sanguins. Ils ont cheminé de proche en proche. L'infection a été directe, par continuité et non pas métastatique après contamination du sang en un point éloigné.

Mais nous connaissons des observations de périostites à

pneumocoques dans lesquelles il y a eu infection métastatique. La première est déjà ancienne. Elle remonte à 1885. Elle a été publiée dans les *Annales de la Charité* par Leyden qui l'a observée avec Fraenkel. Au cours d'une pneumonie, on vit apparaître chez un malade une tuméfaction de la cuisse et du genou qui persista et augmenta après la défervescence. Une ponction avec la seringue de Pravaz permit d'examiner le pus. Il renfermait des pneumocoques lancéolés. La culture montra que ces microbes existaient à l'état pur. Le malade succomba et on constata un décollement du périoste à la partie inférieure du fémur avec abcès périarticulaire. Je n'ai pas observé moi-même de cas analogues, mais je connais des faits de ce genre signalés par Weichselbaum, Monti et Belfanto.

Les pneumocoques apportés par le sang dans les vaisseaux du périoste peuvent donc donner naissance à des périostites suppurées.

V. *Il n'y a donc pas une seule périostite suppurée toujours due à un seul microbe, le staphylococcus pyogenes aureus. Il y en a plusieurs espèces dont l'une a pour agent le pneumocoque.* N'en est-il pas ainsi des *otites suppurées* qui peuvent être le fait du streptocoque, des staphylocoques, du pneumocoque, du bacille de Friedlænder ; de la *pleurésie purulente* qui reconnaît pour origine le streptocoque, le pneumocoque, les staphylocoques, le microbe de Friedlænder; le bacille de Neumann et Schäfer, le bacille de Koch, le micrococcus tetragenes; de la *méningite suppurée* dans laquelle nous voyons intervenir le pneumocoque, le streptocoque, le bacille de Friedlænder, celui de Neumann, le diplococcus intracellularis, etc.?

Les progrès de la bactériologie nous amènent à repousser ou tout au moins à modifier l'ancienne division nosologique basée sur le siège des inflammations. Cette modification n'a pas un simple intérêt théorique. Elle est surtout d'intérêt pratique.

Une pleurésie, une périostite, une otite suppurée, une méningite même comportent une évolution, un pronostic bien différents suivant le microbe qui leur donne naissance.

Le clinicien ne saurait donc rester indifférent à ces recherches. Il est de son devoir de les accueillir avec bienveillance, de les solliciter, de les poursuivre, lui qui est si merveilleusement placé pour en trouver les matériaux. Nous savons tous avec quel zèle et quelle compétence travaille dans ce sens le clinicien de la Pitié et je suis tout particulièrement flatté qu'il prenne quelque intérêt à mes propres efforts.

Je pense, mon cher maître, vous avoir suffisamment répondu et vous prie de croire à mes sentiments affectueux et reconnaissants.

Netter.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 12 AOUT 1889.

Appareil vasculaire des animaux et des végétaux. — Après avoir rappelé ses précédentes communications dans lesquelles il a démontré que, chez les vertébrés, la méthode thermo-chimique est non seulement utile, mais préférable à la méthode des coupes, pour l'étude de certains organes et particulièrement des parties dures, M. *Sappey* déclare que l'étude comparée de l'appareil vasculaire des animaux et des végétaux par les deux méthodes lui permet de conclure que la méthode thermo-chimique, appliquée à l'étude de cet appareil, donne des résultats aussi complets, aussi précis, aussi satisfaisants qu'on peut le désirer. Elle est, en effet, incontestablement plus avantageuse que la méthode des coupes et, soit qu'on se propose de procéder à l'analyse des artères et des veines, soit qu'on se propose d'étudier les vaisseaux ligneux ou les vaisseaux criblés, c'est à cette méthode qu'il convient d'accorder la préférence.

Poison diphthéritique. — A la suite d'une épidémie de diphthérie ayant sévi dans le village de Horn (Limbourg hollandais), M. *Spronck* a entrepris des recherches sur le poison diphthéritique, desquelles il résulte que dans tous les cas examinés, le bacille de Klebs a été trouvé et isolé en cultures pures, possédant une action toxique puissante. Ainsi, ces cultures, mises en contact avec des muqueuses excoriées, produisent des membranes croupales dans lesquelles le bacille pullule; leur inoculation sous-cutanée, leur injection dans les veines tuent les animaux. Lorsque la mort ne survient pas trop rapidement, on peut observer des paralysies caractéristiques. Le fait a été constaté chez le pigeon et le lapin. Le bacille reste localisé dans la fausse membrane ; inoculé sous la peau, il se propage jusqu'à un certain degré dans le tissu sous-cutané, mais il ne pullule jamais ni dans le sang ni dans les organes internes. Enfin, l'albuminurie provoquée par l'injection du poison, offre une nouvelle preuve que le bacille de Klebs est vraiment la cause de la diphthérie ; en effet, la fréquence de l'albuminurie dans la diphthérie de l'homme est bien connue ; d'autre part, l'albuminurie expérimentale donne une démonstration nette de la pathogénie de ce symptôme.

Recherche et dosage de l'albumine. — M. *C. Patein* recommande, après les dosages d'albumine par la chaleur et l'acide acétique, de toujours s'assurer que le liquide filtré ne précipite plus par l'acide azotique et ne contient pas de nouvelle albumine. Cette dernière étant précipitée par l'acide azotique, comme la sérine et l'albumine, l'emploi de l'acide azotique seul peut, dans certains cas, induire en erreur sur la nature et la quantité des albumines ainsi précipitées.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 20 AOUT 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN, VICE-PRÉSIDENT.

M. le docteur *Demeunynck*, médecin-major de 1[re] classe, envoie un mémoire sur *la fièvre typhoïde dans la garnison de Tunis pendant quatre années consécutives.*

M. *Bergeron* présente, au nom de M. *H. Monod*, la *statistique des dépenses de l'assistance publique en France pendant l'année* 1885.

M. *Constantin Paul* dépose un atlas accompagné d'un mémoire sur *la lèpre en Roumanie*, de la part de MM. les docteurs *Kalindero* et *Babes.*

Ablation de la parotide. — M. *Polaillon* présente un enfant de neuf ans et demi, auquel il a enlevé, il y a quatre ans, un adénome de la parotide avec kystes multiples, et probablement avec quelques noyaux d'enchondrome. Au bout d'un an environ, il se forma sous la cicatrice de petits kystes qui soulevèrent la peau, en l'amincissant de plus en plus. M. Polaillon fit une seconde opération ; après avoir enlevé tous les tissus indurés, il nettoya avec la curette toute la loge parotidienne. Les filets du facial ayant été détruits, l'hémiplégie fut complète après cette seconde opération. Depuis trois ans, cet enfant est guéri ; l'hémiplégie faciale a persisté; le canal de Sténon s'est atrophié; la sensibilité de la joue n'est pas altérée. La nutrition des tissus ne paraît pas avoir souffert, cependant l'incisive supérieure droite n'a pas encore fait irruption, bien que l'enfant ait actuellement neuf ans et demi; de plus, les canines supérieures manquent des deux côtés.

Prophylaxie de la tuberculose. — Dans une note lue par M. le secrétaire perpétuel, M. *Gabriel Colin* déclare que, pour lui, il n'est nullement prouvé que la chair des animaux tuberculeux, telle qu'elle est livrée à la consommation, engendre le tubercule. D'abord, on peut dire que si cette viande était contagifère, il n'est guère d'individus qui échapperaient à la contamination tuberculeuse, car le tubercule est tellement fréquent chez les bêtes de boucherie, que pas un seul homme n'arrive à un certain âge sans avoir mangé, à son insu, maintes et maintes fois, de la chair de

provenance incriminée. D'autre part, aucune expérience n'est venue, jusqu'ici, prouver que la chair et le sang des animaux à tubercules donnent la tuberculose. On peut en dire autant en ce qui concerne le lait, malgré l'expérience équivoque de Gerlach. D'ailleurs, l'expérience et l'observation ne montrent pas la contagiosité de la tuberculose aussi grande que le Congrès voudrait le faire croire aux gens du monde. En effet, l'inoculation du tubercule ne réussit bien qu'en présence d'une effraction de la matière dans le tissu cellulaire sous-cutané ou intermusculaire. Quant à la contagion interhumaine, elle ne paraît pas être des plus faciles, puisque, à la campagne, malgré la communauté de vie et des ustensiles de ménage, la contamination est relativement rare. Le Congrès exagère donc les dangers de la contagion possible de la tuberculose dans les conditions ordinaires de la vie, et l'Académie n'a pas à le suivre dans la voie où il s'engage.

Hypertrophie de la jambe droite. — M. *Duplouy* (de Rochefort) relate l'observation d'un enfant âgé de dix-sept ans, qui présente depuis sa naissance une hypertrophie énorme du membre inférieur droit et un hypospadias de la base du gland. — (Renvoi à MM. *Larrey* et *Marc Sée*.)

Trépanation. — M. le docteur *Just Lucas-Championnière*, candidat à la place déclarée vacante dans la section de médecine opératoire, communique une observation de trépanation du crâne avec ouverture d'un foyer d'hémorrhagie cérébrale de la circonvolution frontale ascendante, suivie de guérison complète. Il s'agit d'un homme de cinquante-trois ans qui eut, il y a deux ans, une attaque d'apoplexie, qui lui avait laissé de la parésie du membre inférieur droit, un peu de gêne de la parole, une contracture très marquée de la main droite et surtout des attaques épileptiques. Celles-ci, loin de s'atténuer avec le temps, allaient en augmentant. On pouvait affirmer, d'après les symptômes, qu'il existait un foyer d'hémorrhagie vers la partie moyenne de la circonvolution frontale ascendante, irritant les centres du bras et confinant aux centres du membre inférieur.

Le malade endormi, on détermina les points de repère qui servent à tracer la ligne rolandique. L'ouverture crânienne fut pratiquée, la dure-mère incisée et on vit alors en avant de la veine logée dans le sillon de Rolando, une sorte de membrane opaline résultant de la fusion de l'arachnoïde et de la pie-mère et recouvrant un foyer ancien d'hémorrhagie cérébrale qui occupait la substance de la circonvolution frontale ascendante. La paroi de ce foyer fut incisée avec soin, de façon à l'ouvrir très largement; les débris couleur de rouille qui l'occupaient furent enlevés et le foyer fut nettoyé très exactement; lavages avec une solution d'acide phénique au 1/20e et une solution de sublimé au 1/1000e. On mit sur la dure-mère un point de suture au catgut pour en rapprocher les bords sans violence et la plaie fut refermée par dix-sept points de suture au crin de Florence; un seul drain. Les suites opératoires furent des plus simples; le lendemain, le malade ayant eu une attaque épileptiforme de courte durée, on retira le drain. Ce même jour, on constata la disparition de la contracture de la main droite et une réintégration notable de la force musculaire. A partir de ce moment, il n'y a plus eu une seule attaque d'épilepsie. Il y a quatre mois actuellement que cette opération a été pratiquée et la guérison s'est maintenue. La marche est plus facile, la parole plus claire, l'intelligence meilleure.

M. Lucas-Championnière fait suivre cette observation de la statistique de 30 opérations de trépanation qu'il a jusqu'ici pratiquées 11 fois pour des vertiges et douleurs de tête dont 4 cas d'épilepsies symptomatiques de fractures du crâne, 2 cas de douleurs violentes consécutives à des chocs crâniens, 1 cas de paralysie droite incomplète avec crises épileptiformes, 1 cas d'hydrocéphalie et 11 cas d'épilepsie dite idiopathique. Le succès a été presque constant.

SÉANCE DU 27 AOUT 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN, VICE-PRÉSIDENT.

M. le docteur *Danion* envoie un *Pli cacheté*, dont le dépôt est accepté, renfermant une note sur une *nouvelle méthode de traitement électrique des fibromyomes utérins*.

M. le docteur *Mackiewicz*, médecin-major de 2e classe, adresse un mémoire manuscrit sur *les vaccinations et revaccinations* qu'il a pratiquées dans quatre régiments en 1887 et 1888, ainsi que sur *la nécessité du repos après l'opération de la vaccine*.

M. *Larrey* dépose une *Notice sur Claude Bernard*, par M. *G. Barral*.

M. *Javal* présente un *ophthalmomètre* perfectionné, de son invention récemment construit en France.

Vente de l'arsenic. — M. le docteur *Marquez* (d'Hyères), correspondant national, rappelant un certain nombre de faits d'intoxication arsenicale survenu sur plusieurs points de la France à la suite de l'ingestion de boissons falsifiées, demande que la vente de l'arsenic soit spécialement surveillée, notamment dans les drogueries et les pharmacies, et qu'on exige tout au moins sa dénaturation pour tous autres besoins que ceux de la pharmacie. — (Une Commission, composée de MM. *Brouardel*, *Riche* et *Ollivier*, est désignée pour s'occuper de cette question.)

Ovariotomie. — Le kyste de l'ovaire que présente M. *Polaillon* et qu'il a enlevé ce matin, pèse 3 kilogrammes; il est multiloculaire et présente cette particularité qu'il s'est rompu il y a trois jours sous l'influence des efforts de la défécation; des symptômes de péritonite s'étant montrés, l'opération fut décidée et pratiquée; il y a lieu d'espérer qu'elle arrêtera les accidents déjà fort avancés. Ce fait prouve une fois de plus combien la temporisation dans les kystes de l'ovaire expose les femmes à de sérieux dangers.

Traitement préservatif de l'érysipèle. — Depuis cinq ans M. *Marc Sée* emploie, dans sa pratique hospitalière et civile, pour toutes ses opérations, le sous-nitrate de bismuth, soit en répandant une couche très mince sur les surfaces traumatiques ou en insufflant une petite quantité dans les sinuosités des plaies anfractueuses en ayant soin seulement que les lignes de suture et les bords des surfaces saignantes soient exactement couverts; il recouvre ensuite la plaie d'une couche de coton hydrophile. Grâce à ce pansement antiseptique permanent, il n'a jamais eu de cas d'érysipèle, bien que plusieurs de ses opérés se soient trouvés dans les conditions les plus favorables à l'éclosion de cette redoutable complication.

Oculistique. — M. *Javal* informe ses collègues qu'on est enfin parvenu à fabriquer en France des verres à surface torique, dont l'invention avait été primitivement imaginée en Italie en 1835, puis réalisée de nouveau il y a deux ans en Amérique. Ces verres sont périscopiques; ils corrigent à la fois l'astigmatisme, le degré de myopie ou de presbytie et permettent dans une de leurs parties la vision des objets éloignés et dans l'autre celle des objets rapprochés. Ils ne présentent d'ailleurs aucune différence d'aspect extérieur avec les verres ordinaires.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 24 JUILLET 1889. — PRÉSIDENCE DE M. FERNET.

Dosage de l'inée (à propos d'un travail communiqué à la Société par M. Poulet) : M. Kügler, rapporteur. — Discussion : MM. Moutard-Martin, Catillon, Bucquoy, Wurtz. — De l'action comparée des digitalines et de la digitale : M. Huchard (Discussion : MM. Bardet, Vigier, Wurtz, Catillon).

M. *Kügler* a étudié, comme rapporteur de la Commission nommée à cet effet, le travail adressé antérieurement à la Société par M. Poulet (de Plancher-les-Mines) sur le dosage

de l'inée. L'auteur a obtenu les mêmes résultats avec le *strophantus glabre* et avec le *strophantus hispidus*, tandis que l'usage du *strophantus kombé* aurait amené des vomissements. Ce dernier serait donc à rejeter. Cependant, d'après les analyses chimiques, le strophantus glabre contient 5 pour 1000 de strophantine, et le strophantus kombé 1 pour 1000 seulement, résultats qui sont en contradiction avec les effets signalés dans les observations de M. Poulet, et qui donnent à penser que les strophantines employées par lui n'étaient pas réellement celles qu'il a indiquées ou que les semences dont il a fait usage étaient en mauvais état. En résumé, la question demanderait à être reprise dans un travail sérieux comprenant l'étude des trois strophantines préparées avec la même méthode. Le rapporteur ne partage pas l'opinion de M. Poulet, qui tendrait à faire rejeter l'usage de la strophantine à cause des doses très faibles auxquelles cette substance doit être employée.

M. *Moutard-Martin* demande qu'en raison de l'importance du sujet, la discussion du rapport soit remise au mois d'octobre.

M. *Bucquoy* rappelle que la discussion de l'Académie a montré les avantages différents du strophantus et de la strophantine, qui n'ont ni la même action thérapeutique ni les mêmes effets physiologiques. Chez un malade auquel le strophantus donnait une diurèse très marquée, l'action de la strophantine était nulle au point de vue diurétique. De même avec l'opium et la digitale on n'obtient pas les mêmes effets qu'avec la morphine et la digitaline. Quant aux injections de strophantine, elles sont dangereuses; Fraser lui-même les a abandonnées à cause des inflammations locales qu'elles déterminent. Elles occasionnent, en outre, des congestions rénales qui se traduisent par de l'albuminurie, accidents qu'on n'a pas à redouter avec le strophantus.

M. *Catillon* fait observer que le strophantus hispidus ne donne pas de strophantine cristallisée, mais seulement de la strophantine amorphe (5 p. 1000), beaucoup moins active que la première; le strophantus glabre et le kombé ne donnent pas de la strophantine cristallisée : l'action toxique de ces deux derniers est à peu près égale, mais elle est bien supérieure à celle du strophantus hispidus.

M. *Bucquoy* rappelle que M. Poulet, d'après une communication antérieure, se serait servi d'un strophantus du Gabon, dont l'action est beaucoup plus toxique, et à doses telles qu'on se demande comment il n'a pas empoisonné ses malades.

M. *Kügler* fait remarquer que M. Poulet a communiqué, avec son dernier travail, des échantillons de strophantus glabre.

M. *Catillon*. L'action toxique de la strophantine amorphe est deux fois et demie moindre que celle de la strophantine cristallisée.

M. *Wurtz*. On ne peut comparer l'action de la plante et celle de son principe actif.

La discussion du rapport est ajournée à la prochaine séance, qui aura lieu en octobre.

— M. *Huchard* lit une communication sur l'*action comparée des digitalines et de la digitale*. Dans ce travail, l'auteur rappelle d'abord avec quel succès M. Potain emploie la digitaline, et l'opinion de M. Sée, qui la proclame aussi active que la digitale. Mais dans les affections du cœur, c'est la macération ou l'infusion de digitale qu'on emploie surtout comme diurétique. Quant à la digitaline, si elle a donné des effets diurétiques beaucoup moindres, cela tient à plusieurs raisons, dont la première c'est qu'on emploie la digitaline amorphe, produit infidèle à action tantôt énergique, tantôt nulle, surtout aux doses auxquelles on l'administre. Si l'on veut avec cette substance obtenir une action diurétique, il faut en administrer des doses quotidiennes de 3 à 4 milligrammes pendant deux jours, et alors, ainsi qu'en témoignent les nombreuses observations jointes à ce travail, l'effet est certain. En outre, la digitaline amorphe ne doit pas être donnée en grandes préparations souvent mal absorbées, et qui, en s'accumulant dans le tube digestif, peuvent occasionner des accidents; il est préférable, par conséquent, de faire prendre la solution suivante formulée par M. Potain :

Alcool à 90 degrés..................	3gr,50
Digitaline amorphe de Homolle......	0gr,02

dont on donnera dix à trente gouttes par jour.

S'il emploie la digitaline cristallisée, qui est quatre ou six fois plus active que la précédente, M. Huchard la prescrit à la dose de 3/4 de milligramme, 1 milligramme au plus (doses plus élevées que celles administrées habituellement); pour cela il donne cinquante gouttes d'une teinture à 1 pour 1000.

La digitaline est souvent indiquée dans les cardiopathies artérielles; tout cœur artério-scléreux est, en effet, continuellement menacé de dilatation. Sous l'influence des plus légères complications (bronchites, etc.) peuvent survenir des cardiectasies passagères qui, par leurs répétitions successives, peuvent devenir permanentes. Dans ces cas, lorsque le cœur est en état d'hyposystolie habituelle, l'auteur prescrit tous les quinze jours, pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, 1/2 à 1 milligramme de digitaline cristallisée, qui provoque une diurèse aussi abondante que la macération ou l'infusion de digitale. Une malade atteinte d'insuffisance tricuspidienne, avec battements hépatiques, consécutivement à une affection cardiaque, guérit entièrement après un traitement de seize mois; elle prenait tous les quinze ou vingt jours, pendant un ou deux jours, 1 milligramme de digitaline cristallisée.

En résumé, la digitaline peut produire des effets diurétiques à peu près semblables à ceux de la digitale, à la condition qu'on l'emploie à des doses suffisantes. Avec 1 milligramme de cet alcaloïde cristallisé, en un jour on obtient des résultats analogues à ceux que donnent 30 à 40 centigrammes de macération de digitale employés pendant quatre à cinq jours. En outre, d'après le détail des observations recueillies, la digitaline semble avoir l'avantage de provoquer moins de phénomènes d'intolérance gastrique que les infusions ou les macérations faites avec la plante.

M. *Bardet* se demande si réellement les granules sont aussi peu solubles et autant capables de s'accumuler dans le tube digestif que le croit M. Huchard. Il trouve, quant à lui, ce mode de préparation plus maniable que les teintures de digitaline.

Quant à la différence d'action entre la digitaline amorphe et la digitaline cristallisée, il la croit plus apparente que réelle. C'est plutôt une différence morphologique qui distingue ces deux produits. La digitaline amorphe chloroformique, telle que la prescrit le Codex, ne serait-elle pas, à dose égale, beaucoup plus active que d'autres préparations du même alcaloïde, le chloroforme dissolvant peut-être d'autres substances auxquelles elle est incorporée?

Enfin, dans la digitale il y a encore d'autres produits, parmi lesquels la digitaline, très facile à isoler, assez soluble dans l'eau; ne serait-ce pas elle qui donnerait à la digitale ses propriétés diurétiques?

M. *Vigier*. Au point de vue des digitalines, il existe le plus grand désarroi dans la pharmacopée : beaucoup de préparations diverses circulent sous le même nom dans le commerce. Aussi est-il très difficile de se procurer le produit recommandé par le Codex.

M. *Catillon*. Il n'y a pas plusieurs espèces de digitaline cristallisée; il n'y en a qu'une seule, bien définie, indiquée par le Codex. S'il y en a d'autres qui donnent des effets différents, ce sont des produits impurs.

M. *Wurtz* partage l'avis de M. Catillon. Il n'y a qu'une seule digitaline cristallisée. Si on employait toujours les mêmes procédés de préparation, on obtiendrait les mêmes produits. Ce que Schmiedberg, en Allemagne, décrit sous le nom de digitoxine, est la même chose que la digitaline cristallisée de Nativelle.

— La séance est levée à six heures moins un quart.

Georges BAUDOUIN.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

Du mode d'action des médicaments astringents, par M. HEINZ (de Breslau). — Cet observateur a institué une série d'expériences dans le but de déterminer l'action physiologique des principaux astringents.

Il a constaté que, pour amener la contraction des petits vaisseaux, il faut faire usage de solutions de sublimé à 5 dix-millièmes; de nitrate d'argent, d'acétate de plomb et de sulfate de zinc au millième; de sulfate de cuivre, de perchlorure de fer, de tanin et d'alun au cinq-millième. Par contre, en tenant compte de l'intensité de la contraction vasculaire obtenue, on voit que dans l'ordre de leur énergie, on doit énumérer ainsi ces diverses substances: nitrate d'argent, acétate de plomb et sulfate de zinc; sublimé, sulfate de cuivre et perchlorure de fer; tanin et alun.

M. Heinz a cherché l'influence de ces agents sur le processus inflammatoire en les mettant en contact avec le mésentère de la grenouille. Parfois, écrit-il, le premier effet de ces substances est de provoquer une inflammation qui s'arrête ensuite quand on en continue les applications. Ces phénomènes ne sont pas dus à la vaso-constriction puisqu'on les observe encore par l'emploi de solutions concentrées, de tanin à 1/2 pour 100 ou d'alun à 2 1/2 pour 100, solutions qui provoquent la dilatation vasculaire. Ainsi donc, l'application des astringents sur les tissus produit d'abord leur inflammation et ensuite, phénomène en apparence paradoxal, la diminue quand on en continue l'emploi.

Comment expliquer ces faits? Par la théorie d'une action directement exercée sur les leucocytes? Non, d'après M. Heinz. Par des modifications de la paroi des vaisseaux? Oui, de l'avis de cet observateur, qui rappelle la combinaison du nitrate d'argent avec le cément des cellules endothéliales; combinaison bien connue de tous les histologistes. Bref, les astringents empêchent la migration des leucocytes en altérant les parois vasculaires, et leur combinaison avec les matières albuminoïdes donne raison de leur action caustique et de leurs propriétés plus ou moins microbicides. (*Wirch. Arch.*, heft 2, p. 116, 1889.)

De l'emploi du chlorure de baryum dans les maladies du cœur, par M. A.-H. HARE. — En s'inspirant des mémoires de Boehm, Brunton, Kobert, Ringer et Bary, cet observateur a été conduit à prescrire le chlorure de baryum dans cinq cas de cardiopathies valvulaires et deux cas de troubles fonctionnels du cœur.

Un enfant de six ans, mitral, dypsnéique, non hydropique, ingère quotidiennement trois doses de 2 grammes d'une solution au centième de chlorure de baryum. Le pouls s'abaissa de cent à quatre-vingts pulsations et se régularisa. La dypsnée disparut et le sommeil revint. Cette amélioration persista pendant toute la durée du traitement.

Un homme de trente-cinq ans, atteint de dilatation aiguë du cœur par surmenage, accuse des douleurs angineuses, des irrégularités du pouls. On lui administre une cuillère à bouche de la même solution et cette dose suffit pour relever le pouls et diminuer la fréquence des battements cardiaques.

Un troisième malade, brigthique et aortique, et un quatrième atteint d'insuffisance aortique, ingèrent 4 grammes de la solution et éprouvent la même amélioration.

Encore le même succès dans un cas d'insuffisance mitrale et dans deux autres cas d'asthénie cardiaque. M. Hare conclut donc en faveur du chlorure de baryum. C'est un tonique cardiaque qui, croit-il, agit plus rapidement que la digitale, ne provoque pas de troubles gastrique et ne se comporte pas, comme on l'avait craint, à la manière des poisons irritants. (*The med. News*, 16 janvier 1889.)

BIBLIOGRAPHIE

De la capacité juridique des aliénés et de leur liberté individuelle, par René FUSIER, docteur en droit, avocat à la Cour d'appel de Chambéry. 1 vol. in-8°. — Paris, 1886. L. Larose et Forcel.

La question des aliénés, tant au point de vue médical qu'au point de vue judiciaire, préoccupe de plus en plus les esprits; il en est même qu'elle passionne au point d'en devenir injustes à l'égard des médecins qui soignent ces malheureux malades. Quoi qu'il en soit, il faut reconnaître que si cette question, qui intéresse à tant de titres la société, a le don d'émouvoir les passions, elle suscite aussi, même en dehors du milieu médical, des travaux sérieux, mûrement réfléchis, qui méritent de notre part une étude attentive. Parmi ces travaux, nous devons signaler tout particulièrement le volume de M. René Fusier. Cette œuvre de plus de 400 pages est une thèse de doctorat en droit, d'une lecture attachante et dont l'intérêt se soutient jusqu'à la dernière page.

Toute thèse de doctorat en droit se divise naturellement en deux parties: la première, consacrée au droit romain; la seconde au droit moderne. M. René Fusier étudie donc successivement la capacité juridique des aliénés et leur liberté individuelle d'après la législation romaine et d'après la législation française. De ces deux parties, la première présente un intérêt tout particulier. Et le motif, sans doute, en est qu'on entre là dans un domaine généralement peu connu et qui réserve de réelles surprises. Après avoir lu les cent premières pages du livre de M. Fusier, où sont exposées les précautions prises par le législateur romain dans ces questions si délicates de la capacité civile des aliénés et les formalités à remplir pour leur curatelle, on comprend mieux cette phrase de Bossuet: « Si les lois romaines ont paru si saintes que leur majesté subsiste encore malgré la ruine de l'empire, c'est que le bon sens, qui est le maître de la vie humaine, y règne partout, et qu'on ne voit nulle part une plus belle application des principes de l'équité naturelle. »

On trouve dans cette première partie quelques renseignements curieux qu'il est bon de rappeler. Ainsi M. Fusier nous apprend que « la folie, une fois qu'elle était constatée, exonérait des charges publiques en général et, détail curieux, il paraît que c'était là un avantage assez recherché, puisque, à en croire Ulpien, il arrivait souvent qu'on simulât la folie pour en bénéficier ». Nos modernes médecins légistes n'ont pas encore eu à observer la simulation de la folie, croyons-nous, pour échapper aux charges publiques; cela pourra venir. Jusqu'ici ils n'ont rencontré de simulateurs que chez les délinquants et les criminels.

La loi romaine prescrivait que l'aliéné fût soigné par les siens et chez lui; les présidents des provinces devaient « s'assurer que le fou qui se serait livré à un acte dangereux pour la société fût surveillé avec un soin tout particu-

lier et même, en cas de besoin, enchaîné, tant comme mesure de sûreté qu'à titre de peine et de répression. » Et plus loin, notre auteur ajoute : « Si, en raison de son indigence ou de son état d'exaltation, l'aliéné ne pouvait être gardé chez lui, le président de la province devait le faire séquestrer dans des lieux publics de détention, appelés *carceres*. » Qu'étaient ces *carceres?* S'agit-il simplement des prisons où l'on enfermait les criminels, et où l'on plaçait par surcroît les aliénés agités ? C'est possible. Quoi qu'il en soit, cette question de l'assistance et du traitement des aliénés chez les anciens est une de celles qui ne sont pas résolues ; elle mériterait cependant d'attirer l'attention d'un de nos médecins érudits. La lumière pourrait se faire peut-être en rapprochant les textes des jurisconsultes et ceux des médecins qui ont écrit sur la matière.

La partie relative au droit français est la plus considérable. Elle est divisée en deux parties: la capacité juridique et la liberté individuelle. M. Fusier y traite les questions brûlantes du moment; mais à l'inverse de certains législateurs, journalistes et même magistrats, il ne veut pas le renversement de ce qui existe, il n'en demande que les améliorations, améliorations que la science et la force des choses imposent en quelque sorte. Il ne veut surtout pas la mise en interdit du médecin aliéniste, que certains réformateurs de la loi du 30 juin 1838 veulent mettre en tutelle, au point qu'il ne puisse plus ni recevoir un malade dans un asile, ni l'y maintenir et l'y traiter, ni l'en faire sortir sans une foule de formalités ou sans le contrôle de nombreuses Commissions. La dignité du médecin et son influence sur les malades gagneraient-elles à un tel régime ? Il est permis d'en douter.

M. Fusier, qui ne se paie pas de mots et qui a pu voir fonctionner de près la loi sur les aliénés — son père était naguère encore un des médecins les plus distingués de nos asiles — a recherché les améliorations qui pourraient être introduites dans cette loi et qui sont demandées depuis longtemps par les médecins eux-mêmes. Ainsi il demande qu'il soit mieux pourvu à la gestion des biens des aliénés non interdits; que les prescriptions de la loi du 30 juin 1838, qui sauvegardent suffisamment la liberté individuelle, soient plus strictement appliquées ; qu'on réglemente d'une façon spéciale le traitement des aliénés à domicile et qu'on apporte enfin une solution « à la grave et délicate question des aliénés dits criminels et des criminels aliénés ». Il y a là matière suffisante à légiférer; mais ce ne se serait point la refonte générale de la loi, tant réclamée, surtout par ceux qui ne l'ont jamais lue. Cela est très vrai; reconnaissons cependant avec M. Fusier que se contenter de l'améliorer dans ses imperfections « ce serait au contraire lui donner, en quelque sorte, une nouvelle sanction législative, qui aurait le double avantage de rassurer l'opinion publique mal à propos alarmée et de perfectionner et compléter cette loi, en s'efforçant d'assurer à chacune de ses dispositions une exécution conforme au vœu de ses auteurs. La condition essentielle pour arriver à un heureux résultat, pour améliorer en un mot la loi de 1838, sans en perdre les avantages, est d'en suivre les principes, d'en respecter l'esprit général et d'en conserver l'ensemble, en s'inspirant des nécessités pratiques et en se tenant surtout à l'abri des préjugés vulgaires qui l'ont fait injustement décrier. »

Ce que nous avons dit de la thèse de M. Fusier, les extraits que nous en avons donnés, prouvent qu'on a affaire à un travail d'une réelle importance, que devront consulter tous ceux — médecins ou non-médecins — qui s'intéressent aux sort des aliénés et qui veulent se rendre compte de la législation qui les concernent.

Ant. Ritti.

VARIÉTÉS

Faculté de médecine de Paris. — Des conférences pratiques d'hygiène auront lieu, par séries de quinzaine, à partir du lundi 2 septembre 1889, sous la direction de M. le professeur Proust. Elles seront faites chaque jour, par MM. les docteurs Netter et A.-J. Martin.

Matières principalement traitées: 1° *Bactériologie appliquée à l'hygiène* (M. le docteur Netter, au Laboratoire d'hygiène) : classification des bactéries; procédés de coloration; méthodes de culture; recherche des microbes dans le sol, l'eau et l'air; principales maladies transmises par les microbes contenus dans le sol, dans l'eau et dans l'air; désinfection et vaccination ;

2° *Hygiène et génie sanitaire* (M. le docteur A.-J. Martin, au Musée d'hygiène et à l'Exposition): chauffage, éclairage et ventilation; alimentation des villes en eau; évacuation des matières usées; hygiène des habitations privées et collectives; prophylaxie des maladies transmissibles: isolement et désinfection; législation et administration sanitaires.

Pour prendre part à ces conférences, se faire inscrire au Laboratoire d'hygiène, Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Corps de santé militaire. — Le ministre de la guerre a décidé, à la date du 15 août 1889, que, par dérogation aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 12 juillet 1889, les engagés conditionnels d'un an, reçus docteurs en médecine ou possédant douze inscriptions valables pour le doctorat, seront admis à bénéficier, cette année encore, des dispositions de la circulaire ministérielle du 12 octobre 1886, modifiée par le décret du 6 avril 1888. Ils pourront, en conséquence, sous la réserve d'avoir satisfait à l'examen réglementaire, être appelés à remplir, soit dans leur corps, soit dans un hôpital militaire ou militarisé, les fonctions de médecin auxiliaire.

La revaccination des réservistes. — Sur la demande de la direction du service de santé, M. de Freycinet a décidé que dorénavant les réservistes et territoriaux, dont le livret individuel portera mention d'une vaccination ou d'une revaccination opérée avec succès certain depuis moins de huit ans, seront dispensés de cette opération lors de leur convocation. Il en sera de même pour les réservistes et territoriaux qui produiront à leur arrivée au corps un certificat établi par un docteur en médecine, et dûment légalisé, constatant qu'ils ont subi une vaccination, suivie de succès, dont la date ne remontera pas au delà de huit années.

Corps de santé de la marine. — Sont nommés : *au grade de médecin de deuxième classe:* M. le docteur Rimbert, médecin auxiliaire de 2e classe.

Au grade de médecin auxiliaire de deuxième classe : MM. Quennec et de Moutard.

Les eaux ménagères des casernes. — Jusqu'à présent, dans les casernes, les déchets de cuisines, dits eaux grasses, étaient à l'issue de chaque repas portés dans un baquet *ad hoc*, où ils attendaient à ciel ouvert et pendant plusieurs jours, que l'adjudicataire voulût bien les enlever.

Dans une note du 10 juillet, le ministre a décidé que les tonneaux en usage seront remplacés, au fur et à mesure de leur mise hors de service, par des récipients métalliques, de forme cylindrique autant que possible. Ces tinettes en tôle galvanisée devront toujours être tenues fermée. De plus, le transvasement des matières étant une grande cause d'infection et de souillure du sol, il y aura lieu d'avoir un jeu double, de manière que les tinettes pleines soient enlevées dans cet état et remplacées par des tinettes vides. On doit savoir gré au ministre d'avoir fait disparaître des casernes une cause d'infection, incriminée si souvent et à juste titre par les médecins militaires.

Congrès des médecins aliénistes. — A la suite du Congrès de médecine mentale, il a été décidé qu'un Congrès national de médecins aliénistes se tiendra à Rouen en 1890. MM. Delaporte et Giraud, médecins des asiles départementaux de la Seine-Inférieure, ont été chargés de l'organisation dudit Congrès.

Congrès d'anthropologie criminelle. — Nous avons annoncé dernièrement que le Congrès d'anthropologie criminelle avait

émis le vœu que les médecins ainsi que les étudiants en médecine légale et les étudiants en droit pénal, accompagnés de leurs professeurs, fussent autorisés à entrer dans les prisons pour y examiner les détenus.

D'après les déclarations faites à ce sujet par M. Herbette, nous pouvons dire que l'administration pénitentiaire est disposée en principe à donner les autorisations nécessaires pour visiter les établissements pénitentiaires; il importe, toutefois, que les condamnés ne se croient pas l'objet d'une curiosité trop grande. L'entrée des prisons pourra être accordée aux étudiants en droit recommandés par leurs professeurs; mais il n'en sera probablement pas de même pour les médecins, M. Herbette estimant que les condamnés ne peuvent être comparés aux malades d'hôpitaux. Si l'on en croit M. le directeur de l'administration pénitentiaire au ministère de l'intérieur, il serait à craindre que le condamné ne devînt par trop un sujet d'étude pour le médecin et que, par suite, beaucoup de condamnés ne simulassent des maladies pour se rendre plus ou moins intéressants aux yeux du public médical.

Toutefois, M. Herbette ne demanderait pas mieux que de faciliter les études sur les condamnés, et voici comment: l'autopsie des individus morts pendant la durée de leur peine est de droit, si l'autorité publique le juge nécessaire. Le nombre de ces derniers est encore élevé: une partie d'entre eux sont réclamés par leur famille; les autres doivent être inhumés par les soins de l'administration. Pour ces derniers, l'autopsie pourrait toujours bien être pratiquée; elle pourrait l'être aussi pour les premiers, au cas où l'intérêt de la science l'exigerait.

Voilà quelle paraît être la voie que l'administration pénitentiaire est disposée à suivre en France, pour ce qui a trait aux constatations medico-anthropologiques sur les condamnés.

En ce qui concerne le dernier vœu émis par le Congrès, c'est-à-dire la remise des corps des suppliciés aux médecins, M. Herbette n'a pas à intervenir, attendu que lorsque l'écrou est levé, le condamné à mort ne dépend plus de l'administration pénitentiaire, mais de l'autorité judiciaire et de la sûreté publique. Nous croyons savoir à ce propos que, si les corps des suppliciés n'ont plus été livrés aux médecins, c'est à la seule fin de ne pas choquer le sentiment public; à tort ou à raison, d'aucuns ne voient pas d'un œil favorable entreprendre sur ces cadavres des expériences de physiologie pouvant ou non amener une seconde de survie; quelques criminels eux-mêmes se sont refusés d'avance à voir leur corps devenir l'objet de telles expériences.

En présence de cet état de choses, le gouvernement serait, paraît-il, décidé à ne livrer que les corps de condamnés n'ayant pas manifesté, pendant leur vie, de disposition contraire, et encore cette remise serait-elle faite à la condition qu'on n'entreprendrait sur eux aucune expérience tendant à les rappeler à la vie. C'est pour cette raison que les corps des deux derniers décapités ont été mis à la disposition de la Société d'anthropologie pour faire exclusivement l'objet de recherches anatomo-pathologiques spéciales. (*Semaine médicale.*)

Falsifications observées en Hollande. — Du poivre noir contenait du sable et laissait 19 pour 100 de cendres. Du maïs pulvérisé contenait des fécules. De la moutarde avait été additionnée de curcuma et d'acide salicylique. Dans le chocolat en poudre, on a trouvé beaucoup de sagou; dans le café moulu, de la farine de seigle ou de la poudre de racine de chicorée torréfiée.

On a constaté que les pommes séchées, originaires d'Amérique, contenaient fréquemment des sels de zinc. Cela provient des séchoirs en fer galvanisé sur lesquels on les prépare. Les marmelades de fruits, les sirops sont conservés avec l'acide salicylique. Dans des vins rouges et blancs, on a reconnu l'acide sulfureux et l'acide salicylique, dans les premiers de la fuchsine non arsenicale. Sur 630 échantillons d'eau de Seltz, près d'un quart (148) contenaient des sels métalliques et quelques-uns en quantité nuisible Sur 225 échantillons de beurre, on n'en a trouvé que 19 qui fussent tout à fait purs; 60 contenaient de la margarine. (*Revue internationale des falsifications.*)

Falsifications de viandes en Allemagne. — Un boucher de Berlin fut dernièrement cité devant le tribunal, pour avoir fourni à ses clients de la viande colorée artificiellement et des saucisses contenant une quantité considérable de fécule de pommes de terre. Le prévenu était fort étonné qu'on lui fît un crime de pratiques qui sont ordinaires dans la boucherie et ajoutait pour sa défense qu'il avait emprunté les procédés de teinture à un livre contenant des « recettes pour la boucherie et la fabrication des saucisses ». L'expert, M. Bischoff, soutint que la coloration artificielle (la cochenille avait été employée à cet effet) des viandes était une falsification et contesta que l'addition de fécule au porc haché pour la préparation des saucisses fût une pratique courante. Le tribunal octroya au prévenu dix jours de prison pour la cochenille et 50 marks d'amende pour la fécule. (*Union pharmaceutique.*)

Frais d'incinération. — Sur la proposition de M. le préfet de la Seine, le Conseil municipal, en prévision des demandes qui pourront lui être adressées, a fixé comme suit le taux des redevances pour les incinérations de la ville de Paris:

Le taux de la redevance à percevoir pour les incinérations dans les appareils crématoires de la ville de Paris est uniformément fixé à la somme de 50 francs, y compris l'occupation, pendant cinq ans, si elle est demandée, d'une case dans le colombarium à établir par la ville de Paris, l'urne dans laquelle seront disposées les cendres des personnes incinérées restant à la charge des familles.

En outre de la redevance ci dessus il sera perçu un droit afférent à l'occupation du monument crématoire proportionnel à la décoration dudit monument et à l'importance de la pompe déployée. Ce droit sera réglé comme suit:

1re, 2e et 3e classes de convois, 200 francs; 4e et 5e classes, ainsi que pour les corps amenés de l'extérieur, 150 francs; 6e classe, 50 francs; 7e classe, 25 francs; 8e classe, 12 francs; service gratuit (néant).

Nécrologie. — La semaine dernière un nombreux cortège de confrères et d'amis a accompagné le convoi de l'un de nos plus distingués médecins aliénistes, le docteur Jules Cotard, médecin de la maison de santé du docteur J. Falret à Vanves, décédé le 19 août dans des circonstances particulièrement poignantes. Il y a deux semaines, un de ses enfants, une fillette de huit ans, fut prise du croup; elle est aujourd'hui guérie, mais le père avait contracté la maladie et y a succombé à l'âge de quarante-neuf ans. MM. Gréhant, au nom de la Société de biologie, Ritti, au nom de la Société médico-psychologique, Falret, au nom de ses amis, ont rappelé sur sa tombe toute l'étendue de cette perte. On doit à notre très regretté confrère une série de travaux importants sur l'anatomie pathologique du cerveau et diverses affections mentales; au récent Congrès de médecine mentale, on a lu de lui un remarquable mémoire sur les origines psycho-motrices du délire, plein d'idées neuves et originales, dans ces dernières années il s'était plus particulièrement adonné à l'étude de cette question, pour laquelle il avait amassé un grand nombre de matériaux que ses amis ne voudront pas laisser inutilisés.

Nous avons aussi le regret d'apprendre le décès de M. Alcindor, interne des hôpitaux de Paris, qui vient de se noyer dans un lac de la Suisse; de M. le docteur Rota, ancien directeur de la maison de santé de la rue Picpus; de M. le docteur Cabrol, ancien médecin principal de l'armée; de M. le docteur Meynet, médecin honoraire des hôpitaux de Lyon; de M. le docteur Germain (de Douvaine, Haute-Saône).

Mortalité a Paris (33e semaine, du 11 au 17 août 1889. — Population: 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 27. — Variole, 2. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 10. — Diphthérie, croup, 18. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 184. — Autres tuberculoses, 19. — Tumeurs: cancéreuses, 38; autres, 3. — Méningite, 23. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 47. — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 10.—Maladies organiques du cœur, 29. — Bronchite aiguë, 18. — Bronchite chronique, 25. — Broncho-pneumonie, 20. — Pneumonie, 32. — Gastro-entérite: sein, 29; biberon, 100 —Autres diarrhées, 10.—Fièvre et péritonite puerpérales, 8. —Autres affections puerpérales, 4. — Débilité congénitale, 24. — Sénilité, 27. — Suicides, 18. — Autres morts violentes, 2. — Autres causes de mort, 170. — Causes inconnues, 11. — Total: 928.

G. Masson. *Propriétaire-Gérant.*

20198. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

SUPPLÉMENT THÉRAPEUTIQUE

DE LA

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Le Gaïacol.

En 1887, il a paru dans le n° 20 du *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte*, un travail du docteur Sahli sur le Gaïacol. Ce médecin s'est proposé de substituer ce corps à la créosote dont il fait partie dans la proportion de 60 à 90 pour 100. En effet, la créosote n'est pas une espèce chimique définie, mais un mélange de plusieurs composés appartenant à la classe des phénols.

En 1888, M. Fraentzel (*Therapeutische Monatshefte*, n° 4), se basant sur une communication personnelle du professeur Penzoldt, qui croit que le Gaïacol est la substance active dans la créosote, a employé le Gaïacol dans plus de douze cas de tuberculose, et a obtenu les mêmes résultats qu'avec la créosote.

Le Gaïacol se prépare, d'après le procédé de Fischer, par distillation du bois de hêtre et se sépare vers 200 degrés. Les produits recueillis à cette température sont traités par plusieurs réactifs et soumis plusieurs fois à des distillations fractionnées.

A l'état pur, le Gaïacol constitue un liquide incolore, d'une odeur aromatique agréable, ce qui est un avantage sur la créosote.

Fischer a indiqué plusieurs procédés pour s'assurer de la pureté du Gaïacol. Un de ces moyens consiste à agiter 2 centimètres cubes de Gaïacol avec 4 centimètres cubes de benzine de pétrole à la température de 20 degrés. Si le Gaïacol est pur, il se sépare rapidement et en totalité. Si on a affaire à du Gaïacol du commerce qui, d'après Fischer, ne renferme quelquefois que 35 pour 100 de Gaïacol, il se fait une solution claire; rien ne se sépare.

Il est de première importance de s'assurer d'un produit bien préparé, parfaitement pur et bien conservé; les effets thérapeutiques dépendent évidemment de ces conditions.

L'action thérapeutique du Gaïacol est très voisine de celle de la créosote. Sahli a expérimenté sur un grand nombre de phthisiques et a vu la toux, surtout au début de la phthisie, promptement calmée. Quand l'expectoration est pénible et les sécrétions abondantes, le Gaïacol fluidifie les mucosités et les diminue progressivement.

Le Gaïacol convient à tous les cas de phthisie lente qui exigent un long traitement.

Quand le Gaïacol est bien supporté, l'appétit ne tarde pas à se relever ainsi que l'état général.

C'est un médicament, comme la créosote, à continuer pendant des semaines et des mois.

Tout récemment, un médecin des hôpitaux de Paris a fait usage de ce médicament sous forme de Perles contenant chacune 5 centigrammes de Gaïacol pur en solution dans l'huile de faîne. Ces Perles ont été préparées sur sa demande, suivant le procédé du docteur Clertan, par la maison L. Frere. Les résultats obtenus seront l'objet d'un travail ultérieur, mais déjà nous savons qu'ils confirment de tous points les travaux des médecins étrangers.

La dose usitée de Gaïacol est de 15 à 20 centigrammes par jour environ, ce qui correspond à trois ou quatre Perles; mais il peut être administré à des doses beaucoup plus élevées.

THÉRAPEUTIQUE

Salicylate de mercure.

Une communication du docteur Silva Araujo à la Société de polyclinique générale de Rio-de-Janeiro a appelé l'attention sur cette combinaison hydrargyrique. Cet auteur lui reconnaissait de sérieux avantages qu'il résumait ainsi :

1° Le salicylate de mercure est facilement supporté par l'estomac; il n'occasionne ni les gastralgies, ni les entéralgies ou coliques, ni la diarrhée qui sont fréquemment l'effet des autres préparations mercurielles, sans y excepter le protoiodure et le tannate de mercure dont il a été fait récemment un si large emploi;

2° Le salicylate de mercure n'a jamais produit la stomatite mercurielle;

3° A l'intérieur le salicylate de mercure agit avec plus de promptitude qu'aucun autre des sels de mercure usités jusqu'à ce jour.

A la suite de cette publication, le docteur Carl Szadek, de Kiew, a administré le salicylate de mercure dans vingt-cinq cas de syphilis.

Les observations du médecin russe confirment entièrement les résultats annoncés par le docteur Araujo, de Rio. Dans aucun cas la médication n'a occasionné de désordres des organes digestifs, ni stomatite, ni salivation, lorsque la bouche et les dents étaient en bon état.

Plus récemment, le professeur Swimmer, de Budapest, a demandé à la maison L. Frere, de Paris, de lui préparer, suivant son procédé d'enrobage et d'impression, des pilules *imprimées*, de salicylate de mercure, à la dose d'un centigramme. Le sel lui-même a été préparé de toutes pièces au laboratoire de cette importante maison.

Le professeur de Pest donne cinq de ces pilules par jour, tandis que le docteur Silva Araujo a formulé des pilules de 25 milligrammes dont il donnait trois par jour.

Nous pensons que, d'une manière générale, la dose du professeur hongrois convient mieux pour une médication qui doit être fractionnée et progressivement croissante. D'ailleurs, il est toujours facile d'augmenter le nombre des pilules.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

BULLETIN

Paris, 4 septembre 1889.

Maurice Perrin.

La médecine militaire française vient de faire une perte considérable et imprévue. M. Maurice Perrin a succombé samedi dernier, après trois jours de maladie, dans son village natal de Vezelise (Meurthe-et-Moselle) où il aimait à venir chaque année prendre quelques semaines de repos.

Comme professeur de médecine opératoire et directeur des conférences d'ophthalmoscopie et d'optométrie au Val-de-Grâce, M. Maurice Perrin avait fondé un enseignement qui n'a pas peu contribué à généraliser l'ophthalmologie dans l'armée et à élever le niveau de cette science; ses études sur le rôle de l'alcool et des anesthésiques dans l'organisme sont devenues classiques; praticien habile autant que prudent et expérimenté, il a compté parmi les plus remarquables représentants de la chirurgie de guerre.

Ayant occupé avec une haute distinction les divers grades de la hiérarchie militaire, il ne manqua jamais de s'efforcer de rehausser le prestige du corps de santé, aussi bien sur les champs de bataille, comme médecin en chef du corps d'armée du maréchal de Mac-Mahon en 1870, que dans les conseils du gouvernement en qualité de médecin inspecteur et de directeur du Val-de-Grâce. Il fut de ceux dont la valeur personnelle permit la réforme, aujourd'hui commencée, de notre service de santé de l'armée.

En l'appelant à l'honneur de sa présidence, l'Académie de médecine avait témoigné une fois de plus de l'estime qu'elle a toujours professée pour les chefs de notre médecine militaire. M. Maurice Perrin était fier de ce choix, mais avec la modestie qu'il savait allier à la droiture du caractère, à l'élégance de la parole et à une courtoise aménité qui commandaient et retenaient l'affection de tous ceux qui l'ont approché. Nous garderons respectueusement sa mémoire.

La dépopulation de la France.

Il y a quelques jours, le *Journal officiel* a publié un rapport officiel du service de la statistique sur le mouvement de la population en France pendant l'année 1888. Les indications fournies dans ce rapport sont tellement inquiétantes au point de vue de l'avenir de notre pays qu'il y a intérêt, surtout pour les médecins et les hygiénistes, à ne pas les laisser dans l'oubli habituel aux publications de ce genre.

En effet, d'après le dépouillement des actes de l'état civil, il a été enregistré, pendant l'année 1888, 276848 mariages, 4708 divorces, 882639 naissances et 837867 décès, soit un excédent des naissances sur les décès, représenté par 44772 individus seulement, alors que cet accroissement, déjà faible, avait été de 56536 en 1887. Si l'on compare ces chiffres à ceux des années précédentes, on constate une diminution générale très accentuée, portant à la fois sur les mariages, les naissances et les décès; le chiffre des divorces, ainsi que celui des naissances naturelles, présente seul une augmentation.

Examinons maintenant quelques détails de cette statistique. En 1888, il a été célébré en France 276848 mariages, soit 212 seulement de moins que l'année précédente, mais 6360 de moins qu'en 1886. Cette diminution du nombre des mariages est inquiétante par sa continuité, fait observer l'auteur du rapport, car à chaque diminution dans le chiffre des mariages correspond une perte trois fois plus grande dans le nombre des naissances ultérieures.

Le taux des mariages est actuellement de 7,2 pour 1000 habitants, au lieu de 7,5, taux ordinaire des dernières années. On a compté 1 mariage sur 139 habitants et 1 sur 42 célibataires adultes des deux sexes.

Le nombre des naissances n'a été en 1888 que de 882639, en diminution de 16794 sur les naissances de 1887. Jamais, si ce n'est en 1871, le nombre des naissances n'a été aussi faible et cette diminution ne semble pas près de s'arrêter, si l'on en juge par les chiffres suivants, qui montrent le mouvement décroissant des naissances depuis cinq ans : en 1884, 937 750 naissances; en 1885, 924 558 naissances, soit 13 200 en moins; en 1886, 912 838 naissances, soit 11 720 en moins; en 1887, 899 333 naissances, soit 13505 en moins; en 1888, 882639 naissances, soit 16794 en moins. Le nombre a ainsi diminué de près de 50000 dans l'ensemble du pays, par rapport à la moyenne décennale, ce qui constitue un recul de plus de 5 pour 100, auquel tous les départements, sauf huit, ont plus ou moins contribué.

Encore, l'accroissement observé dans ces huit départements provient-il uniquement de l'immigration. La proportion des naissances pour 1000 habitants, qui est de 23,1 pour toute la France, varie de 14 dans le Gers à 33 dans le Finistère. D'autre part, pour ce qui concerne spécialement la natalité légitime, qui constitue les 92 centièmes de la natalité générale, on compte en moyenne 19 naissances seulement chaque année sur 100 femmes mariées de moins de quarante-cinq ans. Enfin, le nombre des naissances naturelles ne fait que s'accroître; la proportion de ces naissances, qui était de 7,5 pour 100 en 1881 et de 8 pour 100 en 1885, atteint aujourd'hui 8,5 pour 100; elle varie suivant les diverses parties de la France, de 25 pour 100 dans la Seine à 10 à 13 dans le Nord et à 2 à 3 en Bretagne.

En 1888, le nombre des décès est tombé à 837867, soit une moyenne de 21,9 pour 1000 habitants. Comme on doit s'y attendre, ce sont les départements qui sont doués d'une forte natalité qui sont également affectés d'une grande mortalité. Comme toujours, les décès du sexe masculin l'ont emporté de beaucoup sur ceux du sexe féminin: 436223 décès d'hommes contre 401644 décès de femmes.

Dans 44 départements, c'est-à-dire dans la moitié de la France, il y a eu accroissement de la population par suite de l'excédent des naissances sur les décès ; dans les 43 autres, au contraire, les décès l'ont emporté sur les naissances. Il faut aussi remarquer que le quart de l'accroissement total est dû à l'excédent des naissances de la population étrangère, si bien que sans l'appoint des naissances naturelles la population française diminuerait.

La proportion des étrangers habitant la France s'élève aujourd'hui à 3 pour 100 de la population totale ; on a constaté que parmi eux le mariage est un peu moins fréquent que chez les Français et que l'on y compte, toutes proportions gardées, plus de naissances et moins de décès. Ce sont, après les Allemands, les Suisses, qui se marient le plus en France; la colonie italienne présente a relativement le plus de naissances; la fécondité des femmes y est plus grande; dans aucune colonie étrangère, si ce n'est chez les Allemands, la mortalité n'est aussi forte que dans l'ensemble de la France. La part des étrangers dans l'accroissement si faible de la population compte encore pour 11 314 personnes, si bien que, si la France n'était habitée que par des Français, l'augmentation de sa population serait réduite d'un quart. Ajoutons qu'il y a un mois, M. le docteur Drysdale signalait au Congrès international d'hygiène et de démographie qu'en cette même année 1888, l'excédent des naissances sur les décès était supérieur (53394) dans la ville de Londres seule à celui de la France entière (44772).

De ces données il résulte une fois de plus, comme on l'a dit depuis si longtemps, que l'immigration étrangère permet presque seule à la France de conserver son taux de population; son excédent de naissances sur les décès est dû pour une forte part à cet élément, car la proportion étrangère pour une année, prise au hasard, se trouve influencée par les immigrations antérieures. Notre natalité suit une diminution continue et si notre mortalité est relativement basse, cela tient uniquement au nombre peu considérable des enfants en France. On sait en effet que la mortalité pour la première année de l'existence est considérable et que celle d'un à cinq ans est encore très élevée. Dans un rapport que MM. les docteurs Landouzy et Napias ont présenté au Congrès d'hygiène, ils ont évalué notre mortalité de zéro à un an à 179,8 pour 1000 habitants et celle d'un à cinq ans à 27,5. Ces chiffres montrent combien notre mortalité générale serait encore plus élevée si notre natalité s'accroissait.

Il paraît malheureusement difficile d'obtenir une augmentation suffisante de la natalité française pour accroître notre excès de naissances sur les décès; on a dit qu'en 1888 on pouvait encore se trouver sous le contre-coup des conséquences de la guerre de 1870-1871, qui a fait de si grands ravages dans notre jeunesse; on ne saurait l'admettre, puisque cette décroissance est générale, dans les départements qui n'ont pas été éprouvés par la guerre aussi bien que dans les autres. Cela tient à des causes plus générales, qui persistent et s'accentuent même depuis plusieurs années: ce sont les modifications survenues dans l'agriculture, l'émigration des campagnes vers les villes et les centres manufacturiers, comme en témoigne le nombre des naissances naturelles dans ces derniers et surtout, suivant nous, la restriction malthusienne, de plus en plus en honneur à mesure que l'instruction et la richesse augmentent et que les mœurs publiques faiblissent dans la masse de la population.

Par contre, on peut exercer une action plus efficace pour diminuer la mortalité; que la France conserve avec soin son patrimoine humain si elle n'en peut facilement renouveler la valeur en nombre ! Les moyens pour y parvenir sont connus; il suffit de les appliquer avec persévérance et énergie; les exemples abondent qui montrent quels succès sont au bout de tels efforts. La mortalité de l'enfance est diminuée partout où l'alimentation du premier âge a été surveillée, partout où les maladies des enfants ont été promptement soignées; la mortalité générale a toujours baissé lorsque les maladies transmissibles ont été l'objet de mesures prophylactiques sérieusement appliquées par des personnes compétentes. L'un des plus remarquables exemples qu'on en puisse citer en France n'est-il pas celui de la diminution continue de la mortalité dans notre armée au fur et à mesure que le corps de santé faisait prévaloir et adopter les préceptes de l'hygiène des troupes et des casernements? D'après les chiffres communiqués par M. le docteur Longuet au Congrès d'hygiène et de démographie, alors que la mortalité de l'ancienne armée à l'intérieur était de 9 pour 1000 et celle de cette même armée tout entière de 10 pour 1000, la mortalité de l'armée actuelle est descendue pour l'intérieur à 6 pour 1000 et pour l'armée tout entière à 7 pour 1000, soit un gain de 3 pour 1000, alors que la mortalité moyenne des jeunes hommes de vingt à vingt-cinq ans est, vie militaire et civile comprise, de 12,60 pour 1000 en France. Ce que le service de santé de l'armée a pu obtenir dans ce milieu limité, mais si aisément impressionnable, il convient de le réaliser au plus vite parmi toutes les clases de notre population, si nous voulons conserver à celle-ci sa vitalité et à notre race ses qualités propres.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Un traitement antiseptique de la diphthérie pharyngée et nasale.

1° *Traitement local.*— Il doit consister en badigeonnages fréquemment répétés toutes les heures ou toutes les deux heures avec une solution d'acide salicylique au centième. M. J. Simon emploie à cet effet le glycérolé suivant :

Acide salicylique	1 gramme.
Glycérine	40 grammes.
Infusion d'eucalyptus	60 —
Alcool	q. s.

Pour faciliter la chute des fausses membranes pharyngées et buccales, il est utile d'alterner quatre ou cinq fois par jour les badigeonnages avec des attouchements à la glycérine phéniquée.

Dans la diphthérie nasale, on pratiquera des *irrigations* avec une solution salicylée à 1/2 pour 100, et des *insufflations* soit avec l'iodoforme en poudre, soit avec le soufre pulvérisé finement et lavé, ou bien des *onctions* avec la pommade suivante :

Vaseline	25 grammes.
Soufre sublimé et lavé	5 —

Dans la diphthérie pharyngée et laryngée on pratiquera aussi des pulvérisations avec le thymol, l'eucalyptol ou l'eau phéniquée.

M. J. Simon combat les adénites cervicales par l'application très classique d'une pommade iodurée et belladonée :

Extrait de belladone	2 grammes.
Iodure de potassium	1 —
Axonge	25 —

L'onguent mercuriel belladoné est, à mon avis, plus fidèle, et les enveloppements avec le coton iodé ou les badigeonnages à la teinture d'iode rendent des services analogues.

2° *Traitement général.* — Alimentation, toniques, parmi eux : le quinquina, l'alcool, le perchlorure de fer, ou une mixture ainsi composée dont nous avons constaté les avantages :

Teinture de malate de fer	15 grammes.
Teinture d'absinthe	3 —
Teinture de gentiane	15 —

que l'on administre par dose de trois à six gouttes répétées trois à quatre fois par jour.

La teinture de kola, à la dose de vingt à quarante gouttes par jour, nous a rendu également de bons services. On l'administre en trois fois, et après l'ingestion d'aliments soit en nature, soit encore sous forme d'élixir ou de vin.

Enfin, on peut utilement prescrire les balsamiques : cubèbe, eucalyptol en capsules et copahu.

3° *Traitement hygiénique.* — Renouveler l'air de la chambre en le maintenant à + 15 degrés, le saturer de vapeurs antiseptiques : thymol, décoction de feuilles d'eucalyptus, essence de térébenthine, spray phéniqué; mais ne pas oublier que la moiteur de l'atmosphère n'est pas moins nécessaire que son antisepticité.

Ch. Éloy.

TRAVAUX ORIGINAUX

Neuropathologie.

De l'anesthésie sous ses divers modes dans la paréso-analgésie. Cas frustes de paréso-analgésie, par M. le docteur Morvan (de Lannilis).

(Fin. — Voyez le numéro 35.)

Dans les douze observations tant anciennes que nouvelles, la sensibilité au tact est toujours lésée dans une mesure quelconque. Généralement l'anesthésie n'est quo relative, c'est de l'hypoesthésie. Elle occupe le même territoire que l'analgésie, mais elle est d'intensité moindre, et comme celle-ci, elle s'accentue d'autant plus que l'on se rapproche de l'extrémité du membre. Elle ne devient complète que sur la face dorsale des deux dernières phalanges et sur la face palmaire des doigts et de la main. Cependant, deux fois, la sensibilité tactile était abolie au poignet tout entier et à deux ou trois travers de doigt au-dessus. Et même trois fois (obs. I, VI et XV), l'abolition était complète dans l'un des membres thoraciques.

Quand il y a de l'analgésie à la poitrine, au dos, au cou, à la face ou à l'un des membres inférieurs, on y trouve aussi de l'anesthésie, mais alors, pas plus d'ailleurs que l'analgésie, l'anesthésie n'est complète.

La thermanesthésie offre la même disposition que les deux autres espèces d'anesthésie. Elle est d'égale étendue. En un mot, les anesthésies à la douleur, au tact et à la température se superposent, mais elles diffèrent très notablement quant à l'intensité. La thermanesthésie semble suivre de près l'analgésie, mais l'anesthésie tactile reste fort en arrière d'habitude. Citons un exemple: dans l'observation X (complément), le sens du toucher est assurément émoussé au membre supérieur gauche. On sent cependant le frôlement de la barbe d'une plume depuis le haut du bras jusqu'aux dernières phalanges (face dorsale). La sensibilité tactile existe à peine, mais elle existe à la paume de la main et à la face palmaire des doigts. On n'y sent pas le passage d'une barbe de plume, mais on perçoit le frottement du tuyau que je promène légèrement sur ces points. Or un élément du thermesthésiomètre de Roth, à la température de 70 degrés, ne cause aucune douleur, n'est pas senti au bras gauche, bien qu'une application de quelques secondes suffise pour amener une congestion, une rougeur persistante de la peau. Inutile d'ajouter que le membre, qui ne souffre pas d'une chaleur de 70 degrés, ne perçoit pas un écart de 20 et 30 degrés, l'un des éléments étant à 70 degrés et l'autre à 50 degrés, puis à 40 degrés.

Chez quelques-uns de ses malades, Roth a rencontré de l'anesthésie thermique sans lésion des autres espèces de sensibilité. Nous n'avons rien vu de semblable dans nos cas de paréso-analgésie. Toujours la thermanesthésie était accompagnée d'anesthésie douloureuse et tactile.

Donc toutes les observations consignées dans le présent mémoire, nous montrent une lésion de la sensibilité au tact en même temps qu'à la douleur. C'est un résultat qu'il était possible de prévoir, étant connu par les expériences de Schriff que les cordons postérieurs de la moelle sont le lieu de passage des sensations tactiles, et par les recherches de MM. Gombault et Reboul que, dans la paréso-analgésie, la zone corticale de ces mêmes cordons est atteinte de sclérose.

Voyons ce qu'il en est, sous ce rapport, dans la syringomyélie :

1° *Observations de MM. Debove et Déjerine.* — Chez les deux malades qui ont fait l'objet de leur communication à la Société médicale des hôpitaux, et chez un troisième, dont M. Déjerine parle dans sa leçon orale sur la syringomyélie (*Semaine médicale*, 12 juin 1889), ces auteurs constatent l'état d'intégrité parfaite de la sensibilité tactile.

2° *Observations de M. Roth.* — Elles sont au nombre de dix. Cinq fois la sensibilité au tact est absolument normale. Elle est touchée dans les cinq autres cas, mais d'une manière bien légère.

Obs. I. — Sensibilité tactile sur toute la surface du corps, moins nette toutefois à gauche, côté analgésié.

Obs. II. — En janvier, le plus léger attouchement est senti des deux côtés. Quelques mois plus tard, en mars, l'attouchement avec un pinceau de crin est très bien perçu partout, mais moins distinctement à droite qu'à gauche sur la paume de la main et les doigts.

Obs. V. — On perçoit en janvier et on localise partout l'attouchement par un cheveu, qui est pourtant moins bien senti sur les bouts des doigts. Plus tard, en octobre, sens du toucher affaibli dans la moitié radiale de la main droite.

Obs. IX. — Sensibilité tactile partout conservée à l'exception d'une zone large comme la paume de la main sur la poitrine où le tact est en partie détruit, en partie diminué.

Obs. X. — Sensibilité partout conservée, à l'exception de la face antérieure de la cuisse gauche et du dos de la main gauche.

Observations du professeur Bernhardt, au nombre de trois, publiées en 1887.

L'une d'elles, très écourtée, ne parle pas de la sensibilité tactile. Dans les deux autres, c'est à peine si elle est touchée. On y lit cependant que, dans un cas, les attouchements sont rapidement ressentis, mais d'une façon un peu différente au côté analgésié; et dans l'autre, que sur les points où il y a de l'analgésie, les autres modes de la sensibilité sont généralement altérés, mais à un faible degré. Les attouchements, les frôlements sont rapidement perçus; des objets placés à la face palmaire de la main sont aussitôt reconnus.

Il ressort de l'analyse des quinze faits de syringomyélie à laquelle je viens de me livrer, que généralement, dans cette affection, la sensibilité tactile est respectée, et qu'en cas de lésion, celle-ci ne s'étend pas à toute l'étendue des parties analgésiées. Ici c'est, sur la poitrine, une zone large comme la paume de la main qui est atteinte; là c'est seulement la face antérieure de la cuisse gauche avec le dos de la main du même côté.

Nous sommes loin, il me semble, de la situation que nous présente la paréso-analgésie où la sensibilité tactile est toujours lésée et parfois à un degré assez notable.

Devant la différence tranchée que nous offrent sous ce rapport deux maladies si rapprochées cliniquement, je me suis demandé si elle ne tenait pas au mode d'investigation employé par les divers observateurs. Le mien, une plume prise au corps du poulet, est d'une grande délicatesse.

Il m'a permis d'établir d'une manière certaine l'existence de l'anesthésie tactile dans la paréso-analgésie. Mais je vois que M. Déjerine, par exemple, se sert du compas de Wéber pour tracer sur le bras de son malade des lettres qui sont aussitôt nommées. Le frôlement de la barbe de la plume aurait-il été aussi sûrement reconnu? Les branches du compas de Wéber sont rigides, et le passage de la pointe sur le bras est plus qu'un attouchement, c'est une pression.

Je me suis alors rappelé deux de mes malades (obs. I et IX) chez qui j'avais constaté jadis l'intégrité du sens tactile. Mais la constatation avait lieu avec un instrument rigide, le manche d'un porte-plume. Serais-je arrivé au même résultat avec un instrument plus délicat, celui que je manie aujourd'hui? Le doute est permis quand on considère que, dans certains cas, le frottement du tuyau de la plume est senti là où le frôlement de la barbe passe inaperçu.

Pourtant Roth, qui n'indique pas toujours ses moyens d'exploration et se borne alors à mentionner des attouchements légers, se servait au moins parfois d'instruments délicats comme un pinceau de crin, et même un cheveu qui se faisait sentir jusque sur les bouts des doigts. Peut-être serait-il bon d'interroger de nouveau la sensibilité tactile dans la syringomyélie et de procéder avec une plume légère à l'investigation.

D'un autre côté, il y a un scrupule qui m'a été suggéré par mon distingué confrère et excellent ami le docteur Prouff (de Morlaix) : le passage d'une barbe de plume n'est-il pas un moyen trop délicat pour impressionner la main, les doigts, même d'une personne parfaitement saine? Et l'anesthésie tactile, constamment signalée par moi sur la face dorsale des dernières phalanges ainsi que sur la face palmaire des doigts et de la main, ne tiendrait-elle pas à un mode insuffisant, trompeur d'investigation?

J'ai voulu m'en assurer en me livrant, avec la barbe de la plume, à l'exploration de la sensibilité tactile chez des personnes bien portantes, et j'ai dû reconnaître que, si le passage de la plume était généralement senti et localisé, assez souvent aussi il arrivait qu'il passât absolument inaperçu à la face dorsale des deux dernières phalanges et à la paume de la main, tout comme dans mes observations. Il y a donc là une insensibilité physiologique du toucher qui aurait pu être une cause d'erreur et frapper mes recherches de stérilité, si je n'avais pas toujours eu soin, en cas d'anesthésie relative du tact sur les régions autres que les poignets, d'interroger par comparaison les parties correspondantes du côté opposé, ou lorsque celles-ci étaient également anesthésiées, les points manifestement indemnes.

Je ne me crois donc pas moins autorisé, malgré cette cause bien imprévue de confusion, à porter l'anesthésie tactile au bilan de la paréso-analgésie, et à séparer ainsi cette affection de la syringomyélie. Je ne suis pas le seul, d'ailleurs, qui ait fait cette constatation. Déjà MM. Monod et Reboul avaient signalé de l'anesthésie chez leur malade en 1888, mais sans la dissocier. Heureusement l'opération avait été faite chez ce malade par le docteur Blocq en 1866, et consignée dans une observation qui est restée inédite.

Obs. XIII. — Observation de MM. Monod et Reboul (*Arch. gén. de médecine*, juillet 1888). État de la sensibilité chez le malade qui fait le sujet de cette observation. « Anesthésie de la main et de l'avant-bras gauches, limitée au coude. A droite, anesthésie de la main limitée au poignet, Des deux côtés, anesthésie plus marquée sur la face dorsale que sur la face palmaire. Diminution de la sensibilité au pied et au tiers inférieur de la jambe, des deux côtés. »

Ces messieurs se bornent à dire qu'il y a de l'anesthésie aux quatre membres, sans dissocier la sensibilité en ses divers modes, sans préciser l'espèce ou les espèces de sensibilité qui font défaut. Il est permis cependant de croire que pour eux, en ce cas, anesthésie signifie insensibilité à la douleur. Plus bas, en effet, ils ajoutent : « Amputation du médius droit, puis de l'index gauche, sans *anesthésie* générale ou locale; opérations absolument indolores. »

Mais l'indication qui nous manque dans l'observation de MM. Monod et Reboul, prise le 8 mai 1887 à l'hôpital Saint-Antoine, nous la trouvons dans celle que M. le docteur Blocq a eu l'extrême obligeance de nous communiquer, et qui concerne le même malade. Celui-ci, à la date du 12 avril 1886, était entré à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Straus, dont il était l'interne. Je copie le passage relatif à la sensibilité :

« Main droite : la *sensibilité au tact* est abolie sur toute la main et la moitié inférieure de l'avant-bras. La sensibilité à la douleur est abolie sur la surface ainsi délimitée : toute la main, sauf la moitié interne de l'éminence thénar, et la moitié du côté externe de la partie inférieure de l'avant-bras. La sensibilité à la température est abolie dans les mêmes zones. Le sens musculaire est conservé.

« Main gauche : les mêmes dispositions et les mêmes troubles des diverses sensibilités que pour l'autre côté.

« Pied droit : la *sensibilité au tact* a disparu sur toute la surface dorsale du pied et sur les deux tiers de la jambe. Celle de la plante du pied est respectée. La sensibilité à la douleur existe aussi à la plante du pied; elle a disparu complètement sur les orteils et sur tout le dos du pied. Cette plaque analgésique est plus étendue sur le côté externe. La sensibilité à la température a les mêmes limites.

« Pied gauche : mêmes dispositions des troubles qu'à droite. »

Mais ce n'est pas seulement la lésion de la sensibilité tactile qui distingue la paréso-analgésie de la syringomyélie. C'est encore la multiplicité et le degré des désordres trophiques, qui ne sont plus dans la paréso-analgésie des

phénomènes accessoires, mais qui semblent en constituer le fond, l'essence même.

Comparaison, sous le rapport des troubles trophiques, entre la paréso-analgésie et la syringomyélie. — Dans mes premiers travaux sur la paréso-analgésie, j'avais surtout rencontré des panaris et des crevasses aux plis naturels de la paume des mains. Ceux-ci sont constants. Ce n'est que plus tard que mon attention se fixa sur des altérations moins communes, mais cependant encore assez fréquentes, les arthropathies et la scoliose, qui furent pour moi l'objet de deux mémoires successifs. Il me tomba même sous les yeux deux lésions osseuses — très rares celles-ci — une ostéophyte et une fracture spontanée.

Les arthropathies diverses, les ostéophytes et les fractures spontanées ont été également signalées dans le tabes dorsal. Mais quant à la scoliose, elle semble être le propre des deux maladies qui se touchent de si près au point de vue symptomatologique, la paréso-analgésie et la syringomyélie. M. Broca, qui le premier a signalé la présence de la scoliose dans la paréso-analgésie, et M. Prouff, qui vient ensuite, avaient une tendance à lui attribuer une part dans la production de cette affection. Pour moi, je n'hésitai pas à la regarder comme une conséquence de la maladie et à la ranger parmi les désordres trophiques, au même titre que les panaris et les arthropathies. J'ai vu, dans une note sur la scoliose trophique, publiée par M. Broca dans la *Gazette hebdomadaire* (1888), que cet auteur est aujourd'hui de mon avis.

Je crois, en plus, avoir aidé à la conversion des médecins étrangers qui ont écrit sur la syringomyélie, affection où la scoliose se trouve fréquemment aussi. Dans un travail remontant à 1887 (Contribution nouvelle à l'étude de la syringomyélie), le professeur Bernhardt attribuait la déformation, qu'il avait rencontrée deux fois, à une habitude vicieuse du corps : la première fois, il s'agissait d'une femme qui portait, dans son jeune âge, de lourds fardeaux sur l'une des épaules, et la seconde fois, d'un jeune homme qui avait une occupation particulière nécessitant une attitude accroupie et latéralement penchée.

Il vient de publier (*Syringomyélie et scoliose*, Berlin, 1889) un nouveau travail où, cette fois, il rattache la déviation à la maladie elle-même et non à l'attitude.

Dans le recensement auquel il s'est livré, portant sur 70 cas de syringomyélie, il n'a rencontré la scoliose que dans le quart des cas. Dans ma note sur la scoliose dans la paréso-analgésie, je l'avais constatée 6 fois sur 12. Je puis y ajouter aujourd'hui 4 nouveaux cas, le premier appartenant à l'un de mes malades qui avait échappé à mon enquête de l'année 1887 (obs. IX, complément), et les trois autres appartenant aux observations nouvelles que je publie dans le présent mémoire (obs. XVIII, XIX et XX).

Roth, pas plus que Bernhardt, n'avait songé à rattacher la scoliose à la syringomyélie. Il la constate cependant dans deux de ses dix observations. Mais une fois, il en mentionne simplement l'existence, et une autre fois, il la qualifie de parétique, voulant sans doute la mettre sur la même ligne que la parésie scapulo-humérale dont son malade était frappé.

Dans le mémoire de Roth, si complet par ailleurs, il n'est plus mention de scoliose ni à l'article *Symptomatologie*, ni à l'article *Anatomie pathologique.*

Donc, pour ces messieurs, la déviation rachidienne était un incident sans signification, non une suite de la maladie (1).

Depuis la publication de ma note sur la scoliose trophique, la question ne semble plus faire doute pour personne, et aujourd'hui les auteurs français, Debove, Déjerine, Charcot et Berbez, placent couramment la scoliose parmi les symptômes trophiques de la syringomyélie : « La scoliose est un des signes fréquents de la maladie. » (Leçon de Charcot recueillie par Paul Blocq.)

(1) Je ne cite pas le travail en allemand de Mlle Baumler, n'en ayant pas la traduction.

Plus fréquente encore est la scoliose dans la paréso-analgésie, puisqu'elle existe dans la moitié des cas; mais quelle qu'elle soit, la fréquence de la scoliose est loin d'égaler celle des panaris et des gerçures aux mains. Ces dernières lésions marchent ordinairement de front et se rencontrent ensemble chez presque tous les malades.

En thèse générale, gerçures et panaris sont multiples. Dans plusieurs de nos observations, les panaris ont atteint successivement tous ou presque tous les doigts, saccageant, mutilant vraiment les mains. Notre observation XIX en est un nouvel exemple.

Nulle comparaison à établir avec les troubles trophiques observés dans la syringomyélie. Prenons pour termes de comparaison les observations contenues dans le mémoire de Roth sur la gliomatose médullaire. Elles sont au nombre de dix dont le bilan se solde par :

2 cas de scoliose dorsale, avec panaris dans l'un des cas;

3 cas de panaris, dont deux avec callosités et gerçures à la paume des mains. Deux fois le panaris est unique, une fois seulement il s'agit de panaris multiples.

Rien à noter sous ce rapport dans les cinq autres observations, c'est-à-dire dans la moitié des cas.

Au début de mes études sur la paréso-analgésie, je n'avais rencontré que des cas complets, datant de loin et arrivés à leur maturité. C'était de la parésie avec analgésie absolue, du moins aux extrémités des membres supérieurs, se compliquant toujours d'un ou de plusieurs panaris successifs. D'où une dénomination qui me fut bientôt contestée par MM. Guelliot et Broca. Ils avaient constaté de l'analgésie chez leurs malades, mais un affaiblissement musculaire si peu marqué que pour eux il n'y avait pas de paralysie; je ne tardai pas moi-même à faire la même constatation. Dans l'observation XI, il y avait de l'analgésie aux deux membres supérieurs, complète d'un côté, incomplète de l'autre, mais il n'y avait de parésie qu'au membre complètement analgésié. C'était une transition pour arriver aux observations XII et XIII où il n'y a plus de parésie nulle part, où tout se borne à de l'analgésie, une analgésie incomplète. Mais dans tous les cas, il y a des désordres trophiques, panaris, gerçures tout au moins, et même scoliose.

Nous avions annoncé que la paréso-analgésie avait toujours une marche progressive, s'avançant par étapes d'un membre à l'autre et s'accentuant de plus en plus. Eh bien, nous devons reconnaître que nous nous étions trop hâté de nous prononcer. Nous venons de rencontrer coup sur coup plusieurs exemples d'une marche régressive quant à l'intensité. Les sujets des observations IX, X et XIX qui précédemment offraient une analgésie absolue sur certains points, ne présentent plus, sur ces mêmes points, qu'une analgésie incomplète. Chez la fille P... (obs. XIX), les forces ont reparu en partie dans les membres parésiés, et nulle part il n'existe d'insensibilité absolue à la douleur. La piqûre de l'épingle se fait partout sentir, il n'y a plus que de l'hypalgésie.

Enfin, chez L... (obs. XIX), il ne reste plus trace ni de la parésie, ni de l'analgésie qui ont existé autrefois. La maladie ne se traduit aujourd'hui que par les désordres trophiques.

Voici d'ailleurs le complément de cette observation nous donnant l'état actuel du malade.

Obs. XIV (complément). — *Sommaire des symptômes précédemment consignés :* Analgésie avec parésie du membre supérieur. Pas de panaris, gerçures multiples à la main droite, dont l'une perforante, synovite. Scoliose.

Ce jeune homme, que je voyais pour la première fois en 1886,

avait des gerçures profondes à la main droite, mais n'y avait jamais eu de panaris. Il en survint en 1887 à l'annulaire. Le panaris était gangreneux et le bout du doigt tomba; le malade ne possède que les deux premières phalanges de ce doigt.

Quant à la main gauche, indemne jusqu'alors, elle a été prise à son tour et atteinte, en mars de cette année, d'un gonflement inflammatoire aux deux dernières articulations de l'index. On s'est borné à des applications de cataplasme. Les arthrites ont suppuré. En introduisant le stylet dans les trajets fistuleux déterminés par la suppuration, on arrive sur les surfaces articulaires. Moins d'un mois ensuite tout était guéri; sans ankylose, mais avec une raideur articulaire très marquée, empêchant le doigt de se fermer.

Jamais jusqu'à présent il n'y avait eu de gerçures à la main gauche. Mais il en existe en ce moment (juin 1889) à l'un des plis palmaires du pouce. Il y a quinze jours, panaris superficiel, vite guéri, au petit doigt. Ongles très déformés à l'index, au médius et à l'annulaire.

Précédemment, dans ma note sur la scoliose dans la paréso-analgésie, j'ai eu occasion de signaler chez notre homme l'existence d'une scoliose dorsale droite. Celle-ci, assez peu prononcée, avait passé inaperçue, de sorte qu'il est impossible de savoir si elle est antérieure ou postérieure à l'apparition du mal.

Si maintenant je passe à un autre examen et recherche l'état de la sensibilité, je suis assez surpris de ne trouver trace d'analgésie ni à gauche, ni même à droite, là où j'en trouvais trois ans plus tôt. Tous les points de la main droite et de l'avant-bras sont sensibles à la piqûre de l'épingle.

Il n'y a pas plus d'anesthésie tactile ou thermique qu'il n'y a d'anesthésie à la douleur : la sensibilité sous toutes ses formes est conservée. Avec le thermesthésiomètre de Roth, je constate que le malade apprécie sûrement un écart de température de 4 à 5 degrés.

Ainsi, tandis que les désordres trophiques allaient en augmentant, l'altération de la sensibilité avait suivi une marche régressive, au point de disparaître complètement. L'affaiblissement, noté il y a trois ans au segment inférieur du bras droit, a lui-même disparu. Tout se borne aux troubles de la trophicité.

Nous ne pouvons avoir de doute quant à la nature de l'affection dont est frappé L... En 1886, lors de mon premier examen, j'ai constaté chez lui, à côté des troubles de la trophicité, les lésions de l'innervation sensitivo-motrice qui constituent la paréso-analgésie. Ceux-ci ont disparu dans l'intervalle des trois ans qui séparent les deux examens, mais les troubles trophiques ont continué leur marche en avant, passant du membre droit où ils étaient d'abord cantonnés, au membre gauche où il n'y a jamais eu ni analgésie ni parésie, mais où se montrent successivement une arthrite double avec suppuration à l'indicateur, une gerçure au pouce, un panaris superficiel à l'auriculaire et des déformations marquées à trois des ongles. Le tableau sera complet quand j'aurai ajouté qu'il existe en outre une scoliose dorsale.

Poursuivons notre démonstration. Voici une observation où il n'y a jamais eu lésion ni de la sensibilité, ni de la motricité, et où tout s'est borné aux lésions de la trophicité.

OBS. XV. — Paul J..., trente-cinq ans, de Plounéour-Trez, se présente à ma consultation le 4 novembre 1888. Pêcheur, ancien marin, il n'a eu d'autre affection jusqu'à ces dernières années que des abcès multiples apparaissant à intervalles assez éloignés. Il en porte les marques, des cicatrices blanches et larges comme des pièces d'un franc ou deux, sur plusieurs points du dos, aux lombes, et aussi sur la partie postérieure des cuisses. On ne peut les attribuer à la syphilis que J... affirme n'avoir jamais eue. D'un autre côté, les cicatrices sont bien étendues pour des stigmates de furoncles.

Il consulte aujourd'hui pour une déviation de la taille et pour une claudication, des plus prononcées toutes deux.

Etant au service de la marine, et même longtemps après, il n'avait rien de semblable. La déviation ne lui est venue que depuis trois ans; du moins, c'est alors seulement qu'il s'en est aperçu.

Scoliose à deux courbures, l'une cervico-dorsale droite et l'autre dorsale gauche. La première occupe les dernières vertèbres cervicales et les trois à quatre premières dorsales; la seconde les huit à neuf dernières dorsales. Celle-ci est très accusée. La colonne lombaire, sans courbure apparente, forme une ligne droite très obliquement dirigée de haut en bas et de gauche à droite, sans toutefois perdre sa perpendicularité sur le sacrum.

Il résulte de cette disposition que le tronc est fortement déjeté à gauche, que le bassin a subi un mouvement de bascule, et que par suite, à droite, la cage thoracique s'étant abaissée et la hanche ayant remonté, le rebord des fausses côtes arrive presque à toucher la crête de l'os iliaque.

Il résulte encore de là que la hanche droite, entraînant dans son mouvement d'ascension le membre pelvien correspondant, lui donne les apparences d'un raccourcissement avec claudication très marquée. Dans la marche, à chaque pas, J... tombe du côté droit comme si, ensuite d'une fracture, il avait un raccourcissement de la cuisse. En réalité, il n'en est rien. Quand il est couché, les jambes rapprochées, le genou et la cheville du pied droit se trouvent à 4 centimètres au-dessus des points correspondants du membre gauche; mais la mensuration faite de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la malléole interne donne exactement la même longueur des deux côtés.

En examinant les membres supérieurs, on trouve à la pulpe de l'index gauche la cicatrice d'un panaris qui s'est montré il y a huit ans. Il avait duré sept semaines et avait été fort douloureux. Il s'était terminé par l'issue de la phalangette nécrosée. D'où index raccourci, en rondache; ongle rétréci en rapport avec la conformation actuelle du doigt : un autre panaris, mais superficiel celui-ci, et n'ayant guère laissé trace de son passage, s'est produit à l'auriculaire gauche, il y a trois ans, vers l'époque où a paru la scoliose.

Le sillon interdigital du pouce et de l'index porte la marque d'une crevasse profonde à peine cicatrisée. Rien à la main droite jusqu'à présent.

Le bras et l'avant-bras gauches sont moins gros de 1 centimètre que les parties correspondantes à droite. Mais J... est droitier, et c'est sans doute à cette circonstance seule, nullement à de l'atrophie, qu'il faut rattacher le développement moindre du membre gauche. L'énergie des contractions musculaires paraît, du moins, égale des deux côtés. Il n'y a pas trace d'analgésie ni d'anesthésie tactile ou thermique. Partout la sensibilité est normale.

Bonne santé générale. Mais on se fatigue vite, en raison même de la claudication.

Pas d'antécédents de famille.

Nous ne rencontrons chez ce malade que des désordres trophiques, mais ils me paraissent bien caractéristiques. C'est une scoliose qui n'est point héréditaire et ne se manifeste qu'à l'âge de trente-deux ans, deux panaris à l'une des mains et les traces d'une gerçure profonde dans un des plis interdigitaux de la même main. Certes, une scoliose sans antécédents héréditaires n'est pas très commune; moins commune encore est celle qui apparaît aussi tardivement. La scoliose, comme nous l'avons montré naguère, n'est vraiment fréquente dans ces conditions que chez les malades atteints de paréso-analgésie ou encore, comme on l'a vu depuis, de syringomyélie. Mais si à cela on ajoute les dystrophies qui s'accumulent sur la même main, à savoir deux panaris et une de ces gerçures comparables pour la main au mal perforant du pied, n'avons-nous pas là un ensemble de circonstances nous autorisant à regarder le fait comme un cas fruste de paréso-analgésie?

Déjà, dans ma note sur la scoliose paréso-analgésique, je m'étais posé la question de savoir si l'innervation trophique centrale ne pouvait pas être intéressée quand l'innervation sensitivo-motrice ne l'était pas. Je cherchais à m'expliquer de la sorte le désaccord existant souvent entre le siége de l'affection médullaire et celui de l'inflexion vertébrale. Lorsque la paréso-analgésie sort de ses limites ordinaires et envahit la paroi de la poitrine, la scoliose s'explique aisément par la lésion de la portion correspondante de la moelle. Mais lorsque le mal, enjambant le tronc, passe des membres supérieurs aux membres inférieurs, du renflement cervical au renflement lombaire,

comment ne pas supposer que l'immunité de la portion intermédiaire de la moelle est plutôt apparente que réelle, et comment, malgré l'intégrité des nerfs sensitifs et moteurs, interpréter la scoliose autrement que par une perturbation de l'innervation trophique centrale?

C'était une hypothèse. La communication de M. Gombault est venue lui donner un certain fondement. Il nous a appris que, pour le renflement cervical tout au moins, la substance grise centrale où semblent résider les fonctions de la trophicité, est épaissie et renferme plus de fibrilles conjonctives, beaucoup moins de tubes nerveux qu'à l'état normal. La lésion des parties centrales de la substance grise doit être constante si nous en jugeons par la constance des troubles trophiques. Il n'est pas une observation où ils fassent défaut, tandis qu'il en est autrement des troubles sensitifs et moteurs dont nous avons parfois constaté l'absence. Cela nous conduit à penser que les altérations de la zone corticale de la moelle sont moins constantes que celles de la partie centrale.

Conclusions. — I. La paréso-analgésie séparée anatomiquement de la syringomyélie peut l'être aussi cliniquement, grâce à l'importance des désordres trophiques dans la première de ces maladies, et surtout grâce à l'état de la sensibilité au tact qui est lésée dans la paréso-analgésie et respectée dans la syringomyélie.

II. Réduite à sa plus simple expression, la paréso-analgésie n'est plus que la lésion de la trophicité médullaire. En s'étendant du centre de la moelle aux cordons antérieurs, elle détermine la parésie et l'atrophie musculaire, et en s'étendant aux cordons postérieurs, l'analgésie et les autres espèces d'anesthésies.

Thérapeutique médicale.

Prophylaxie de la tuberculose. — Utilité de la désinfection préalable des objets de literie, tentures, tapis, admis dans les salles de vente publique, par M. A. Mossé, chargé de cours à la Faculté de Montpellier, inspecteur régional adjoint des services de l'hygiène publique. (Mémoire lu au Congrès international d'hygiène et de démographie.)

La prophylaxie des maladies contagieuses en général, de la tuberculose en particulier, constitue aujourd'hui une des principales préoccupations de l'hygiéniste et du médecin. La récente publication des *Instructions contre la tuberculose*, la discussion actuellement pendante devant l'Académie de médecine, le titre de plusieurs mémoires annoncés ou déjà lus aux diverses sections du Congrès en sont la preuve évidente. Toutes les mesures proposées sont dictées par le même sentiment, mais plus d'une trouve déjà devant elle des objections théoriques ou pratiques.

Permettez-moi d'appeler l'attention du Congrès sur une mesure prophylactique qui me paraît offrir l'avantage d'être dès maintenant parfaitement réalisable et de ne soulever aucune objection déontologique. J'aurai plus spécialement en vue dans cette communication (qui devait d'ailleurs venir après la lecture annoncée de M. le professeur Corradi) la prophylaxie de la tuberculose; toutefois vous reconnaîtrez que l'idée s'applique aussi aux autres maladies dont la nature microbienne infectieuse est démontrée.

Sans discuter ici l'importance du terrain sur lequel arrivent les germes contagieux, importance bien résumée par cette phrase aphoristique des leçons de M. le professeur Bouchard : « L'homme sain n'est pas hospitalier pour les microbes », nous sommes tous disposés à admettre que plus nous détruirons de germes pathogènes, plus nous restreindrons les chances de propagation des maladies infectieuses, en partie évitables, et que nous avons pour mission de réduire au minimum.

Depuis que la tuberculose est répudiée contagieuse, transmissible, la crainte de la contagion directe ou indirecte par les objets inanimés a fait de grands progrès dans l'entourage des tuberculeux. Après le décès d'un phthisique, quelques-uns, plus rares de jour en jour, méprisant les chances d'une contagion possible, continuent à se servir sans aucune précaution des objets de literie, mobilier, vêtements du malade. La grande majorité agit différemment. Les uns, plus riches ou plus charitables, donnent les objets suspects aux pauvres, aux œuvres d'assistance publique, sans penser aux sérieux inconvénients que présente la générosité ainsi pratiquée. Les autres vendent à des brocanteurs ou envoient à la salle de vente les objets réputés à bon droit les plus suspects : les tapis, les rideaux, les tentures qui ne se lavent pas sur lesquels les produits desséchés de l'expectoration et de l'exhalation pulmonaire des tuberculeux laissent une poussière dangereuse.

Ces parties de l'ameublement, les tapis surtout (qui malgré les précautions prises dans les cas les plus favorables pour recueillir et désinfecter les crachats finissent toujours par être souillés par les matières expectorées) ont été désignés comme particulièrement suspects dans les *Instructions au public* rédigées par le Comité de la tuberculose. Il est donc à prévoir que la tendance à se défaire de cette partie du mobilier de la chambre d'un phthisique, déjà assez répandue, ne tardera pas à se généraliser.

Les objets de literie et d'ameublement ainsi disséminés au hasard de la vente peuvent cependant faire naître de réels dangers. Qu'arrive-t-il bien souvent en effet dans la pratique? Ces articles, les tapis, principalement quand ils sont un peu grands, détaillés par pièces plus ou moins nombreuses, sont achetés par des logeurs ignorant leur provenance et placés dans des chambres garnies peu somptueuses, celles qu'occupent habituellement les jeunes gens ayant quitté depuis peu de temps la maison paternelle ou le lycée, les hommes au début de leur carrière ou de leurs études, les sujets en un mot qui en raison de leur jeunesse et des conditions sociales dans lesquelles ils se trouvent, sont susceptibles d'offrir un terrain éminemment favorable à l'éclosion de la tuberculose.

Il serait facile, dans bien des cas, de parer à cet état de choses. Je me contente de signaler l'influence que le médecin peut exercer sur la manière d'agir des personnes charitables qui distribuent aux pauvres les objets contaminés. Le médecin doit recommander la désinfection préalable. Son avis donné avec tact sera généralement écouté. Quant au danger créé par les autres, il me semble possible actuellement de s'en préserver au moins dans beaucoup de villes.

Grâce aux efforts des municipalités secondées par l'Administration centrale de la santé publique, le nombre des villes dotées d'une étuve à désinfection augmente maintenant de jour en jour. Il devient probable que toute ville assez importante pour avoir déjà une salle de vente aura bientôt une étuve à désinfection.

Il serait utile et facile de n'admettre aux ventes publiques dans ces villes que les objets de literie, tentures, tapis, (lorsqu'ils ne seraient plus à l'état de neuf), que munis d'une attestation prouvant qu'ils ont été récemment désinfectés à l'étuve.

Si le Congrès est convaincu de l'utilité de cette mesure, il pourrait adopter cette proposition sous forme de vœu. Une condition contribuerait à faire passer ce vœu, sans une trop longue attente, dans le domaine de la réalité : la modicité du prix de la désinfection. Le coût du transport des objets contaminés et de la désinfection doit être minime quand

les intéressés peuvent payer (à Montpellier la Commission des hôpitaux a fixé ce prix à 6 francs seulement). Il doit être gratuit et assuré par un crédit de la municipalité quand les intéressés ne peuvent pas payer.

J'ai donc l'honneur de soumettre au Congrès le vœu suivant : « *Que dans toutes les villes possédant une étuve à désinfection, les objets de literie, tentures, tapis, ayant déjà servi, ne soient admis à la salle de vente publique, que munis d'un certificat établissant que ces objets ont été récemment soumis à la désinfection par l'étuve.* »

Ce vœu mis aux voix est adopté à l'unanimité, avec l'addition suivante proposée par M. Pouchet : « *En raison de la présence possible de germes infectieux dans les tapis et tentures, que les ateliers de battage de tapis soient désormais obligés d'en pratiquer la désinfection avant de procéder au battage.* »

Clinique médicale.

SCARLATINE RÉCIDIVÉE, par M. Henri FAVIER, médecin-major au 5e dragons.

Les observations de scarlatine récidivée sont rares; les seuls faits dont on doit tenir compte sont ceux dans lesquels la première éruption est exactement décrite et rigoureusement diagnostiquée; autrement, on peut toujours craindre qu'il ne se soit agi d'une fausse scarlatine. De là, résulte l'intérêt de l'observation suivante, prise jour par jour et *par écrit* au lit du malade :

OBS. — Le nommé B..., du 5e dragons, ayant trois mois de service, se présente à la visite le 7 février 1888 ; il est malade depuis cinq jours; l'affection a débuté par du mal de tête, des frissons, de l'inappétence, de la soif et du mal de gorge. Cet état fébrile persiste aujourd'hui (pouls, 94; temp., 38°,2), langue saburrale, rougeur notable de l'isthme du gosier; la face antérieure de la poitrine et de l'abdomen est recouverte d'une éruption rouge vif, confluente, sur laquelle tranche un pointillé rouge foncé; B... ignore à quel moment cette éruption a commencé. Même état le lendemain.

Le 9 février, au matin, la langue est sèche et fendillée; les cuisses sont recouvertes d'une éruption rouge vif qui présente, le soir, le granité caractéristique de la scarlatine.

L'exanthème thoraco-abdominal disparaît le 10 février et l'exanthème fémoral disparaît le 11. Le malade sort de l'hôpital le 15 mars. Il n'y a pas eu de desquamation.

L'affection qui vient d'être décrite est-elle autre chose qu'une scarlatine bénigne? Ne s'agirait-il pas d'une fausse scarlatine, d'un érythème scarlatiniforme ? J'élimine tout d'abord les exanthèmes de la diphthérie, du choléra, du typhus, de la fièvre typhoïde, de la septicémie, de la varicelle, du rhumatisme et de la goutte, ceux qui suivent l'usage des bains de mer, des eaux minérales et les inhalations d'éther et de chloroforme. L'exanthème de l'embarras gastrique fébrile, décrit par Herbland-Morin (thèse de Paris, 1886), s'accompagne souvent d'une rougeur diffuse du pharynx et de l'isthme du gosier, mais cet exanthème ne dure qu'un ou deux jours; de plus, il est papuleux, rubéolique et toujours très discret. L'érythème quinique se complique souvent de rougeur bucco-pharyngienne, mais sans tuméfaction douloureuse des amygdales. L'ingestion des solanées donne bien lieu à un érythème scarlatiniforme avec sécheresse de la gorge, mais cet érythème se limite le plus souvent à la face et s'accompagne de mydriase et de dysurie. Enfin les érythèmes de l'opium, de l'iode et des iodures, du mercure, des balsamiques, de l'antipyrine, du chloral, de l'iodoforme et de certains poisons, ne s'accompagnent jamais d'angine. Il ne nous reste donc plus à admettre qu'une scarlatine d'ailleurs bénigne; or B... en a présenté tous les symptômes: fièvre médiocre, angine, exanthème, avec pointillé rouge foncé, qui a duré ce que dure l'exanthème de la scarlatine. Il n'y a pas eu de desquamation, mais il est de règle que dans les scarlatines très légères, à fièvre insignifiante, l'exfoliation soit elle-même insignifiante et difficile à reconnaître. Enfin, la scarlatine règne dans la garnison; le cas de B... est le douzième depuis trois mois.

Le 29 novembre 1888, dix mois après sa première attaque, B... entre à l'hôpital pour une affection dont voici la relation succincte :

Le 26 novembre, appareil fébrile et mal de gorge, ce dernier devenu plus intense le 28. Le 29, éruption rouge vif, avec pointillé rouge foncé sur la face, le cou et le tronc; les membres sont envahis, mais l'éruption y est peu prononcée. Rougeur de l'isthme du gosier, dysphagie intense.

Le 1er décembre. — Éruption généralisée, très intense, presque violacée. Miliaire purulente. Angine pultacée. Symptômes généraux modérés.

Le 4. — L'éruption commence à pâlir, la langue, qui était recouverte d'un enduit blanchâtre, comme crayeux, commence à se dépouiller.

Le 5. — L'éruption n'a pas encore abandonné les membres, et déjà la desquamation commence à la face antérieure du tronc. Elle se fait sous forme de vésicules sèches, d'abord isolées, qui s'agglomèrent et finissent par former des plaques épidermiques d'une grande étendue.

Le 10. — La desquamation est terminée sur le tronc; elle est encore en pleine activité sur les membres.

Le 3 janvier 1889. — La maladie est entièrement terminée.

La seule affection qui pourrait être confondue avec la deuxième atteinte de B... est la dermatite exfoliatrice; elle s'accompagne quelquefois d'un peu de sécheresse de la gorge, mais sans productions pultacées; en outre, dans la dermatite exfoliatrice, même très intense, la température dépasse rarement 38 degrés, tandis que chez notre malade, elle a atteint 39°,5 et dépassé 39 degrés pendant quatre jours.

De ce qui précède, on peut, je crois, conclure en toute assurance qu'en dix mois B... a été atteint deux fois de scarlatine ; la première atteinte a été très légère, la seconde a été grave quant à l'intensité de l'éruption.

CORRESPONDANCE

Cas de mort subite par une injection d'éther.

Monsieur le Rédacteur en chef et honoré confrère,

A une époque où la méthode hypodermique est très employée, où l'on vante ses avantages et où l'on oublie ses inconvénients et ses dangers au point de mettre entre les mains des malades des seringues de Pravaz avec des poisons énergiques dont ils peuvent se servir à leur gré, il n'est peut-être pas inutile de rappeler aux praticiens que les injections sous-cutanées ne produisent pas seulement des empoisonnements chroniques, mais qu'il y a aussi des accidents aigus, des morts subites qui peuvent leur être imputés.

Voici un cas frappant de mort subite occasionnée par une injection d'éther. Le fait est d'autant plus instructif que ces injections passent pour être inoffensives.

Vers la fin de sa vie, le regretté professeur Fonssagrives, appelé en consultation auprès d'un malade arrivé à la période ultime d'une affection du cœur, conseilla entre autres médicaments des injections sous-cutanées d'éther. Peu de temps après, le malade se trouvant dans un état de faiblesse plus grande, le médecin traitant relève une de ses manches et lui fait à l'avant-bras l'injection prescrite. Puis, lorsque le patient est remis de la petite émotion causée par la piqûre et la brûlure que produit le contact de l'éther, la manche est abaissée.

A ce moment précis, le malade s'affaisse sur son lit et meurt.

Le professeur Fonssagrives expliqua de la façon suivante le mécanisme de la mort. La région choisie pour l'injection était trop vasculaire. La pointe de l'aiguille a dû pénétrer dans une veine, et il est probable qu'une quantité notable de l'injection a été projetée dans ce vaisseau. Tant que la manche du malade, qui était très serrée, a fait au niveau du bras l'effet d'une ligature, aucun accident ne s'est produit; mais lorsque, la manche étant abaissée, les veines de l'avant-bras ont été remises en libre communication avec le reste de la circulation, l'éther

volatilisé par la chaleur du corps a été projeté vers le centre circulatoire et le malade est mort par pénétration d'un gaz dans le cœur, comme on meurt par pénétration de l'air dans ce même organe.

J'ai eu connaissance d'un cas de mort subite survenue, il y a longtemps déjà, après une injection de chlorhydrate de morphine, faite au niveau de la tempe chez une malade atteinte de névralgie du trijumeau. L'aiguille en pénétrant dans un vaisseau aura projeté vers le cœur, puis vers les centres nerveux, une dose trop massive du médicament.

Voilà de quoi faire réfléchir le médecin avant qu'il abandonne aux mains du malade un mode de traitement qui peut avoir des conséquences aussi désastreuses lorsqu'il est manié sans précautions.

Quant au praticien lui-même, il doit avoir pour règle, lorsqu'il fait une injection sous-cutanée, de *s'éloigner des vaisseaux*.

Veuillez agréer, etc.

Dr Giquel (de Vannes).

REVUE DES CONGRÈS

Dix-huitième Congrès de la Société allemande de chirurgie.

Néoplasmes.

Étiologie et diagnostic des tumeurs malignes, par *F. von Esmarch* (Kiel). — Les statistiques sont beaucoup moins probantes qu'on ne le croit souvent. Ainsi depuis quarante ans Esmarch a recueilli plus de 1000 observations, mais il fait remarquer que parmi elles un assez grand nombre sont sans doute des erreurs de *diagnostic*, même pour celles qui ont subi le contrôle du microscope, car l'histologie moderne a démontré fausses bien des données sur lesquelles on pensait naguère pouvoir s'appuyer. Pour les lèvres et la langue, surtout, l'erreur avec la syphilis est fréquente, et après ablation un syphilome récidive. Et peu à peu, de même, on a mieux connu la tuberculose, l'actinomycose. Le diagnostic histologique par l'examen d'une parcelle est net pour ces deux dernières maladies, pour les tumeurs épithéliales. Mais, quand le microscope ne révèle qu'un tissu de granulations, il faut essayer le traitement antisyphilitique, en sachant bien que quelquefois il n'agit qu'après plusieurs mois.

Les *investigations étiologiques* doivent rechercher avec soin toutes les irritations locales, tous les néoplasmes bénins préalables. L'hypothèse de Cohnheim est insoutenable. La nature microbienne n'est pas probable. En somme, il faut admettre le rôle prépondérant de la prédisposition individuelle, pour laquelle l'hérédité est importante; mais pour l'établir il ne faut pas se borner aux renseignements sur le père et la mère, il faut étudier la famille entière, et le chirurgien n'est pas toujours à même de le faire. Et Esmarch en vient à se demander si l'hérédité syphilitique ne joue pas un rôle dans la production des sarcomes. Il s'appuie sur les analogies de structure des sarcomes et des syphilomes, tous deux formés de « tissu de granulation », par prolifération du tissu conjonctif.

Récidives du cancer. — M. *Krause* (de Halle) présente trois malades qui, depuis plus de quatre ans, survivent, sans récidive, à l'ablation d'un *cancer de la langue*. Son chef, Volkmann, a pratiqué 31 fois cette opération par le procédé de Langenbeck. Le malade, chloroformisé, est opéré assis, sans ligature préalable de la linguale. Au total, 94 amputations de la langue, dans les quatorze dernières années, n'ont causé que 2 décès par pneumonie.

Eug. Hahn (de Berlin) pense qu'il faut attendre bien des années avant de proclamer une cure radicale. Il a suivi pendant neuf ans un homme à qui il a enlevé le *larynx* pour un cancer étendu et qui n'a de récidive que depuis quelques mois. Et de plus, les examens histologiques anciens sont sujets à caution. Hahn connaît un vieillard qui, depuis bien des années, survit à une ablation de la *langue* pour cancer. L'ancien examen histologique affirmait le carcinome; un fragment conservé a été examiné récemment, et l'histologiste n'oserait pas être aussi affirmatif.

M. *Küster* (de Berlin) a observé un malade chez lequel le microscope a contesté le carcinome de la langue, mais chez qui une récidive ganglionnaire a eu lieu.

M. *Schede* (Hambourg) pense que le cancer de la langue est un des plus malins. Depuis 1880, il en a observé 27 cas, dont 6 inopérables. Des 21 opérés, 12 ont guéri; mais 4 sont morts de récidive en deux à quinze mois, un cinquième a succombé à une opération complémentaire. Sept sont restés guéris, dont un depuis 1880; et dans ce cas, il y avait déjà eu deux opérations préalables; et, en 1884, il fallut extirper une récidive ganglionnaire. Les autres malades sont opérés depuis 1883, 1884, 1885, 1887; deux sont récents. Les neuf opérés qui ont succombé à l'acte chirurgical sont morts de pneumonie (6), d'œdème de la glotte (1), de collapsus (2). Sur ces vingt-sept malades, il y a vingt-deux hommes.

Petersen (Kiel) a vu une récidive au bout de neuf ans.

Von Esmarch (Kiel) cite une survie de vingt ans pour cancer de la langue et de l'épiglotte.

Küster (Berlin) a perdu 2 malades sur 26 ablations de la langue. Des 24 guéris, 4 sont restés indemnes de récidive pendant plus de trois ans et 1 depuis dix ans. Les opérations pour récidives peuvent, elles aussi, donner des résultats durables.

Von Bergmann (Berlin) relate deux guérisons datant de deux et trois ans, dont une relative à un cas où les ganglions cervicaux étaient déjà engorgés.

Körte (Berlin) présente un homme de cinquante-six ans qui a subi les opérations suivantes: 1° 2 juillet 1884, extirpation du *voile du palais et de l'amygdale gauche*; 2° 17 octobre 1884, récidive ganglionnaire à droite; 3° mai 1885, récidive ganglionnaire à gauche. Depuis, pas de récidive. Au microscope, épithélioma pavimenteux.

Von Bergmann présente une malade à laquelle il y a trois ans la moitié du *larynx* a été enlevée, pour cancer, par M. Schmidt; un homme auquel lui-même a fait, il y a quatre ans, la même opération. Ces deux malades parlent d'une façon assez intelligible.

Krause (de Halle) montre trois malades auxquels un *cancer du rectum* a été enlevé, il y a six, huit et neuf ans, avec ouverture large du péritoine. Il a constaté la même intégrité sur quatre autres malades opérés de même depuis six ans.

Von Bergmann présente cinq hommes opérés depuis deux à cinq ans d'extirpation du rectum. Quoique le sphincter ait été détruit, la défécation s'est assez bien régularisée.

Cancer du larynx, par M. *K. Roser* (de Hanau). — Présentation d'un homme de quarante-deux ans, auquel le larynx entier (avec partie du pharynx et du corps thyroïde) a été enlevé, en deux séances, en novembre et décembre 1888. Il n'y a pas trace de récidive (avril 1889). La trachée (munie d'une canule) s'ouvre juste au niveau du sternum; l'œsophage, 1 centimètre au-dessus. Le malade est nourri d'aliments liquides. Il se porte fort bien, mais s'est un peu amaigri, ce que Roser explique par la non-déglutition de la salive. Une opération plastique va être entreprise pour rétablir la continuité entre la bouche et l'œsophage. (Congrès de médecine interne, *Bericht*, etc., p. 36.)

Au Congrès des chirurgiens (*loc. cit.*, p. 52), *Hans Schmidt* (de Stettin) présente un malade auquel il a enlevé complètement le larynx il y a deux ans et demi. Le diagnostic entre la syphilis et le cancer est, il est vrai, resté douteux. L'auteur veut surtout faire constater que, sans larynx artificiel, la voix du malade est forte et intelligible.

Cancer du sein. — M. *Lothar Heidenhain* (de Berlin) croit qu'on a tort de ne s'occuper, parmi les causes de récidive locale, que des ganglions axillaires et des troncs lymphatiques correspondants. Le mode d'envahissement des tissus avoisinants, du muscle grand pectoral en particulier, est encore trop peu étudié. Or, chez les femmes maigres, la face postérieure de la glande mammaire adhère tout entière à l'aponévrose d'enveloppe de ce muscle; chez les femmes grasses, il y a par places des adhérences. Le cancer se propage dans les espaces lymphatiques du tissu rétro-mammaire, mais il n'envahit le muscle lui-même que quand il y a cliniquement adhérence de la tumeur au muscle. La dissection du fascia étant impossible, il faut hardiment enlever la couche superficielle du muscle quand la tumeur n'est pas adhérente. Quand la tumeur est adhérente, il faut enlever le muscle entier. Faute de ces précautions, on laisse du tissu morbide qui repullule dans la cicatrice. En examinant avec soin la pièce enlevée, en explorant les surfaces de section au microscope, on peut reconnaître si oui ou non l'ablation a été com-

plète. Sur dix-huit pièces, Heidenhain en a trouvé douze où l'opération avait certainement été incomplète. De ces malades, une est perdue de vue; huit sont mortes ou en récidive, trois sont sans récidive. Des six autres, deux sont opérées depuis peu. Les quatre autres vivent sans récidive depuis février à août 1888. (Mémoire paru *in extenso* dans les *Arch. f. klin. chir.*, 1889, t. XXXIX, p. 97.)

M. *Schinzinger* a opéré quatre-vingt-seize malades depuis dix ans. Deux sont mortes d'érysipèle. Il a remarqué, avec d'autres chirurgiens, qu'après la ménopause, la marche du cancer est plus lente. Il se demande donc si — le cancer ayant été extirpé aussitôt que possible — il ne serait pas indiqué de provoquer, par la castration ovarienne, une ménopause prématurée, de façon à diminuer les chances de récidive.

Traitement des ostéosarcomes a myéloplaxes par l'évidement. — M. *Krause* (de Halle) relate quatre opérations d'épulis pratiquées de la sorte (en conservant la lame osseuse postérieure), avec un résultat durable. Dans un cas, il est vrai, il y a eu six récidives successives, mais on est à la fin venu à bout du mal. Une opération semblable a été faite il y a trois ans, sur un homme de quarante-huit ans, pour un myéloïde de l'extrémité supérieure du tibia. La tumeur était grosse comme une tête d'enfant. Le malade marche sans appareil et plie facilement le genou. *Bramann* (de Berlin) présente deux malades opérés de la sorte: 1° Fille de quatorze ans, atteinte d'ostéosarcome de l'extrémité supérieure du tibia; il a fallu réséquer entièrement cette épiphyse et le genou est ankylosé. L'opération a neuf mois de date. 2° Homme de quarante ans, auquel un sarcome myéloïde de l'extrémité inférieure du radius a été enlevé il y onze mois. Les fonctions de la main sont à peu près normales. *Esmarch* (de Kiel) a enlevé avec succès à la cuiller tranchante un sarcome du maxillaire et il a cautérisé la cavité au thermocautère. *Lœbker* a publié, au Congrès de l'an dernier, une extirpation heureuse de sarcome périostique du maxillaire inférieur. Le malade, au bout de trois ans, est maintenant encore en bon état. *Rosenberger* (de Strasbourg) en dit autant pour un opéré dont il a parlé de même l'an dernier.

Greffe du cancer chez le rat, par M. Hanau. — Deux rats mâles ont été inoculés dans la tunique vaginale avec un morceau de ganglion cancéreux consécutif à un cancer de la vulve chez une rate. Chez le rat, le canal péritonéo-vaginal reste ouvert. Un des deux est mort en sept semaines, d'une carcinose péritonéale généralisée. L'autre, tué au bout de deux semaines, n'avait que deux noyaux dans la tunique vaginale. Le microscope démontre que ces productions sont identiques au cancroïde greffé. Donc, le cancer peut se transplanter, dans une même espèce, d'un animal à l'autre ; mais cette greffe n'implique nullement la nature infectieuse du cancer.

M. *Wehr* (de Remberg) a fait des études analogues sur le chien à l'aide de carcinomes développés sur le prépuce de chiens, dans le vestibule vaginal de chiennes, carcinomes en général confondus par les vétérinaires avec des condylomes. La méthode est la suivante: une incision de 8 millimètres de longueur divise la peau et par là un tunnel sous-cutané est creusé avec un trocart de 3 millimètres; dans la canule du trocart un morceau de carcinome est poussé avec un stylet jusqu'au fond du cul-de-sac. Sur 26 chiens, Wehr a obtenu 24 fois des nodules carcinomateux, dont la plupart, il est vrai, se sont résorbés. Mais il a suivi un animal inoculé le 12 décembre 1887, chez qui quatre noyaux se sont bien développés, et finalement l'animal est mort cachectique le 16 juin 1888. A l'autopsie, la généralisation a été constatée. (Mémoire *in extenso* dans *Arch. f. klin. Chir.*, 1889, t. XXXIX, p. 226.)

Rinne (de Greifwald) a essayé en vain l'inoculation à un chien l'un carcinome rectal provenant d'autres chiens.

E. Hahn (de Berlin) rappelle les expériences positives qu'il a faites sur l'homme.

Heidenhain (de Berlin) se souvient qu'un auteur russe a eu des succès sur le chien. Cet auteur est *Lowinski*, ajoute *Hanau* (de Zurich), mais sur 42 cas il n'a eu qu'un succès. Comme le cancer est une maladie de la vieillesse, c'est sur des animaux âgés qu'il convient d'expérimenter.

Septicémie, par M. *Hoffa* (de Würzbourg). — Dans la septicémie il faut distinguer l'intoxication septique qui relève du passage dans le sang de ptomaïnes et de ferments, et l'infection septique, due à l'entrée et à la pullulation dans le sang des bactéries elles-mêmes. Dans ce second cas, les bactéries peuvent agir de deux façons. Il peut y avoir une intoxication par fermentation (ce qui est le cas pour la septicémie de la souris de Koch), ou d'une formation de ptomaïnes. Le second processus est celui qu'engendre la bactérie de la septicémie du lapin décrite par Koch et Gaffky. Sur des lapins inoculés, Hoffa a isolé cette ptomaïne qu'il appelle *méthylguanidine* et qui est un poison violent. Elle tue les animaux en produisant les symptômes de la septicémie du lapin. L'auteur a entrepris une série de recherches chimiques démontrant que la méthylguanidine dérive de l'oxydation de la créatine. Dans des lapins morts du charbon, Hoffa a trouvé une autre base toxique, l'*anthracine*.

Microbe du tétanos, par *S. Kilasato* (de Tokio). — En 1884, Carle et Ratone ont rendu des lapins tétaniques en les inoculant avec le pus d'un animal tétanique. En 1885, Nicolaïer a montré que dans le sol existe un bacille qui produit le tétanos chez la souris, le lapin, le cobaye. En 1886, Rosenbach a trouvé chez l'homme tétanique le bacille de Nicolaïer. Mais, dans ces derniers temps, on a émis quelques doutes, car jusqu'à présent on n'a pas réussi à isoler hors des corps des animaux et à cultiver en cultures pures le bacille de Nicolaïer. Aussi Kitasato a-t-il entrepris des recherches sur ce point dans le laboratoire de R. Koch, à l'aide d'un soldat tétanique. Au milieu d'autres bactéries, celle de Nicolaïer existait dans ce cas ; les inoculations furent positives. Sur des souris inoculées, l'auteur a trouvé le bacille dans le pus; il a ensemencé des milieux de culture, et il a vu le bacille de Nicolaïer se multiplier, mais toujours mélangé à d'autres micro-organismes. Par les méthodes ordinaires, il a isolé trois variétés de microbes anaérobies, cinq facultativement anaérobies et sept aérobies. Toutes ces variétés ont été obtenues isolées et ont été inoculées sans produire le tétanos, que les cultures aient été pures ou mélangées, pourvu que le bacille de Nicolaïer n'y fût pas mêlé. Il était dès lors prouvé indirectement que ce dernier microbe est bien en cause. Kitasato a réussi à fournir la preuve directe en obtenant des cultures pures qui, inoculées, causent invariablement le tétanos chez la souris. Ce microbe est absolument anaérobie. On ne le trouve, sur les animaux morts, ni dans le sang, ni dans les viscères, ni à la place inoculée ; les inoculations faites avec ces matières restent sans effet, et les ensemencements restent stériles. Le micro-organisme a donc produit avec une rapidité extrême la ptomaïne toxique de Brieger. Sans entrer dans les détails techniques, nous ajouterons que la méthode suivie par l'auteur pour isoler le bacille consiste à prendre les cultures mixtes qui ont quarante-huit heures d'existence et à leur faire subir des manipulations fondées sur les deux faits suivants: 1° le bacille du tétanos est rigoureusement anaérobie; 2° les microbes anaérobies qui lui sont associés sont tués par un séjour d'une heure à une heure et demie dans une étuve à 80 degrés. L'analyse indique en outre les principales propriétés bactériologiques du bacille.

Etiologie des adénopathies tuberculeuses, par M. *Cornet* (de Berlin-Reichenhall). — Expériences faites sur le chien pour étudier les modes de pénétration du bacille. Elles ont été entreprises surtout sur les régions tributaires des ganglions cervicaux, siège de prédilection de ces adénopathies. Des crachats tuberculeux (ou des cultures) ont été mis dans le cul-de-sac conjonctival inférieur, sans trauma de la muqueuse : la muqueuse a simplement rougi, tandis que les ganglions cervicaux se caséifiaient et qu'on y trouvait des bacilles. De même pour les muqueuses nasale, gingivale. Dans l'oreille, les faits sont plus contestables, car il est difficile d'affirmer qu'il n'y a pas eu de solution de continuité du tégument. Mêmes résultats pour le vagin, pour le pénis, dont les muqueuses s'ulcèrent cependant quelquefois. Sur tous ces chiens, sauf deux (et au bout de longtemps), les poumons ont été trouvés sains. Inversement les lésions des poumons et des ganglions bronchiques sont accentuées sur les animaux rendus tuberculeux par inhalation. En somme, ces expériences démontrent que le bacille peut, pour aller infecter les ganglions, traverser une muqueuse macroscopiquement saine.

Actinomycose cutanée, par M. *Leser* (de Halle). — Relation de trois observations où le parasite a été trouvé et dans le pus et dans les tissus morbides enlevés à la curette. Pour le trouver dans les tissus, il faut des coupes très nombreuses, car il est rare, comme d'ailleurs la plupart des agents infectieux dans les

infections chroniques. Dans les trois cas, les renseignements étiologiques sont nuls. L'aspect clinique est variable : là un ulcère profond, atonique, irrégulier, serpigineux; ailleurs une éruption nodulaire discrète, s'étendant peu à peu par la périphérie et se transformant en une plaque infiltrée. Dans la première forme, l'analogie est assez grande avec le lupus. Mais le mode d'extension vers la profondeur est tout différent. Ici, en effet, il se creuse des trajets remplis d'un tissu de granulations gris jaunâtre ou gris rougeâtre; aucun tissu n'est respecté : les aponévroses sont perforées, les muscles sont détruits, le périoste est dénudé, rongé, et enfin les os deviennent cariés. La maladie est en général chronique, subaiguë tout au plus. Toutefois Leser l'a vue aiguë, ayant les allures d'un phlegmon. Les ganglions correspondants ne sont pas engorgés : la maladie ne se propage pas par les voies lymphatiques, trop étroites pour livrer passage au parasite. Mais quelquefois le foyer actinomycotique est le siège d'une infection suppurative surajoutée, et alors les ganglions s'engorgent. Dans la discussion, *Rotter* (de Munich) insiste sur la fréquence de ces infections mixtes. Il a observé dans le service de Bergmann la forme nodulaire.

Tampon aseptique résorbable, par M. *Thiem* (Kottbus). — Appliquant une idée de Gluck, Thiem a suturé quatre fois dans l'anneau inguinal, après cure radicale d'une hernie à large orifice, un tampon de catgut destiné à servir d'obturateur pendant que la cicatrice se consolide. Et sur un enfant opéré des deux côtés d'une hernie énorme, allant jusqu'aux genoux, l'obturation n'ayant été faite que d'un côté: du côté opposé, au bout de cinq heures, les cris avaient provoqué la récidive, en sorte qu'il fallut opérer à nouveau, au cinquième jour. Cette indication n'est pas la seule. Le tampon aseptique peut remplacer le caillot aseptique de la méthode de Schede. Grâce à lui, Thiem a obtenu la réunion immédiate des cavités laissées par des extirpations ganglionnaires; par le curage axillaire pour cancer du sein. Quoi qu'en disent Volkmann, Kocher, il n'a jamais eu d'infections provoquées par le catgut.

Opérations a sec, par M. *Landerer* (de Leipsig). — D'après quatre-vingt-dix observations, où l'auteur s'est parfaitement trouvé de n'avoir pas employé une goutte de liquide sur les tissus opérés. (Mémoire paru dans les *Arch. f. klin. Chir.*, 1889, t. XXXIX, p. 216.)

Chirurgie cranio-cérébrale. — M. *Horsley* (de Londres) résume ses recherches sur les centres moteurs de l'écorce et il indique sa manière d'opérer dans le cerveau. Rien qu'il n'ait déjà publié.

M. *Fischer* (de Breslau) relate une trépanation pour tumeur cérébrale; opération faite le 2 juin 1888 sur un homme de trente-sept ans, non syphilitique, malade depuis janvier 1887. Il souffrait d'attaques épileptiformes, avec monoplégie progressive du bras droit et finalement avec une légère aphasie motrice. Le 2 juin, donc, trépanation sur la zone motrice, qui apparaît saine. Après l'opération, la paralysie diminua, mais l'aphasie augmenta. A la fin de novembre, accès d'épilepsie jacksonienne. Fischer ouvre la cicatrice (il n'avait pas replanté la rondelle) et, cette fois, trouve une tumeur cérébrale qu'il énuclée avec les doigts. Guérison. Mais deux mois après, récidive, et mort le 20 mars dernier. Il s'agit d'un sarcome à cellules rondes.

Höftman (de Kœnigsberg) a obtenu trois fois de bons résultats par la trépanation traversant l'apophyse mastoïde (et même le sinus transverse) sur trois malades qui, sans otorrhée, avaient cependant des accidents cérébraux liés sans doute à une ancienne maladie de l'oreille. Il y avait simplement condensation du tissu osseux et épaississement de la dure-mère.

Gerstein (de Dortmund) a eu à soigner un homme atteint de fracture compliquée du crâne, avec enfoncement. Il enleva les deux fragments enfoncés et les mit dans une solution de sublimé, tandis qu'il désinfectait avec soin le foyer cérébral. Puis un des fragments fut remis en place, ce pourquoi il a fallu le tailler aux dimensions voulues. Réunion immédiate. Un an après, l'homme mourut de pneumonie, et on put constater la consolidation osseuse de l'esquille replacée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 26 AOUT 1889. — PRÉSIDENCE DE M. DESCLOIZEAUX.

Propriétés pathogènes des microbes contenus dans les tumeurs malignes. — D'après M. *Verneuil*, le tissu des néoplasmes malins, cancers, sarcomes, épithéliomes, etc., peut être envahi, à un moment donné, par des microbes divers dont on ne peut encore déterminer sûrement ni l'origine, ni le genre, ni le nombre. Cette invasion, dont les causes et le mécanisme sont également inconnus, peut rester plus ou moins longtemps latente, mais aussi, en certains cas, amener, dans l'évolution et la nutrition des tumeurs, diverses modifications, telles que l'accroissement rapide, le ramollissement et l'ulcération.

Les microbes ne se rencontrent pas dans tous les genres de néoplasmes, ni dans tous les néoplasmes d'un même genre, pas même dans tous les points d'un néoplasme cependant envahi. On ne les trouve, par exemple, ni dans les lipomes, ni dans les fibromes purs, ni dans les sarcomes ou les cancers commençants, à marche lente, à l'état cru et recouverts de peau saine; au contraire, on les observe à peu près constamment dans les néoplasmes ramollis et ulcérés. Ces microbes, outre l'action irritante, phlogogène et pyrogène qu'ils exercent localement sur le tissu même de la tumeur envahie, possèdent d'autres propriétés pathogènes qui peuvent intéresser l'économie tout entière. Ainsi, suivant toute vraisemblance, ils sont capables d'allumer une fièvre plus ou moins intense et irrégulière alors qu'ils sont encore renfermés dans une tumeur en voie d'accroissement rapide ou de ramollissement. De plus, lorsque, pendant l'ablation d'une tumeur qui les renferme, ils peuvent, mélangés aux fluides contenus dans les points ramollis, se répandre dans la plaie opératoire, ils la contaminent, l'infectent et l'inoculent de façon à provoquer le développement d'une fièvre septicémique capable d'entraîner la mort.

La connaissance de ce dernier fait, outre qu'elle plaide en faveur de l'ablation précoce des néoplasmes malins, si désirable à tous les points de vue, dicte encore aux chirurgiens certaines mesures préventives pendant et après l'extirpation des tumeurs infectées par les microbes, notamment les suivantes :

Etant reconnu ou au moins soupçonné le ramollissement d'une tumeur, enlever celle-ci d'une seule pièce sans l'entamer, l'énucléer, la morceler, la déchirer, ni l'arracher. S'il arrive pourtant que les foyers ramollis, ouverts par une manœuvre quelconque, viennent à verser leur contenu fluide dans la cavité opératoire, il faut laver soigneusement et largement la plaie avec une solution antiseptique suffisamment forte et y revenir, au besoin, plusieurs fois pendant l'extirpation et après, bien entendu. Si, malgré tout, on avait lieu de craindre l'inoculation de la plaie par les microbes ou leurs produits, on devrait rejeter la réunion immédiate et choisir un des procédés du pansement antiseptique ouvert.

Physiologie expérimentale. — M. *Laulanié* a observé que, lorsque au cours d'une excitation de l'un des nerfs vagues, le cœur reprend ses battements, le passage immédiat de l'excitation sur l'autre nerf laisse au rythme la dépression amenée par l'excitation du premier nerf. Dans ce cas, la fatigue exprimée par le retour des battements appartient à l'appareil d'arrêt intra-cardiaque. Lorsqu'on procède à une série d'excitations alternatives et d'égale durée, le passage de l'excitation d'un nerf sur l'autre ne modifie pas le rythme; les excitations ont une durée inégale, les excitations de moindre durée augmentent le ralentissement acquis par les excitations précédentes de longue durée.

Les excitations de longue durée produisent dans l'excitabilité du nerf et de l'appareil d'arrêt intra-cardiaque des variations de sens inverse. La fatigue du nerf entraîne le repos relatif des ganglions qui se retrouvent tout prêts à recevoir utilement l'action de l'autre nerf. L'appareil d'arrêt est expérimentalement inépuisable pour une excitation unilatérale si prolongée qu'elle soit. Enfin, par une série d'excitations alternatives bien ménagées et continuées l'une par l'autre, on inflige au rythme cardiaque un ralentissement et à la circulation une dépression de même durée que la série des excitations.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 3 SEPTEMBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

La séance est immédiatement levée en signe de deuil, après l'hommage rendu par M. *Moutard-Martin*, vice-président, à la mémoire de M. *Maurice Perrin*, président, décédé samedi dernier à Vezelise (Meurthe-et-Moselle) où il était en villégiature.

REVUE DES JOURNAUX

Du traitement du placenta prævia par la version combinée, par M. Lomer. — Cette méthode, désignée en Allemagne sous le nom de méthode de Hofmeier, devrait plutôt être appelée méthode de Braxton Hicks, du nom du médecin qui l'a introduite dans la pratique dès 1860. Elle donne une mortalité pour la mère de 4.5 pour 100, tandis que par les autres méthodes celle-ci est de 22 à 35 pour 100.

Dans l'insertion vicieuse, le placenta, placé près de l'orifice ou sur lui, gêne la dilatation qui se fait avec une extraordinaire lenteur et est accompagnée d'hémorrhagie, les vaisseaux du placenta étant devenus béants. Mais l'hémorrhagie cesse aussitôt que la partie qui se présente s'engage dans le bassin et exerce une compression sur le point qui donne du sang. De là, l'utilité de la rupture de la poche quand il y a présentation du sommet et dilatation presque complète. Mais dans les cas graves et quand l'orifice est non dilaté, on arrive au même résultat par la version combinée.

La malade étant chloroformée, et la main entière étant introduite dans le vagin, on pénètre prudemment, avec un, puis deux doigts dans le col, qui, dans les cas d'insertion vicieuse du placenta, est toujours mou et dilatable; puis on rompt les membranes (en passant au travers du placenta s'il est central). On cherche ensuite par des manœuvres externes à pousser au-devant des doigts introduits dans l'utérus, les membres inférieurs du fœtus; quand les doigts auront saisi un pied, on l'amènera jusqu'à la vulve. Aussitôt l'hémorrhagie cesse, surtout si on fait de légères tractions. Mais il faut se garder de faire l'extraction de l'enfant, pour éviter de déchirer le col et de produire plus tard une hémorrhagie mortelle. Il faudra attendre que les douleurs viennent et se contenter alors de faire de légères tractions. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 3 décembre 1888.)

Instruction pour les sages-femmes relative à la prophylaxie de la fièvre puerpérale. — Le ministère chargé des affaires médicales en Prusse a fait paraître une instruction détaillée à laquelle les sages-femmes sont obligées de se conformer. Dans des considérations préliminaires, il est dit que chaque année plusieurs milliers de femmes succombent à la fièvre puerpérale, facile à éviter, difficile à guérir.

Les sages-femmes observeront en tout temps la plus grande propreté; mais en présence d'une parturiente ou d'une accouchée, leurs mains, leurs bras et leurs vêtements seront rigoureusement nettoyés. Les manches seront disposées de façon à pouvoir être relevées jusqu'au milieu du bras; un grand tablier, en étoffe claire et fraîchement lavé, couvrira la partie antérieure de leur vêtement. Les ongles seront coupés courts, à bords lisses, nettoyés avec du savon et une brosse. Aux instruments qui leur sont déjà prescrits et dont elles doivent être munies dans l'exercice de leurs fonctions, elles ajouteront : un tablier frais, du savon, une brosse à ongles et une serviette fraîche; un flacon contenant 90 grammes d'acide phénique liquide pur, et portant sur l'étiquette : « attention ! à n'employer qu'en solution étendue »; un verre gradué pour mesurer 15 ou 30 grammes d'acide phénique; un thermomètre; un irrigateur avec tube en caoutchouc et canule en verre.

Appelée auprès d'une parturiente, la sage-femme préparera immédiatement deux litres d'eau phéniquée, en employant 30 grammes d'acide phénique par litre. Elle veillera, autant que possible, à ce que la literie soit propre. Avant de faire un examen intérieur, elle se lavera les mains et les bras avec du savon et de l'eau tiède, préalablement bouillie si cela est possible ; elle les plongera ensuite dans l'eau phéniquée. Les organes génitaux de la parturiente ne seront jamais lavés avec des éponges, mais avec du coton ou de la jute. La sonde et les ciseaux seront plongés dans l'eau phéniquée. Après l'accouchement les organes génitaux seront lavés avec de l'eau bouillie et essuyés avec de la ouate. Les injections vaginales et intra-utérines ne seront pratiquées que sur indication du médecin, ou dans des cas spécifiés par les instructions; mais elles ne pourront être faites qu'avec de l'eau phéniquée.

La sage-femme évitera autant que possible d'être en contact avec des personnes atteintes de suppuration, de péritonite, de métrite, d'érysipèle, de diphthérie, de scarlatine, de variole, de syphilis, de blennorrhagie, de fièvre typhoïde, de choléra, de dysenterie. Si elle a été en contact avec ces malades ou avec une accouchée dont les lochies ont une mauvaise odeur, elle lavera ses mains ainsi que les bras dans de l'eau phéniquée, au moins pendant cinq minutes, et désinfectera également les instruments employés. Si elle s'est trouvée dans le logement d'une personne atteinte d'une de ces maladies, elle ne pourra visiter aucune autre parturiente ou accouchée qu'après s'être désinfectée et avoir changé de vêtements. Mais, si une personne atteinte d'une de ces affections se trouve dans son logement, ou si elle soigne dans sa clientèle des malades atteintes de fièvre puerpérale, péritonite et métrite puerpérales, elle devra demander des instructions au médecin d'arrondissement et en attendant à un autre médecin. Pendant tout ce temps, il lui est interdit de visiter une femme enceinte ; il lui est défendu aussi de visiter des parturientes ou des accouchées, sauf le cas de force majeure. Même alors elle devra préalablement laver tout son corps, se désinfecter et se revêtir de vêtements frais. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 24 décembre 1888.)

De l'action de la teinture de Strophantus Kombé sur le choc du cœur, par M. Haas. — L'auteur a expérimenté la teinture au vingtième, sur vingt malades auxquels il a administré de quinze à trente-cinq gouttes par jour. Il s'est servi de l'appareil enregistreur de Roth qui est une modification de celui de Mathieu-Burdon-Sanderson. Toutes les courbes ont été prises chez des sujets à température normale et dans la position horizontale. La pointe du cœur ayant été déterminée par le doigt, il a appliqué la pelote en ce point et pris le tracé avant toute ingestion du médicament. La teinture de strophantus ayant été administrée, il reprenait de nouveau le cardiogramme. Dans quelques cas, il a pris aussi le tracé de la digitale, afin de comparer les courbes des deux médicaments.

Les résultats ont été constants dans toutes les expérimentations : au bout de cinq heures déjà le strophantus manifeste son action par un ralentissement des battements du cœur qui diminuent de dix à vingt par minute, et par un affaiblissement de l'énergie du choc du cœur. Le cœur devient manifestement

plus calme, et les malades éprouvent un sentiment de bien-être, par suite de la disparition de l'oppression. En appliquant la main sur la poitrine on constate cet affaiblissement du choc. Le cardiogramme traduit cette diminution de l'énergie du cœur par la petitesse de la courbe dont les dentelures s'effacent. Cet effacement indique un affaiblissement de la contractilité des éléments musculaires des vaisseaux, qui sont, de même que le muscle cardiaque, paralysés en une certaine mesure par le strophantus. Son action est donc différente de celle de la digitale, contrairement à l'opinion de Fraser, pour qui le strophantus est sans action sur les vaisseaux, mais excite la contractilité du muscle cardiaque, au point de le tétaniser à dose toxique, et d'amener la mort en systole.

Il est donc plus que douteux que le strophantus augmente la pression vasculaire. Les faits cliniques observés par l'auteur ne répondent pas non plus à l'idée d'une augmentation de pression. Dans un cas de mal de Bright aigu, l'albumine et le sang disparurent rapidement de l'urine sous l'influence du strophantus, ainsi que l'hydropisie et le syndrome urémie.

Chez un enfant de deux ans et demi, atteint d'albuminurie, d'œdème des paupières et d'oligurie, consécutifs à une scarlatine, les divers symptômes disparurent au bout de cinq jours sous l'influence d'une dose journalière de dix gouttes de teinture.

Un infarctus hémoptoïque chez un malade atteint d'une lésion mitrale moyenne, guérit promptement avec la teinture de strophantus.

Une épistaxis grave chez un malade atteint de lésions mitrale et aortique, s'arrêta rapidement sous son influence.

Ces faits cliniques rendent manifeste l'action calmante du strophantus sur le muscle cardiaque. Si ce médicament en exagérait l'activité et augmentait la pression du sang, il en résulterait des hypérémies actives et des hémorrhagies dangereuses.

L'auteur se croit autorisé à conclure de ses recherches que la teinture de strophantus abaisse l'activité exagérée du cœur et diminue en même temps la tonicité des vaisseaux. (*Deutsches Archiv fur klinische Medicin*, 7 décembre 1888.)

Travaux à consulter.

De la créosote dans la phthisie pulmonaire, par M. Robinson. — L'auteur a employé ce médicament en inhalations et à l'intérieur sur 150 malades et a constaté dans la grande majorité des cas, la diminution de la toux et des crachats, l'atténuation de la dyspnée et des sueurs nocturnes, enfin l'accroissement de l'appétit. Ses inconvénients ont été, dit-il, exagérés : pas d'hémoptysie, pas de troubles gastro-intestinaux excepté quand les doses étaient excessives. Bien que la créosote ne soit pas un agent parasiticide, il procure donc des améliorations notables et peut être prescrit avec avantage dans toutes les périodes de la maladie. Ces conclusions optimistes confirment celles de Gimbert et Bouchard en France et de Sommerbrodt et Fraenkel en Allemagne. (*American Journ. of the med. Science*, janvier 1888.)

Un cas d'empoisonnement par la pyridine, par M. Luigi Cantu. — Un homme de dix-neuf ans est soumis aux traitement par la pyridine, pour des convulsions tétaniformes. Ce médicament était prescrit à titre de nervin et à la dose quotidienne de 50 centigrammes, quand le troisième jour on constata la coloration rouge foncé de l'urine. Ce liquide contenait de la méthémoglobine et de l'urobiline. A l'examen du sang, on nota la décoloration des hématies et leur disposition en rouleaux. Leur nombre s'élevait à 2 500 000 par millimètre cube.

En présence de ces phénomènes toxiques, M. Cantu prescrivit la diète lactée, mais les symptômes ne disparurent que dans l'espace de douze jours et en laissant après eux une anémie grave. Par contre, l'action nervine de la pyridine avait été nulle. L'auteur conclut que cette substance exerce sur les globules sanguins une action destructive comparable à celle du pyrogallate et du chlorate de potasse. (*Société médico-chirurgicale de Padoue*, 30 mars 1889.)

BIBLIOGRAPHIE

Comment on fait parler les sourds-muets, par L. Goguillot, professeur à l'Institution nationale des sourds-muets de Paris; précédé d'une préface par le docteur Ladreit de la Charrière, médecin en chef de l'Institution nationale des sourds-muets; avec 76 figures. Paris, G. Masson, 1889.

La méthode orale pour l'enseignement des sourds-muets est la seule qui puisse les rattacher à la société des autres hommes ; telle est la grande raison qui a fait adopter définitivement cette méthode, après bien des discussions et des résistances, dans les institutions françaises. Elle est la plus rationnelle; elle est aussi la première à laquelle on ait pensé; on l'a pratiquée même avant Amman,, médecin suisse, établi en Hollande, qui en a magistralement exposé les principes à la fin du dix-septième siècle. Après Amman, il n'y avait plus à inventer, mais seulement à perfectionner et à développer; c'est ce que firent Heinicke, Pereire et d'autres. La méthode orale se serait implantée en France comme dans les autres pays de l'Europe si l'abbé de l'Épée, philanthrope pressé de faire le bien, et qui d'ailleurs ignorait les travaux de ses prédécesseurs, n'avait trouvé plus simple de développer chez les sourds-muets le langage qui leur est naturel, celui des gestes ou des signes; le dévouement et le talent pédagogique des instituteurs français, Sicard, Bébian, Valade-Gabel, Vaïsse, permirent à cette méthode de rendre d'immenses services qui firent longtemps illusion sur ses imperfections; grâce à elle on faisait, il est vrai, l'éducation intellectuelle et morale des sourds-muets; mais ils formaient ensuite une petite société fermée, une vraie société secrète, qui avait ses préjugés, ses ridicules, une sorte d'orgueil de caste assez déplacé. Les instituteurs italiens, particulièrement l'abbé Tarra, parvinrent enfin à persuader les instituteurs français, et, à la suite du Congrès de Milan (1880), la méthode orale pure fut adoptée dans les institutions de Paris et de Bordeaux. M. Goguillot fut alors chargé du cours d'articulation à Paris.

Il nous donne aujourd'hui les résultats de son expérience et la théorie de sa pratique journalière dans un livre bien composé, concis, où rien d'essentiel n'est omis, et où la clarté du texte est rehaussée par une série de figures tout à fait expressives et parlantes; on croit, en les voyant, assister à la classe que dirige l'auteur et le voir introduire de force l'idée et l'acte de la parole dans les organes rebelles du sourd-muet. Une pareille méthode est intimement liée aux questions qui concernent la physiologie encore obscure de la phonation; à ce titre elle intéressera plus d'un médecin. Chemin faisant, l'auteur explique les défauts les plus fréquents de la prononciation des enfants et indique les moyens de les corriger; il explique également les changements phonétiques qui dénaturent les mots avec le temps, et il donne ainsi le secret de plusieurs lois de dérivation constatées par les philologues; on voit que la science du langage aura tout profit à connaître les principes sur lesquels se fonde actuellement la pratique de l'Institution nationale des sourds-muets de Paris. Signalons enfin cette thèse intéressante de M. Goguillot : les sourds, qui ne sont pas muets, ayant perdu l'ouïe après la première enfance, peuvent à tout âge apprendre à lire la parole sur les lèvres d'autrui ; il suffit pour cela de les y exercer selon les méthodes aujourd'hui classiques dans l'enseignement des sourds-muets.

Le docteur Ladreit de la Charrière a fait précéder l'ouvrage de M. Goguillot d'une préface très instructive, qui traite principalement le côté médical du problème de la surdi-mutité. Nul, on le sait, n'est plus compétent en cette matière que le savant médecin de l'Institution de Paris. C'est une chose remarquable que la variabilité du nombre proportionnel des sourds-muets selon les régions; la Suisse et la Savoie sont les pays qui en fournissent le plus grand nombre; faut-il voir là une influence de l'altitude? Pourtant, certains départements absolument plats, comme le Nord et la Gironde, en présentent un nombre relativement considérable. Le docteur Ladreit de la Charrière arrive à des conclusions plus positives quand il traite des causes pathologiques de cette infirmité : il établit méthodiquement que, dans la plupart des cas, la surdité provient d'une maladie du premier âge, au lieu d'être congénitale, comme on le croit généralement. Signalons encore dans cette préface de remarquables considérations sur le rôle de l'hérédité et sur l'influence de la consanguinité; celle-ci n'a par elle-même, contrairement au préjugé, aucune influence fâcheuse; mais elle multiplie l'une par l'autre, comme un coefficient redoutable, les tares organiques des ascendants, et elle développe ainsi, entre autres germes de maladie, ceux de la surdité congénitale ou précoce.

V. E.

VARIÉTÉS

Microbes et microbie à l'Exposition universelle de 1889.

Microbe et microbie ont fait leur apparition à l'Exposition de 1889, leur première apparition à une Exposition universelle. La chose s'est faite sans tapage ; les journaux de médecine, les journaux spéciaux eux-mêmes n'en ont guère parlé, et je gage que plus d'un lecteur de ces lignes ignore la présence de la microbie à l'Exposition. La chose a pourtant une certaine importance : l'exposition ou plutôt les expositions de microbie de 1889 sont intéressantes, méritent d'être vues attentivement, et le fait seul de leur existence est des plus significatifs.

En 1878 il n'était guère question de microbes dans le monde médical. Les admirables travaux de M. Pasteur sur les fermentations, la bière, le vin, les maladies des vers à soie, etc., jalons posés sur la route qui devait conduire aux études sur le charbon, le choléra des poules, le rouget, la rage et les vaccins, n'avaient pas eu dans le grand public médical tout le retentissement qu'ils méritaient; l'immense majorité des médecins ne se souciaient guère de ces infiniment petits, dont la découverte devait apporter dans les sciences et les idées médicales la plus grande révolution qui s'y soit jamais produite.

Les choses allaient rapidement changer dans la période de 1878-1889. En 1877, M. Pasteur, en collaboration avec M. Joubert, publiait sa première note sur le charbon et apportait à la confirmation des belles découvertes de Davaine le poids de sa grande autorité. Le charbon fut la première maladie dont la nature microbienne ait été affirmée; on sait combien le cercle des maladies microbiennes s'est élargi depuis lors dans cette période des douze dernières années.

Il est à peine besoin de dire quelle place tient aujourd'hui en 1889 la doctrine microbienne dans nos idées médicales. Elle s'impose partout, et, dernière venue des sciences biologiques, elle est incontestablement au premier rang. Mais il y a mieux encore, le grand public, le public *profane*, connaît le microbe, s'en préoccupe vivement, il sait quel il est, quels sont ses méfaits, il croit fermement à son existence, plus fermement que quelques médecins au scepticisme arriéré ou ignorant, dont le nombre diminue chaque jour.

La microbie a fait son apparition à l'Exposition; elle y avait sa place marquée comme toutes les autres sciences ses aînées que nous sommes accoutumés depuis longtemps à y voir figurer. La place qu'elle tient est modeste, assurément trop modeste à notre avis; espérons qu'à la prochaine Exposition elle sera, non pas mieux, mais plus largement représentée.

La *Gazette hebdomadaire* a bien voulu m'offrir l'hospitalité dans ses colonnes pour une revue des microbes et de la microbie à l'Exposition. Je désire tout d'abord dire en deux mots ce que sera cette revue. Indiquer les emplacements divers des vitrines, dire le nombre de tubes de culture, les étiquettes qu'ils portent serait faire œuvre de guide exact et consciencieux, à coup sûr, mais fort ennuyeux, ce qui serait un premier tort. Mais ce serait aussi commettre une faute non moins grave, ce serait ne pas donner une idée vraie de ce qui est.

Je l'ai dit, je le redirai plus longuement tout à l'heure, il n'y a pas une exposition, mais des expositions de microbie; nous ne trouverons nulle part une exposition d'ensemble mettant sous nos yeux tous les appareils, toute la série des microbes connus dans leurs divers milieux de culture; ce que nous trouverons surtout (en dehors des expositions de fabricants d'appareils, et de l'exposition des vaccins charbonneux), ce sont des expositions partielles, des expositions de laboratoire, nous racontant les travaux principaux passés ou actuels, les tendances, les méthodes du maître qui dirige le laboratoire, et de ses élèves.

C'est bien là l'impression qui se dégage de la visite aux diverses vitrines de microbie.

Ce que chaque vitrine nous raconte, nous tâcherons de le dire à nos lecteurs; nous ne nous contenterons pas d'énumérer les objets exposés, nous dirons ce qu'ils nous enseignent, et derrière l'exposition nous tâcherons de dégager la figure scientifique de l'exposant, du savant, dont nous dirons rapidement les travaux principaux, les tendances, les méthodes. Encore que les maîtres de la microbie française soient bien connus de nos lecteurs, que leurs travaux leur doivent être présents à l'esprit, l'occasion est trop belle de parler d'eux, de les voir dans l'ensemble de leurs travaux de prédilection pour que nous ne la saisissions pas. Notre seul regret sera que tous ne soient pas présents et que tout particulièrement les initiateurs de cette belle science, les maîtres de l'institut Pasteur, manquent à l'appel.

Voici donc l'énoncé des divisions de cette revue:

I. Topographie des diverses expositions de microbie.
II. Les écoles vétérinaires : *a*. Ecole d'Alfort (exposition de M. Nocard); *b*. Ecole de Lyon (exposition de M. Arloing); *c*. Ecole de Toulouse.
III. L'Institut national agronomique (exposition de M. Duclaux).
IV. Les vaccins charbonneux.
V. La Faculté de médecine (exposition de M. Cornil).
VI. Collège de France (laboratoire de M. Ranvier).
VII. Exposition de MM. Yvon et Berlioz.
VIII. Les appareils de microbie.
IX. La microbie française en 1889. Ses travaux, ses laboratoires, ses centres d'enseignement, ses journaux.

I. — Topographie des diverses expositions de microbie.

Les diverses expositions de microbie sont disséminées au Champ de Mars, à l'esplanade des Invalides et dans les galeries du quai d'Orsay.

a. Galeries du quai d'Orsay. Dans ces galeries, en pénétrant par la porte voisine du Panorama transatlantique, nous

trouvons les trois Écoles vétérinaires, et les expositions de microbie de MM. Nocard (Alfort) et Arloing (Lyon).

Dans ces mêmes galeries, plus près encore de la porte d'entrée, est l'exposition de M. Duclaux (Institut agronomique).

b. A l'esplanade des Invalides, dans le palais de l'hygiène et de l'assistance publique, nous trouvons une exposition de vaccins charbonneux.

c. Au Champ de Mars, dans le palais des arts libéraux, 1er étage, section de l'enseignement supérieur, sont les expositions du professeur Cornil et du laboratoire du Collège de France; au rez-de-chaussée, section de médecine et de chirurgie, est l'exposition de MM. Yvon et Berlioz. Enfin, dans ce même palais des arts libéraux, tant au rez-de-chaussée (section de médecine et de chirurgie) qu'au 1er étage (enseignement supérieur), nous trouvons les expositions des fabricants d'appareils pour la microbie.

II. — Les Écoles vétérinaires.

a. École d'Alfort (exposition de M. Nocard). — *b.* École de Lyon (exposition de M. Arloing). — *c.* École de Toulouse.

Je ne saurais trop, en commençant ce paragraphe, recommander à tous nos confrères la visite de l'exposition des trois Écoles vétérinaires; elle est des plus intéressantes et des plus instructives.

Les bibliophiles, les amateurs de beaux livres anciens y admireront une superbe collection exposée par M. Nicolet, le bibliothécaire d'Alfort; il y a là dans la vitrine un *Parfait Maréchal* et un *Traité d'Hippiatrie*, dont les frontispices sont un plaisir pour les yeux.

A signaler encore dans l'exposition d'Alfort une superbe collection de parasites des animaux domestiques exposée par M. Railliet, une collection de clichés photographiques servant à la démonstration des cours d'anotomie, de physiologie, de police sanitaire et d'histoire naturelle.

Les expositions de Toulouse et de Lyon sont aussi pleines d'enseignements.

C'est la première fois que nos Écoles vétérinaires paraissent dans les Expositions universelles, on ne peut que se réjouir de les voir y figurer avec tant de succès. Je désirerais vivement pour ma part que la vue de leurs collections, de leurs méthodes d'enseignement éveillât la curiosité dans le monde médical et inspirât à nos confrères l'idée de faire plus ample connaissance avec les maîtres distingués de ces Écoles et avec leurs œuvres : il y aurait profit, et large profit pour nous. J'en parle avec l'assurance d'une expérience personnelle que je compte prolonger le plus longtemps possible.

a. M. Nocard a réuni dans une vitrine une bien intéressante exposition de microbie. Je l'ai dit plus haut : chacun de nos microbiologistes a voulu surtout montrer le produit de ses études, de ses principaux travaux. Rappeler quels sont les travaux de microbie de M. Nocard sera donc énumérer les points capitaux de son exposition.

Lorsque R. Koch, découvrant le bacille de la tuberculose, donna la preuve tangible de la nature infectieuse de la maladie, mise hors de doute par les admirables travaux si longtemps méconnus ou dédaignés de Villemin, il ne réussit qu'à grand'peine de maigres cultures du bacille qu'il venait de faire connaître. Ces cultures il les faisait sur sérum, et, ajoutons-le, sur mauvais sérum. L'illustre microbiologiste allemand ne comptait guère d'ailleurs sur ces imparfaites cultures pour les progrès ultérieurs de nos connaissances en matière de tuberculose.

Ce que Koch n'avait pu réussir d'une façon satisfaisante, MM. Nocard et Roux l'ont fait; ils ont obtenu du bacille de la tuberculose de belles et abondantes cultures.

Pour cette culture il faut encore (on ne doit pas l'ignorer) certaines conditions spéciales; elle ne réussit pas dans tous les cas, il s'en faut; la mise en train, la première culture en d'autres termes, est surtout difficile; mais le bacille acclimaté sur un premier milieu nutritif se prête ensuite admirablement à la vie sur les milieux artificiels appropriés: il pousse abondamment, il pousse de plus en plus vite.

Quelle fut la condition de réussite découverte par MM. Nocard et Roux? Chacun le sait, il a suffi à ces savants d'ajouter aux milieux nutritifs ordinaires (bouillon, gélose, sérum) une certaine quantité (5 à 8 pour 100) de glycérine pour rendre le milieu favorable à l'évolution du bacille.

L'addition de glucose ou de dextrine et de peptone à ces milieux glycérinés les améliore encore et les rend propices entre tous à la culture du bacille de Koch.

Avec ce bacille, cultivé de nouvelles et intéressantes expériences devenaient possibles, de nouvelles acquisitions étaient assurées. Je n'en citerai qu'une bien frappante. Inoculez ces cultures pures de tuberculose dans les veines d'un lapin, d'une poule, l'animal maigrit et meurt rapidement. Vous l'ouvrez : pas un seul tubercule macroscopique, pas un ; explorez les poumons, le foie, la rate, vos recherches seront vaines. Une seule chose est visible à l'œil nu : la tuméfaction de la rate. Voilà donc une tuberculose infectieuse, sans un seul tubercule, forme nouvelle, originale de la maladie. La preuve de la nature tuberculeuse de l'affection est facile à donner : la rate, le foie, sont remplis de myriades de bacilles de Koch.

La vitrine de M. Nocard est riche en cultures de tuberculose ; voici d'abord, dans la partie droite de la vitrine, une série de matras; ils renferment du bouillon peptonisé, glycéronisé, glycosé, et chacun d'eux contient une culture de tuberculose; ici la culture est jeune; là, dans une série voisine, elle est ancienne: le bouillon est fortement troublé, louche, un dépôt s'est amassé dans le fond; les parois sont salies par un voile de culture. Dans la partie gauche de la vitrine vous verrez une série de tubes de gélose glycérinée glycosée, à la surface de laquelle s'étale la culture de tuberculose avec son aspect tout spécial de traînée blanche, jaunissant légèrement avec le temps ; un tube de sérum glycériné glycosé montre la culture du bacille de Koch sur ce milieu. Plus favorable peut-être que la gélose pour la mise en train de la culture, le sérum lui est inférieur dans la culture en série.

Les premières cultures que tenta M. Nocard en 1885, il les fit non dans un milieu glycériné, mais sur du sérum peptonisé, salé et sucré; le sérum dont MM. Roux et Nocard firent usage dans leurs premiers essais, celui qu'ils emploient aujourd'hui, n'est pas récolté suivant la méthode de Koch, mais d'après un procédé infiniment plus sûr et donnant un produit beaucoup plus beau. Ce procédé, nous en voyons l'instrument dans la vitrine de M. Nocard sous l'étiquette *vase à sérum*. C'est dans ce vase stérile que le sérum coulera directement de la veine de l'animal (cheval ou bœuf); le produit, nous le voyons dans deux pipettes Chamberland contenant l'une du sérum de bœuf, l'autre du sérum de cheval; tous deux parfaitement limpides, d'un beau jaune ambré. Il suffira de faire gélatiniser ce sérum par la chaleur pour avoir un excellent milieu de culture.

Poursuivons la revue de la vitrine; dans la partie gauche nous voyons une série de matras de culture contenant du lait coagulé; c'est sous l'influence du développement de deux microbes différents bien curieux l'un et l'autre que s'est faite cette coagulation.

Ces deux microbes sont les microbes des mammites : *mammite des vaches laitières; mammite gangreneuse des brebis laitières* (araignée), que les travaux de M. Nocard nous ont fait connaître. Mes lecteurs ne sauraient m'en vouloir de leur dire un mot de ces deux affections qui ne

leur sont peut-être pas très familières et qui pourtant présentent un très réel intérêt.

La mammite contagieuse des vaches laitières est extrêmement répandue et se caractérise surtout, en dehors de lésions de la mamelle indurée en noyau, par l'altération du lait qui se coagule rapidement au sortir du pis; ce lait est acide, il suffit d'une seule vache atteinte de cette mammite pour faire coaguler toute la traite de la ferme; il suffit d'une seule vache malade pour introduire l'affection dans une étable jusque-là saine, pour contaminer toutes les autres vaches.

Le microbe agent de la mammite est un streptocoque formant entre les globules du lait, sur une préparation, les plus élégants dessins.

Quelques-uns des matras dont nous parlions ci-dessus renferment une culture de ce streptocoque. Les autres sont des cultures du microcoque de l'araignée.

Voilà une maladie bien étrange, bien saisissante. Les bergers du pays de Larzac, voyant les mamelles de leurs brebis ainsi frappées d'une gangrène foudroyante, s'étaient imaginé que la piqûre d'une *araignée* en était la cause, de là le nom expressif d'*araignée* sous lequel cette mammite était connue. En vingt-quatre à quarante-huit heures, la mamelle est gangrenée et l'animal est tué. Lésions de la mamelle, infiltration œdémateuse du tissu cellulaire sous-cutané de la région inférieure du tronc, lésions congestives de l'intestin: voilà l'anatomie pathologique de la maladie.

Le microbe n'existe que dans le lait, et l'œdème nulle part ailleurs, et pourtant l'animal est tué en quarante-huit heures; on se figure de quelle toxicité effrayante sont les produits élaborés par ce terrible microcoque.

L.-H. THOINOT.

(*A suivre.*)

NÉCROLOGIE

La semaine dernière nous apprenions la mort tragique de M. Louis Alcindor, interne des hôpitaux, victime d'un accident sur les bords du lac de Thun, à Günten, le 22 août, quelques heures avant son retour à Paris.

Louis Alcindor, né à la Pointe-à-Pitre en mars 1863, vint de bonne heure en France. Il y fit des études sérieuses qu'il termina au lycée Louis-le-Grand. Il prit sa première inscription à l'École de médecine en 1880; puis fut nommé en 1882 externe des hôpitaux. Un deuil cruel et la pieuse mission de ramener en France les restes de son frère mort à Alger l'obligèrent à abandonner le concours de l'internat, au mois d'octobre 1885. L'année suivante, il obtint la troisième place à ce même concours. D'abord interne à Bicêtre, dans le service de M. Charpentier, puis à la Charité dans celui de M. Desnos, il faisait sa troisième année d'internat auprès de M. Dujardin-Beaumetz, à l'hôpital Cochin. En même temps il travaillait à sa licence ès sciences naturelles, qu'il comptait acquérir dans quelques semaines.

Tel est le résumé succinct de sa vie; c'est à peu près l'histoire des cinquante internes qui tous les ans se répartissent dans les services hospitaliers. Mais ceux qui connurent Alcindor savent quelles espérances étaient fondées sur lui et combien peu, parmi ses collègues, avaient les mêmes chances de fournir une éclatante carrière.

Vivant au milieu des siens, occupé des soins de sa famille, de l'éducation de son petit enfant et du fils de son frère que son affection avait adopté, il travaillait assidûment et sans bruit. D'une modestie exagérée, il ne recherchait nullement cette attention dont il était l'objet partout où il était présent. Pour ses camarades, ce fut le meilleur compagnon. Il s'était confiné à dessein dans la fréquentation d'un nombre très limité d'intimes: il s'était donné à eux tout entier. Pour ceux-là, sa perte est cruelle.

Les obsèques d'Alcindor ont eu lieu le 26 août, à Paris. Ses collègues et ses amis des hôpitaux lui rendirent les derniers devoirs. L'administration de l'Assistance publique et M. le directeur de Cochin honorèrent dignement ses funérailles. Les malades de son service lui envoyèrent leur touchant témoignage de reconnaissance. Et M. le docteur Charpentier, médecin de Bicêtre, lui fit, au nom de tous, un adieu plein de cœur et d'émotion. Pendant un an, Alcindor était resté auprès de lui, et lui avait laissé cette belle impression exprimée publiquement sur sa tombe.

Les amis d'Alcindor, s'ils ont l'inappréciable regret de n'avoir de lui aucun écrit suivi, retrouveront au moins dans ses livres préférés les annotations nombreuses qui leur rappelleront l'éclat de son esprit, les vastes conceptions de son intelligence et la sûreté de son jugement.

A. LÉTIENNE.

— Nous avons le regret d'annoncer le décès de MM. les docteurs Dupouy, de Bordeaux; Saint-Cyr père, de Nevers; Wasscige, professeur d'obstétrique à la Faculté de Liège; Mott, professeur de chirurgie au Bellevue hospital medical college de New-York.

EXPOSITION. — M. le docteur A.-J. Martin fera le mercredi 18 septembre, à quatre heures, une conférence publique, dans la salle des conférences du Trocadéro, sur « l'hygiène et les hygiénistes autrefois et aujourd'hui ».

MORTALITÉ A PARIS (34e semaine, du 18 au 24 août 1889. — Population: 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 30. — Variole, 2. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 35. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 175. — Autres tuberculoses, 16. — Tumeurs: cancéreuses, 54; autres, 9. — Méningite, 35. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 51. — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 9. — Maladies organiques du cœur, 49. — Bronchite aiguë, 14. — Bronchite chronique, 16. — Broncho-pneumonie, 18. — Pneumonie, 32. — Gastro-entérite: sein, 23; biberon, 101.—Autres diarrhées, 2. — Fièvre et péritonite puerpérales, 6. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 22. — Sénilité, 30. — Suicides, 10. — Autres morts violentes, 9. — Autres causes de mort, 140. — Causes inconnues, 12. — Total: 929.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Manuel pratique de la garde-malade et de l'infirmière, publié par M. le docteur Bourneville, avec la collaboration de MM. Blondeau, de Boyer, Ed. Brissaud, Budin, P. Kéraval, G. Manoury, Monod, Poirier, Ch.-H. Petit-Vendel, Pinon, P. Regnard, Sevestre, Sollier et P. Yvon. 4e édition revue et augmentée. Cet ouvrage, adopté par les écoles départementales et municipales d'infirmiers et d'infirmières du département de la Seine, est divisé en cinq volumes, dont les titres suivent:

Tome I: Anatomie et Physiologie. 2 fr.
Tome II: Administration et comptabilité hospitalière. 2 fr.
Tome III: Pansements. 3 fr.
Tome IV: Femmes en couches; soins à donner aux aliénés; médicaments. Petit dictionnaire. 2 fr.
Tome V: Hygiène.
Les cinq volumes réunis. 7 fr. 50

L'hygiène à l'école (pédagogie scientifique), par M. le docteur A. Collineau (*Bibliothèque scientifique contemporaine*). 1 vol. in-16 de 313 pages avec 50 figures. Paris, 1889. J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

Étude des maladies du système nerveux en Russie, rapport adressé à M. le ministre de l'Instruction publique, par M. F. Raymond. Une brochure in-8° de 80 pages avec figures dans le texte. Paris, O. Doin. 3 fr.

Manuel d'ophthalmologie, guide pratique à l'usage des étudiants et des médecins, par MM. les docteurs L. de Wecker et J. Masselon. 1 vol. in-8° avec 576 figures intercalées dans le texte. Paris, Lecrosnier et Babé. 20 fr.

L'année médicale (11e année). Résumé des progrès réalisés dans les sciences médicales, publié sous la direction du docteur Bourneville. 1 vol. in-12. Paris, Lecrosnier et Babé. 4 fr.
Prix des tomes I à X. 16 fr.

Étiologie de la myopie, par M. le docteur G. Martin. 1 vol. in-8°. Paris, Lecrosnier et Babé. 1 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

20242. — MOTTEROZ. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 11 septembre 1889.

Académie de médecine : **Absinthisme.** — *Congrès international de médecine vétérinaire :* **Prophylaxie de la tuberculose; police sanitaire des épizooties.**

Les curieuses recherches, communiquées par MM. Cadéac et Albin Meunier à l'Académie, serrent d'un peu plus près qu'on ne l'avait fait jusqu'ici, le problème toujours grave de l'absinthisme. Dans ces recherches, il nous paraît y avoir deux éléments à considérer : d'une part, l'élégance de la méthode expérimentale, simplifiée grâce à l'appareil de Chauveau et habilement mise en œuvre; d'autre part, leurs conséquences au point de vue de la consommation et de la toxicité relative des divers composés examinés. Si l'on rapproche ces expériences de celles de MM. Maurice Perrin, Dujardin-Beaumetz et Audigé, Lancereaux, Laborde et Magnan, etc., pour ne citer que nos compatriotes, on est frappé des caractères toxiques qu'on rencontre constamment chez tous ces produits imaginés depuis peu d'années et dont on ne sait si l'on doit le plus redouter l'arome ou les soi-disant qualités apéritives. La liqueur d'absinthe est un poison plus ou moins lent, mais sûr, personne ne l'ignorait; mais il est intéressant de voir que c'est à l'anis et à la badiane qui y entrent, pour une part relativement importante, que l'intoxication est due bien plutôt qu'à l'essence d'absinthe elle-même. Si l'on poursuit cette sorte de dissociation des éléments qui entrent dans la fabrication des liqueurs, on arrivera peut-être à pouvoir éliminer de leur préparation les produits les plus dangereux et, sans en modifier outre mesure le goût, à en diminuer la toxicité jusqu'à la rendre presque insignifiante. C'est là assurément l'un des plus heureux résultats que l'on peut espérer de la continuation et de la généralisation des recherches de MM. Cadéac et Albin Meunier, et ces résultats auront sur la santé publique une importance dont on ne connaît pas assez toute la valeur. Nous n'en citerons pour preuve que le fait suivant : en rentrant hier de l'Académie nous avons eu la curiosité de compter les consommateurs attablés devant les cafés que nous trouvions sur notre chemin, au nombre de 17 : nous y avons aperçu 227 buveurs, dont 183 buvaient de la liqueur d'absinthe !

— C'est aussi une question de consommation, intéressant encore davantage la santé publique, que le Congrès international de médecine vétérinaire a traité la semaine dernière. Au lendemain des discussions, ébauchées devant l'Académie, sur la prophylaxie de la tuberculose à propos des Instructions populaires, rédigées par la Commission permanente du Congrès de la tuberculose, il n'est pas sans intérêt de savoir comment cette question est envisagée par le corps des médecins-vétérinaires. Sur un rapport très remarquable de M. Arloing, le Congrès a été unanime pour demander que la tuberculose soit partout classée parmi les maladies contagieuses, visées par la police sanitaire. Il y a lieu d'éliminer de la consommation de l'homme et des animaux les viandes provenant d'animaux tuberculeux, mammifères et oiseaux, quel que soit le degré de la tuberculose et quelles que soient les qualités apparentes de la viande. On peut toutefois permettre l'utilisation du cuir et des productions cornées du bœuf tuberculeux après les avoir désinfectées, ainsi que l'utilisation du suif s'il y a lieu. D'autre part, il doit être interdit de faire servir le lait des vaches tuberculeuses à l'alimentation de l'homme; pour cela, une surveillance convenable est nécessaire sur les vacheries entretenues dans les grandes villes ou à leur voisinage pour la production du lait, et il importe de répandre par tous les moyens possibles l'usage de faire bouillir le lait, dont on ignore la provenance, avant de le consommer. Ces déclarations consacrent de nouveau l'opinion soutenue devant l'Académie par MM. Villemin et Verneuil; il faut espérer que la Commission, nommée pour clore ces débats, apportera une solution précise, adoptant cette opinion, ou, si elle croit devoir en proposer le rejet, ne se déterminant que d'après des faits positifs nettement établis. Il n'est plus permis en effet d'effleurer seulement une telle question; l'hygiène publique exige qu'une solution ferme intervienne, sinon l'opinion restera désorientée, pour le plus grand dommage des populations de plus en plus décimées par ce véritable fléau, plus dévastateur que les pestes de l'antiquité ou les maladies exotiques de nos jours. Tarir l'une des sources les plus probables de la tuberculose humaine, tel est le but à atteindre.

Malheureusement ici, comme pour tant de questions sani-

taires, la prophylaxie individuelle ne saurait suffire; aussi le Congrès a-t-il dû proclamer la nécessité absolue de généraliser l'inspection des viandes de boucherie et de la confier exclusivement aux vétérinaires, seuls compétents pour apprécier la salubrité ou le danger de ces viandes. Jusqu'ici, cette inspection n'existe en réalité que dans les grandes villes; aussi les propriétaires des animaux suspects les font-ils abattre dans la banlieue ou dans les villages, où les tueries particulières des bouchers et des charcutiers ne sont pas effectivement soumises à la surveillance des vétérinaires sanitaires; il en résulte que ces viandes insalubres sont consommées dans les campagnes ou sont expédiées dans les grandes villes, sous une forme qui ne permet pas ou ne permet que rarement d'apprécier leur état de salubrité. Pour supprimer cet état de choses et avec lui les accidents fréquents et graves que provoque l'usage alimentaire de ces viandes malsaines (et ceux qui viennent de se produire au camp d'Avor en sont un saisissant exemple), le congrès a demandé que les tueries privées soient fermées et que les bouchers et charcutiers ne puissent abattre leurs sujets que dans un abattoir communal ou cantonal, toujours ouvert à la surveillance rigoureuse des agents sanitaires. D'autre part le Congrès a fixé la nomenclature des épizooties pour l'extinction desquelles il est nécessaire de recourir à l'abatage des animaux malades et il a voté la création d'une caisse spéciale des épizooties, destinée à assurer le payement des indemnités dues aux propriétaires de ces animaux, en réparation des sacrifices qu'on leur impose au nom de l'intérêt commun. Enfin, il a formellement demandé qu'il fût établi une convention internationale concernant les mesures à prendre contre les épizooties et il a tracé les grandes lignes du service sanitaire international à instituer. La haute utilité de ce service n'est plus à démontrer; s'il eût existé en 1865, la Hollande et l'Angleterre eussent certainement échappé aux effroyables ravages de l'épizootie de peste bovine qui décima leur bétail et dont la France ne fut préservée que par la clairvoyance et l'esprit de décision de l'illustre H. Bouley, dont la statue a été solennellement inaugurée il y a huit jours à l'École d'Alfort.

THÉRAPEUTIQUE

Les dangers et la toxicité des antithermiques analgésiques de la famille des anilides.

Il est grand temps que les physiologistes viennent au secours des thérapeutistes. Ils apporteront fort à propos, je pense, quelque lumière et un peu d'ordre dans l'étude des agents auxquels on décerne le nom générique d'antithermiques analgésiques.

Ils sont nombreux; ils sont variés : chaque jour on en annonce de nouveaux, et, à entendre leurs inventeurs, ceux d'aujourd'hui surpassent toujours ceux d'hier. Que seront donc ceux de demain?

L'autre jour, pendant le débat académique sur le diabète, un orateur demandait aux initiateurs de remèdes inédits de multiplier l'expérimentation de ces médicaments sur les animaux avant de les administrer à l'homme. Ces doléances sont raisonnables. Plus d'un praticien les formule; car plus d'un a, dans ces derniers temps, appris à redouter les surprises que les improvisations thérapeutiques réservent au médecin et au malade.

Comment se reconnaître dans cette foule de médicaments? Beaucoup possèdent entre eux une parenté chimique. Ne serait-il pas profitable de comparer les propriétés de chacun d'eux, de les grouper ensuite et de déterminer ainsi le signalement physiologique du groupe auquel ils appartiennent? Après la synthèse, l'analyse; en thérapeutique tout comme en logique, il semble qu'on s'accommoderait bien de cette méthode.

Je le prouve en entrant dans l'examen comparatif des propriétés de quelques antithermiques analgésiques de la famille chimique des anilides. Toutefois, avant de pénétrer plus avant, je tiens à constater qu'il ne s'agit pas ici d'un procès de tendance, mais d'une question d'actualité dont la discussion impartiale est, somme toute, bien à l'ordre du jour.

I

L'histoire générale des antithermiques analgésiques est courte et surtout banale. Inutile d'insister sur ses divers épisodes.

En 1874, Buss et Reissos administraient l'acide salicylique aux fiévreux. C'était un retour de quarante-sept années en arrière et aux tentatives trop peu citées de Leroux (de Vitry-le-François).

En 1876, Stricker l'applique au traitement du rhumatisme articulaire aigu. Il abaisse ainsi la température, calme la douleur, et, sans prévoir la nomenclature de l'avenir, acquiert ainsi à l'acide salicylique le droit de porter le nom alors inconnu d'antithermique analgésique.

Auparavant, faut-il le rappeler, on avait prescrit l'acide phénique contre la fièvre et reconnu ses inconvénients.

En 1877, Andeer, en Allemagne, M. Dujardin-Beaumetz en France, substituent la résorcine à l'acide phénique. On essaye aussi la pyrocatéchine et l'hydroquinone. Ces tentatives eurent pour objet l'utilisation des dérivés hydroxylés du benzol et pour résultat, je m'empresse de l'ajouter, des échecs quand on voulut les employer au titre d'antithermiques analgésiques.

Alors, deuxième période de l'histoire médicale des antithermiques analgésiques. On s'adresse à la quinoline, ou plutôt à deux benzols qu'on en obtient : la kairine en 1882 et la thalline en 1883. C'était une erreur; ces corps sont des poisons du sang : on reconnaît leur action destructrice sur l'hémoglobine, et on les abandonne.

Le découragement envahit le camp des inventeurs. D'abandon en abandon on allait même abandonner les dérivés de la quinoline, au moment où — découverte opportune — Knor obtient la dyméthyleoxyquinizine qui, on le sait assez, a obtenu toutes les faveurs des thérapeutistes sous le nom d'emprunt d'antipyrine.

Nous sommes en 1886 : c'est l'année où l'acétanilide prend place dans l'arsenal des médicaments antithermiques. C'est l'année où les observateurs orientent différemment leurs recherches et demandent à la famille des anilides des médicaments susceptibles de faire concurrence à l'antipyrine.

Un an après, on essaye l'acétophénétidine, dont on change le nom en celui de phénacétine. Passons, cet amidophénate d'éthyle ne possède qu'une parenté collatérale avec les anilides.

En 1888, Kohn et Hepp signalent la benzanilide; et, tout récemment, en 1889, M. Dujardin-Beaumetz présente à l'Académie des sciences et recommande aux médecins l'exal-

gine, qu'il venait, avec M. Bardet, de prendre pour une toluide, mais qui, il l'a loyalement reconnu depuis, n'est autre que la méthylacétanilide, substance découverte, il y a quatorze ans, par Beilstein et Kuhlberg, décrite par Hoffmann, et, enfin, durant l'hiver dernier, étudiée par M. Binet (de Genève).

Le 9 mars dernier, cet habile observateur exposait, en effet, aux membres de la Société de chimie de Genève le résumé de ses travaux, et devançait la note que nos savants compatriotes communiquaient huit jours plus tard à l'Académie des sciences.

Mais je m'arrête, il en est temps. Actuellement, on le voit, les thérapeutistes ont pour tendance d'emprunter des remèdes à la famille des anilides. N'est-il pas urgent, utile et prudent de mesurer la valeur physiologique et la toxicité de quelques-uns de ces agents médicamenteux?

M. Binet a essayé, dans ce but, la formanilide, la méthylformanilide et la méthylacétanilide. On en trouvera l'exposé dans les numéros d'avril et de mai dernier de la *Revue médicale de la Suisse romande*, sous le titre de *Recherches physiologiques sur quelques anilides.*

De notre côté, au laboratoire de thérapeutique de l'hôpital Bichat, j'ai aussi étudié sur les animaux les effets de l'exalgine, c'est-à-dire de la méthylacétanilide des chimistes que M. H. Huchard essayait sur les malades de son service. J'emprunte donc à ces sources les documents physiologiques nécessaires à mon argumentation.

II

Inutile de s'attarder à la composition de ces anilides. Les chimistes nous ont appris leur analogie avec les amides. L'aniline ou phénylamine, cela va sans dire, est le type du groupe. Que dans sa formule $C^6H^5AzH^2$, on remplace un équivalent d'hydrogène par le radical formyle ou par le radical acétyle, on obtient la formanilide C^6H^5Az,H,HCO, et l'acétanilide C^6H^5Az,H,CH^3,CO. Ce sont des anilides simples.

Les chimistes nous enseignent encore qu'un second équivalent d'hydrogène demeure en disponibilité, et que ces anilides simples deviennent au besoin des anilides composés par la substitution du radical alcoolique méthyle à cet équivalent d'hydrogène. D'où l'origine de la méthylformanilide représentée par C^6H^5Az,CH^3,HCO, et de la méthylacétanilide avec C^6H^5Az,CH^3,CH^3CO pour formule.

Ces corps — est-il besoin de le dire? — occupent une position modeste dans la hiérarchie chimique des anilides. Ils ont, par contre, une propriété précieuse pour l'expérimentation, et que d'autres, plus élevés dans la série, ne possèdent point : je veux parler de leur solubilité dans l'éther, l'alcool et l'eau légèrement tiédie. Enfin, ajoutons que si la méthylformanilide est un liquide faiblement odorant, peu coloré et légèrement volatil, la formanilide et la méthylacétanilide se présentent sous la forme cristalline, et, conséquemment, s'obtiennent à l'état de pureté absolue.

Assez de chimie : quelle est l'action physiologique et toxique de ces anilides? Correspond-elle aux puissantes propriétés chimiques de ces corps? Que l'on en juge.

Voici la formanilide et la méthylformanilide. Malgré la diversité de leurs qualités physiques et de leur constitution physique, malgré la présence du radical méthyl dans la seconde, elles n'en provoquent pas moins des effets physiologiques absolument semblables chez les batraciens, les oiseaux ou les mammifères.

La première est sans doute moins active que la seconde. Pour tuer un cobaye, il faut 7 décigrammes de formanilide et seulement 4 à 5 centigrammes de méthylformanilide par chaque 100 grammes du poids de l'animal. Eh bien, la méthylformanilide possède une toxicité plus grande, et j'ai vu 15 milligrammes de cette substance entraîner la mort rapide, quand, pour un cobaye du même poids de 300 grammes, il fallait injecter cette formanilide à la dose de 3 à 4 centigrammes.

Ces chiffres permettent donc d'ordonner ces quatre anilides en fonctions de leur puissance toxique : au premier rang, la méthylacétanilide; au second, l'acétanilide et la méthylformanilide; au troisième, enfin, la formanilide.

Ils légitiment encore une autre conclusion, à savoir que la toxicité des antithermiques de la famille des anilides augmente en raison directe de leur poids moléculaire.

Voilà, ce semble, des résultats expérimentaux dignes de méditation pour les observateurs qui s'efforcent de trouver un antithermique analgésique parmi les corps de cette famille. Après cela, il serait fort naïf de rappeler les services que la physiologie expérimentale ainsi appliquée rend à la clinique, si nous n'étions pas dans un temps où on semble parfois les contester.

III

Comparons le mode d'action de ces anilides sur l'organisme des animaux. Nous y trouverons peut-être le secret de leurs vertus médicinales et des dangers de leur administration aux malades. La formanilide, la méthylformanilide et la méthylacétanilide modifient la plupart des grandes fonctions : système nerveux, système musculaire, circulation, hématose.

Elles altèrent le sang. Après l'administration de l'acétanilide, le sang artériel des animaux change de couleur; de rutilant, il devient brunâtre; d'où cette anémie, signalée par M. Lépine, par l'emploi prolongé de ce médicament, d'où aussi la cyanose des téguments dans les cas d'empoisonnement thérapeutique aigu. Au moyen de l'ingénieuse méthode hématoscopique de notre savant confrère M. Hénocque, on reconnaît la réduction graduelle de l'oxyhémoglobine et l'apparition de la raie de la méthémoglobine dans le champ du spectroscope. Les hématies, il est vrai, ne sont pas détruites, la numération le prouve; elles conservent leur forme; cependant voici que l'analyse des gaz extraits du sang par la pompe à mercure démontre une diminution de l'oxygène ; voici de plus qu'analysé par M. Aubert, le liquide sanguin contient une moindre proportion de fibrine.

Ces données expérimentales ne sont pas inédites. L'acétanilide, on le sait bien, est un poison du sang et un modérateur de l'activité des échanges. La formanilide et la méthylformanilide et surtout la méthylacétanilide lui sont-elles supérieures à ce point de vue? C'est là ce qu'il importerait de démontrer. Les faits répondent négativement.

Je le prouve. Que l'on administre aux animaux une dose suffisamment élevée de formanilide ou de méthylformanilide, on observe de la cyanose et le sang artériel devient brunâtre. Par l'examen spectroscopique, M. Binet a vu la raie de la méthémoglobine; par contre, l'appareil de Sahli permet de constater l'absence de variation dans la valeur colorimétrique et le compte-globules de Malassez, l'absence

de toute modification quantitative des éléments figurés du sang.

Avec la méthylacétanilide, mêmes phénomènes: cyanose, coloration jus de pruneaux du sang, réduction de l'oxyhémoglobine, abaissement de 10 pour 100 de la valeur colorimétrique du sang, diminution, assez faible d'ailleurs, du nombre des globules; dans le sang d'un cobaye mis en expérience par M. Binet, leur nombre descendit de 3700000 à 3050000.

Ces composés de la famille des anilides partagent donc bien avec l'acétanilide le redoutable privilège d'agir comme des poisons du sang et de produire l'asphyxie des hématies.

Ces dangers ont fait naguère condamner l'emploi de l'acétanilide. Ne suffisent-ils pas pour mettre en défiance contre la prétendue innocuité des autres anilides et en particulier de la méthylacétanilide?

IV

Après le sang, les vaisseaux et le cœur. *Ces substances modifient la circulation.* L'acétanilide augmente la tension artérielle à faibles doses thérapeutiques; elle l'abaisse à doses toxiques. La formanilide et la méthylformanilide exercent une action moins nette sur la pression artérielle. Dans l'une de ses expériences, M. Binet l'a vue s'abaisser; dans une autre, il a noté son augmentation. Voilà donc des résultats contradictoires.

Avec la méthylacétanilide, ils le sont moins; par l'injection intraveineuse de ce médicament, la tension augmente chez le lapin. M. Binet a pu le remarquer et nous l'avons aussi constaté. Que conclure? Sinon à la faible influence des anilides sur la pression artérielle et à la modestie de leurs propriétés vasculaires.

Agissent-elles plus sur la respiration? *Toutes accélèrent et troublent les mouvements respiratoires.* Par leur ensemble, ces troubles révèlent une dyspnée toxique. En fait, ce sont là des phénomènes d'asphyxie.

Inutile de s'arrêter plus longtemps sur ce point. J'arrive à l'*action des anilides sur la température.*

On espérait obtenir d'elles des effets antithermiques. Cette espérance était-elle légitime?

Les doses faibles de formanilide et de méthylformanilide, d'après M. Binet, abaissent constamment et graduellement la température de 1 à 2 degrés, après quelques instants. Après les doses moyennes de 4 à 5 degrés, la colonne thermométrique descend pendant trois quarts d'heure. Après des doses mortelles, sa chute est considérable et elle va jusqu'à 12 à 15 degrés dans l'espace de deux à trois heures.

Même proportionnalité entre la toxicité des doses employées et la diminution de la température, quand on injecte la méthylacétanilide sous la peau, dans le rectum ou dans l'estomac des animaux. A doses physiologiques? Un abaissement de 1 degré. A doses toxiques? Chute de la colonne thermométrique allant à 8 degrés dans nos expériences et jusqu'à 10 dans celles de M. Binet.

Bref, ces anilides abaissent la température, à la manière de l'acétanilide, en ralentissant les échanges et en diminuant les oxydations.

Antithermiques ils sont donc, personne n'en doute. Il resterait à savoir s'ils peuvent prétendre au rôle si important d'antihyperthermique, selon l'expression si clinique et si judicieuse de M. Huchard. L'expérimentation physiologique ne le dit pas et ne peut pas le dire. D'autre part ces essais cliniques offrent des dangers. Admettre que ces agents sont des *modificateurs de la température* est donc exact; aller au delà, serait téméraire.

V

Quelle est la voie d'élimination de ces anilides? L'urine des animaux soumis à l'action de ces substances réduit la liqueur cupro-potassique et, de l'avis de M. Binet, en raison de la présence probable d'un dérivé glycuronique. De plus, par l'iodophénol réaction, notre confrère genevois a décelé dans ce liquide la présence du para-amidophénol. Ce sont aussi les réactions signalées dans les urines par Muller, Jaffe, Hubert, Horner et autres, après l'administration de l'acétanilide.

Est-il besoin de développer les conséquences cliniques de ce fait? L'intégrité du rein des malades auxquels on administre ces substances sera une nécessité et une garantie contre l'intoxication. On s'en doutait bien d'ailleurs. D'autre part, d'après la présence du para-amidophénol dans les urines, on conclura que les anilides s'oxydent dans l'organisme et on soupçonnera à titre d'hypothèse, mais seulement à ce titre, que cette oxydation se produit aux dépens de l'oxyhémoglobine.

On a émis des hypothèses plus téméraires, celle-ci en vaut bien d'autres. Elle suffit pour excuser les scrupules de ceux qui hésitent à prescrire de tels agents médicamenteux.

Trêve aux hypothèses, les faits suffisent, arrivons à l'*influence de ces agents sur le système musculaire et le système nerveux.*

L'expérimentation a donné les résultats suivants : les doses modérées de formanilide provoquent l'inertie musculaire, la lenteur des mouvements, une sorte de torpeur, l'abolition ou du moins la diminution des réflexes. En arrêtant ici l'expérience, l'animal peut survivre; il survit même le plus souvent. Dans l'espace de quelques heures, s'il s'agit d'un mammifère, et de quelques jours, s'il s'agit d'une grenouille, les troubles musculaires s'atténuent, la motilité reparaît, mais, phénomène bien constaté par M. Binet chez les batraciens, il reste du tremblement et de l'ataxie des mouvements.

A doses plus élevées, l'abolition de la motilité est absolue et l'excitabilité nerveuse presque éteinte. Plus de réponse au choc galvanique des nerfs. Un bruit subit, le claquement des mains, provoque bien encore une secousse musculaire dans les membres. Puis, c'est tout. L'animal, inerte, couché sur le flanc et les yeux mi-clos, est en collapsus, mais sans convulsions, sans perte des réflexes et sans abolition de la sensibilité à la douleur.

Administre-t-on d'emblée une dose hypertoxique de formanilide ou de méthylformanilide? La période de torpeur est abrégée, des convulsions toniques secouent les membres, mais ces convulsions durent peu, la respiration s'embarrasse, les muqueuses se cyanosent, la température s'abaisse rapidement et la mort arrive pendant le coma. C'est du collapsus avec convulsions.

La formanilide et la méthylformanilide sont donc des agents qui paralysent la motilité. C'est une propriété que la méthylacétanilide partage avec elles.

Les grenouilles auxquelles M. Binet injectait cette substance éprouvaient une semblable inertie et une semblable torpeur musculaires. Cependant laissons ces batra-

ciens et arrivons aux animaux occupant un rang plus élevé dans la hiérarchie zoologique.

L'action de la méthylacétanilide sur les mammifères intéresse plus directement les thérapeutistes. Voici en abrégé le procès-verbal de l'une des expériences entreprises au laboratoire de thérapeutique de l'hôpital Bichat. Un cobaye de 200 grammes reçoit sous la peau de l'abdomen 2 centigrammes de méthylacétanilide. Cette substance — est-il besoin de le répéter — n'était autre que l'exalgine fournie au laboratoire par la pharmacie de l'hôpital et proposée pour l'usage des malades.

L'injection est douloureuse; une minute s'écoule, l'animal tremble et marche en sautant. Vers la fin de la seconde minute, et sans autres phénomènes prémonitoires, des convulsions l'agitent brusquement. Ce sont des convulsions cloniques, tantôt généralisées dans les quatre membres, tantôt limitées alternativement dans le train antérieur ou le train postérieur. Un léger pincement cutané, un bruit faible, mais inopiné, l'ébranlement de la table, bref, la plus petite excitation les exagère.

L'agitation convulsive cesse-t-elle? Eh bien, durant les intervalles de repos, les muscles ne reprennent pas toute leur souplesse. Ils résistent aux mouvements communiqués, et cette rigidité se reproduit encore, même après avoir été vaincue une première fois. L'intoxication évolue rapidement, l'animal s'agite; sa gêne respiratoire est extrême, il a de la cyanose; les crises se multiplient et le collapsus augmente; ce sera bientôt la mort. Celle-ci arrive dans l'espace de huit minutes après l'administration de la méthylacétanilide.

On ouvre les cavités viscérales, le sang est de couleur brunâtre, les poumons d'aspect feuille morte; il y a des taches ecchymotiques à leur base, la vessie contient à peine quelques gouttes d'urine; puis, c'est tout; rien au cœur, rien aux centres nerveux. En résumé, le sang et les organes de cet animal ont l'aspect asphyxique.

M. Binet a constaté lui aussi ces mêmes phénomènes: convulsions cloniques épileptoïdes, collapsus, asphyxie. De plus, par des inhalations d'éther sulfurique, il a pu suspendre les convulsions, et, par la section de la moelle dorsale, limiter les mouvements convulsifs aux membres antérieurs.

MM. Dujardin-Beaumetz et Bardet ont noté, eux aussi, la provocation du tremblement et des mouvements impulsifs, après l'administration de l'exalgine. En outre, ils signalent la diminution de la sensibilité à la douleur avec la conservation de la sensibilité tactile. Cette bonne fortune expérimentale n'a été ni celle de M. Binet, ni la nôtre.

Il est vrai que nous expérimentions sur des animaux, et que, c'est une consolation pour nous, aucun de ces derniers, cobaye ou lapin, n'a pu, jusqu'à présent, je le pense, renseigner les expérimentateurs sur la différenciation des sensations tactiles avec les sensations douloureuses.

D'autre part, pour en revenir à la famille des anilides, le procès de l'acétanilide est jugé; inutile de l'ouvrir et de le mettre à nouveau en délibéré. Arrêtons-nous plutôt à ce fait que ces diverses anilides, formanilide, méthylformanilide, acétanilide et méthylacétanilide, possèdent la commune propriété de modifier profondément les activités nerveuses.

Toutes provoquent le collapsus, et ce collapsus est, comme on l'a dit, un des symptômes dominateurs de l'empoisonnement. En tous cas, un fait paraît bien acquis, c'est l'analogie entre l'action de ces anilides et celle que l'acétanilide exerce sur le système nerveux et la motilité. Cette dernière ne provoque-t-elle pas l'inertie motrice, la torpeur, la gêne respiratoire et la diminution de l'excitabilité des nerfs périphériques? M. Lépine l'a bien montré dans les nos 44 et 45 du *Lyon médical* de 1884.

Les troubles nerveux diffèrent sans doute de modalité. Ici ils consistent dans l'inertie musculaire et la torpeur, car l'intoxication par la formanilide et la méthylformanilide semble pour ainsi dire presque silencieuse. Là, avec la méthylacétanilide, la violence des convulsions est extrême, c'est presque un empoisonnement à grand fracas.

Comment interpréter l'action des anilides sur le système nerveux et la motilité? Sont-ce des poisons musculaires? Sont-ce des poisons nervins?

Voici quelques documents expérimentaux qui, à ce point de vue, offrent un intérêt.

C'est ainsi que les muscles des animaux empoisonnés par la formanilide répondent encore aux excitations électriques.

C'est ainsi encore que par un contact direct et suffisamment prolongé avec cette même substance le myocarde et les muscles perdent définitivement leur contractilité.

D'autre part, sur les grenouilles, préparées selon la méthode de Claude Bernard, par la ligature du corps en masse, au niveau de la région lombaire, en ménageant les nerfs sciatiques et en pratiquant l'injection en aval de cette ligature, M. Binet a vu la paralysie se limiter aux muscles des régions situées en avant de la ligature, mais respecter ceux des membres postérieurs, malgré l'intégrité de leur connexion nerveuse avec l'axe médullaire.

Il y a donc lieu de croire que les diverses anilides agissent à l'instar de la formanilide et produisent des paralysies périphériques. Cependant cette action s'étend plus loin et jusque sur les centres cérébro-spinaux: à preuve l'inertie, l'abolition de la réflectivité et la diminution des activités volontaires; à preuve aussi, avec la méthylacétanilide, l'inertie du train postérieur et la limitation des convulsions dans le train antérieur des animaux dont on sectionnait transversalement la moelle dorsale, avant l'administration de cette substance sous la peau du cou.

Tel est en abrégé l'état actuel des connaissances physiologiques sur les anilides. *Toutes sont toxiques, toutes altèrent profondément les qualités; toutes aussi provoquent des troubles nerveux;* en d'autres termes, elles sont pour les physiologistes des poisons puissants.

Le thérapeutiste doit-il se conformer à cette conclusion? Oui, je pense, autrement ce serait renier le témoignage de la physiologie et la physiologie elle-même.

Trêve d'ailleurs à toute discussion, je retiens les faits seulement; ceux-ci sont réels; ceux-ci sont décisifs. L'association du radical alcoolique méthyl à la formanilide et à l'acétanilide n'a pas encore permis d'obtenir des remèdes moins toxiques bien que tout aussi antithermiques ou analgésiques que les anilides simples. Des observateurs l'espéraient et tout dernièrement annonçaient déjà la réalisation de leurs espérances. Voilà donc encore une illusion thérapeutique qui disparaît.

En outre, ces faits démontrent que, sous le nom d'exalgine, la méthylacétanilide n'est pas moins que les autres anilides un remède dont le maniement exige la plus extrême prudence. C'est l'avis de M. Binet; c'est celui d'autres observateurs; c'est aussi le nôtre.

En thérapeutique, surtout quand il s'agit de traitements hâtivement proposés et trop sommairement étudiés, la Roche Tarpéienne est donc toujours bien près du Capitole.

Ch. Éloy.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

De la récidive de la fièvre typhoïde; nouvelles preuves a l'appui, par M. le docteur Ch. Deshayes (de Rouen).

I

On ne saurait trop, n'est-il pas vrai, s'occuper d'une affection désormais classée au nombre des maladies évitables, qui fait encore chaque année, en France, plus de vingt mille victimes, et à Paris seulement près d'un millier.

A cet égard je demande la permission de revenir, pour la compléter et l'élucider, sur une question que j'ai déjà soulevée en 1886, au Congrès de Nancy : je veux parler de la récidive de la fièvre typhoïde.

A cette époque je n'étais en possession que de quelques faits, et c'était timidement, je l'avoue, que j'émettais l'idée de la récidive d'une entité morbide que tous les auteurs avaient considérée jusque-là comme n'évoluant qu'une seule fois.

Si en effet on excepte le professeur Jaccoud qui admet la possibilité de la récidive, mais la considère comme très rare et tout à fait exceptionnelle, tous ceux, que je sache du moins, anciens ou modernes, qui ont écrit sur la matière, et ils sont nombreux, professaient, hier encore, que la fièvre typhoïde, maladie virulente, agissant à titre de vaccin, préservait les individus qui en avaient été une première fois atteints, contre toute atteinte ultérieure. Je n'en veux pour preuve que le remarquable article Fièvre typhoïde, de MM. Georges Lemoine et Arnould, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, qui résume la somme de nos connaissances sur ce sujet :

« La rechute, disent-ils, ne constitue pas une seconde fièvre typhoïde : elle n'est que la deuxième manifestation d'une même imprégnation typhique survenant au moment où l'on pouvait croire l'organisme complètement débarrassé des germes morbides. Les bacilles pathogènes que l'on pouvait croire complètement éliminés, ont persisté à l'état latent, en un point ignoré, et ce foyer, à demi enkysté, est devenu, sous l'influence de circonstances favorables, le point de départ de nouvelles colonies qui envahissent tissus et organes.

« Au contraire une *récidive* est une deuxième fièvre typhoïde se produisant après un retour complet à la santé, très longtemps parfois après la fin de la première fièvre typhoïde. Il semble qu'elle soit le résultat d'une nouvelle infection due à l'insertion sur l'organisme de germes venus de l'extérieur. Nous croyons cependant, ajoutent-ils, qu'il est possible qu'elle reconnaisse la même origine que la rechute : la persistance d'un foyer local à l'état latent. »

Ils comparent cet état à ce qui se passe pour certains tuberculeux qui procèdent par poussées d'auto-réinfection.

Ils admettent cependant des cas très rares où la fièvre typhoïde reparaît au cours d'une épidémie nouvelle, chez un sujet qui a déjà été atteint plusieurs années auparavant.

Y a-t-il infection nouvelle, comme nous le croyons, ou auto-réinfection par persistance de l'ancien foyer non complètement éteint, comme le croit M. Lemoine, peu importe. En attendant, nous pensons, nous, que la fièvre typhoïde récidive bien plus fréquemment qu'on ne l'imagine.

Et c'est assurément parce que l'attention des médecins n'était pas appelée sur cette particularité, ou encore, comme je l'écrivais il y a trois ans, que la maladie a changé d'allures qu'on a pu enseigner depuis un demi-siècle que la fièvre typhoïde ne récidivait pas. Il y a donc là une erreur à combattre, ou une nouvelle phase de la maladie à enregistrer, mais il n'est plus douteux que, non moins d'ailleurs que la plupart des maladies infectieuses, la fièvre typhoïde récidive souvent.

Toutefois il est juste de reconnaître que depuis ces dernières années, un grand nombre de médecins semblent vouloir se rallier à nos idées.

Témoin le docteur Lécuyer de Beaurieux qui dans un mémoire communiqué à la séance de la Société de médecine publique du 22 février 1888, *Nouvelles recherches cliniques sur l'étiologie de la fièvre typhoïde*, dit ceci :

« La question de la récidive est bien jugée pour moi, et je l'ai observée plusieurs fois. Du reste Brouardel en cite des cas analogues dans l'épidémie de Pierrefonds ; quoique rare, elle existe certainement. »

Et en effet le professeur Brouardel dans un mémoire également communiqué à la séance de la Société de médecine publique du 26 janvier 1887, disait :

« Tous les membres de la famille F... (huit personnes) sont tombés malades.

« Quatre d'entre eux avaient eu la fièvre typhoïde antérieurement : eux seuls ne sont pas morts. Le père, cinquante-sept ans, avait eu une fièvre typhoïde grave à dix-huit ans ; la nouvelle atteinte a été assez bénigne.

« La mère, cinquante et un ans, avait eu une fièvre typhoïde extrêmement grave à dix-huit ans : la nouvelle atteinte fut bénigne.

« Une des filles, Mlle Marguerite, vingt-six ans, avait eu une fièvre typhoïde grave trois ans auparavant : elle eut pendant quelques jours des accès de fièvre survenant le soir, et accompagnés de torticolis.

« La femme de chambre, vingt-cinq ans, avait eu la fièvre typhoïde cinq ans auparavant : elle eut une nouvelle atteinte peu grave.

« La préservation semble avoir été d'autant plus grande que la fièvre typhoïde antérieure était plus récente. »

Enfin dans la discussion qui suivit ma première communication au congrès de Nancy, MM. Bouchard, Rochard, Layet, Maurel et Bernheim ont proclamé la récidive de la fièvre typhoïde, et affirmé :

Que la maladie ou l'individu s'étaient probablement modifiés depuis cinquante ans (Bernheim, Deshayes) ;

Qu'il n'y a pas de maladie infectieuse qui confère l'immunité absolue (Rochard) ;

Que les récidives existent parce que l'immunité s'éteint (Layet) ;

Enfin, que d'une manière générale, les récidives des maladies infectieuses sont fréquentes, qu'elles sont d'au moins 20 pour 100 en temps d'épidémie, mais qu'elles sont plus courtes et moins graves que la première atteinte ; que pour la fièvre typhoïde, elle confère sans doute l'immunité, mais que celle-ci est moins grande qu'on ne le croit communément, moins certainement que pour la scarlatine, la variole et la syphilis ; et à ce point de vue, que la fièvre typhoïde est comparable à la rougeole qui peut donner lieu à trois ou quatre attaques successives (Bouchard).

Voilà, n'est-il pas vrai, des arguments suffisants.

II

Sur quel terrain convient-il de chercher la preuve de ces faits ? Bien moins à l'hôpital que dans la clientèle privée.

On conçoit aisément en effet qu'il est plus facile au médecin de la famille de retrouver à une époque reculée la même affection récidivant sur un sujet contaminé dix ou quinze ans auparavant, et dont il possède déjà l'observation, dans un milieu dont l'entourage intelligent a gardé le fidèle souvenir du passé, qu'à l'hôpital dont la population essentiellement flottante se renouvelle et change à tous moments.

L'ignorance dans laquelle je suis de la langue allemande ne m'a pas permis de rechercher l'opinion des médecins de Vienne et de Berlin sur ce sujet. Je sais seulement que le docteur Odo Betz, assistant de la policlinique à l'université de Tübingen, dans sa thèse inaugurale sur le typhus abdominal, cite l'observation suivante :

« La femme Markle (de Lustnau), trente-six ans, fut atteinte en 1876 du typhus, ainsi que ses quatre enfants. Le 25 février 1881, elle en est de nouveau atteinte. L'explication, ajoute-t-il, en parait très claire. Juste devant les fenêtres de l'appartement, on vient de creuser le jardin pour des travaux, et c'est à cette même place que l'on enfouissait, il y a cinq ans, les excréments de la première maladie. »

Je ne retiens pour ma thèse que le fait de récidive, cinq ans après.

Mais à quoi bon aller chercher à Tubingen la confirmation de faits qu'il nous est si facile de contrôler en France?

Il est bien entendu, une fois pour toutes, que les cas de rechute, de réitération ou de *relapsing fever*, n'ont rien de commun avec la récidive proprement dite.

En 1886, deux de mes malades avaient eu manifestement la dothiénentérie pour la deuxième fois, à trois ans de distance.

Depuis cette époque la fièvre typhoïde, endémique dans notre région, a régné épidémiquement à Rouen en 1887-1888. Or, je n'ai cessé de m'enquérir avec soin de tous les antécédents de mes typhiques, et j'ai pu ainsi recueillir de nombreuses preuves de récidive. D'autre part, plusieurs confrères, dont le savoir et la bonne foi sont incontestables, ont de leur côté observé les mêmes faits :

M. le docteur Merry-Delabost, professeur de pathologie externe à l'École de médecine de Rouen, a bien voulu me communiquer le cas suivant :

Il s'agit d'une de ses clientes, appartenant à une riche famille, dont il est le médecin et l'ami depuis vingt ans, et où l'apparition d'une maladie telle que la fièvre typhoïde laisse toujours, dans l'esprit de chacun, médecin et parents, un souvenir ineffaçable.

Obs. I. — Ma jeune cliente, m'écrit M. Delabost, fut atteinte pour la première fois de fièvre typhoïde en octobre 1873; elle avait alors douze ans. L'affection eut un début très intense. Vers le quatrième ou cinquième jour, la température s'élevait à 40°,8. Mais elle ne tardait pas à redescendre, pour osciller entre 40 degrés, 39°,8 et 38°,5.

La fièvre n'eut somme toute qu'une intensité moyenne, mais avec des caractères très nets. Le diagnostic ne pouvait être douteux.

Ce ne fut qu'à la fin de la troisième semaine que le thermomètre descendit à 37°,4, puis à 37 degrés. Je n'ai pas retrouvé les notes recueillies à cette occasion; j'ai pu seulement mettre la main sur le tracé thermométrique qui m'a permis de vous donner les quelques renseignements qui précèdent sur la température.

Quant à la deuxième attaque de fièvre typhoïde, elle commença en décembre 1887, quatre ans après, et fut extrêmement grave.

MM. Lendet et Potain virent la malade avec moi. Le diagnostic ne présentait aucun doute, et par conséquent la récidive est absolument certaine.

Obs. II. — Une autre observation, non moins probante, est celle de M. le professeur D'Espine (de Genève). M. D'Espine, que je rencontrai au Congrès international d'hygiène à Vienne, il y a deux ans, et avec lequel je m'entretenais de cette question, me dit qu'il était lui-même un exemple vivant de la récidive.

Atteint une première fois de fièvre typhoïde très évidente, dans son adolescence, il fut à nouveau contaminé pendant son internat à Paris. La deuxième attaque de dothiénentérie à plusieurs années d'intervalle fut très grave et très longue.

Obs. III. — M. Ratiéville, cultivateur à Saint-Jacques, mobilisé en 1870, est atteint une première fois à Paris, à l'âge de vingt ans, d'une fièvre typhoïde parfaitement caractérisée, à forme hémorrhagique; épistaxis répétées, hémorrhagies intestinales. Durée, six semaines; médecin traitant, M. le docteur Berthet, de Paris.

Dix ans plus tard, M. Ratiéville, rentré dans ses foyers, contracte de nouveau la dothiénentérie ; mêmes symptômes, même tendance à l'adynamie. Mme Ratiéville, fort intelligente, très dévouée, et qui, alors jeune fille, avait assisté à la première atteinte, ne s'y trompa pas. Ce fut, m'a-t-elle confirmé, la répétition de la première attaque, mais plus grave encore, puisque le malade, cette fois, succomba.

M. le docteur Blockberger, médecin chef de l'hospice de Darnétal, qui lui donna ses soins, m'écrit :

« Quant à la maladie qui l'a emporté, ce fut bien une fièvre typhoïde. Rien n'y manqua, et ce sont des hémorrhagies intestinales qui ont amené la mort. »

De mon côté j'ai recueilli de nouvelles observations personnelles.

Obs. IV. — Mme veuve Ybert, cinquante-cinq ans, à Rouen ; il y a vingt ans, première fièvre typhoïde grave et longue: plus de deux mois ; médecin traitant, feu M. le docteur Dérocque, médecin des hôpitaux.

En 1888, mars et avril, deuxième attaque. Dothiénentérie confirmée, durée très longue, forme grave, délire... Guérison.

Obs. V. — Mme Queval, cinquante ans, épicière, rue Saint-Sever. Soignée par moi en 1883 pour une fièvre typhoïde d'intensité moyenne.

Son fils, âgé de vingt-quatre ans, avait été également atteint à la même époque.

Quatre ans après, en 1887, Mme Queval est contaminée une deuxième fois. Dothiénentérie confirmée. Meurt le vingtième jour.

Les conditions hygiéniques de la maison étaient mauvaises. Il existait notamment dans la cour une bétoire qui recevait toutes les eaux sales, et qui sans communication avec l'égout, donnait lieu, au moment des grandes chaleurs, à la fermentation des liquides et au dégagement d'odeurs nauséabondes.

Voici enfin une dernière observation des plus importantes au point de vue de la récidive et de la contagion.

Obs. VI. — Pip (Edouard), vingt-deux ans, marin de l'Etat. Soigné par moi cinq ans auparavant en 1882, pour une dothiénentérie, d'intensité moyenne; souvenir très fidèle de la famille à cet égard. Etait resté couché six semaines, avait présenté des taches rosées lenticulaires. La convalescence avait également duré six semaines. Aucun doute.

En octobre 1887, revient dans sa famille en congé, convalescent de pneumonie. Son frère était alors en pleine fièvre typhoïde grave (épidémie de 1887). Notre marin tombe quinze jours après par contagion, et présente tous les symptômes d'une nouvelle dothiénentérie, assez bénigne il est vrai, mais très évidente. Température de 39 à 40 degrés. Epistaxis. Taches rosées, cinq semaines de durée.

La question est donc suffisamment élucidée. La fièvre typhoïde récidive plus fréquemment qu'on ne le croit.

III

Conclusions. — Mes conclusions jusqu'à plus ample information, sont les suivantes :

Il faut toujours craindre la fièvre typhoïde et l'hygiène préventive de cette maladie est toujours de rigueur.

Dans la deuxième contamination, on ne saurait admettre le réveil d'un premier foyer resté latent ou enkysté. Cela est inadmissible pour des récidives de trente ans et plus. Il

s'agit donc bien d'une nouvelle infection par de nouveaux germes venus du dehors.

C'est toujours au milieu d'une épidémie que les récidives se montrent. Ce qui n'a rien de bien étonnant à l'égard d'une affection qui revêt si facilement le caractère épidémique.

En théorie et des faits observés par les auteurs précités, il semble qu'une première atteinte de fièvre typhoïde soit, sinon une vaccination préservatrice, du moins une atténuation dans la gravité de la récidive, et que cette atténuation soit en rapport direct avec la date de la première atteinte.

Mes observations personnelles, trop peu nombreuses malheureusement, puisque je n'en possède encore que huit, viennent infirmer cette proposition.

Des huit cas recueillis par moi, sept ont été graves, dont deux morts.

Il n'y a rien de fixe dans l'époque de la récidive, qui peut être observée quatre, dix, vingt et même trente-trois ans après la première atteinte.

Pathologie interne.

HÉMOPTYSIE D'ORIGINE EXTERNE, par Mlle Caroline SCHULTZE, docteur en médecine de la Faculté de Paris.

On a souvent publié des cas d'hémoptysies parfois rebelles survenues à la suite de l'inhalation de poussières irritantes. Les cas d'anthracosis sont à ce point de vue classiques. L'observation que nous publions ci-dessous nous a paru intéressante à ce point de vue.

OBS. — Le 3 janvier dernier, j'ai été appelée près d'une dame pour une hémoptysie d'intensité moyenne.

Antécédents. — Recherchant la cause de cet accident, j'ai appris que c'est la troisième fois qu'elle crachait du sang.

Elle s'est toujours très bien portée jusqu'au moment où l'on a décoré son appartement; depuis, me dit-elle, je suis toujours souffrante, et surtout quand je garde la chambre. Le médecin qui l'a soignée avant moi lui a prescrit de garder la chambre, afin d'éviter un refroidissement (il l'a soignée pour une bronchite). La malade est une personne de trente-cinq ans, ayant eu deux enfants qui sont bien portants; elle-même a toujours joui d'une excellente santé sans nulle indisposition inquiétante.

État actuel. — Rien à la percussion ni à l'auscultation; l'examen de la gorge montre qu'elle est rouge; les amygdales n'ont pas augmenté de volume.

J'ai alors demandé qu'on me montrât le sang qu'elle venait d'expectorer; j'ai vu, sur un mouchoir, un peu de sang spumeux dans lequel on distinguait nettement de *fines paillettes* semblables à des aiguilles de crin. L'examen de la malade montre d'une façon évidente qu'elle n'est ni tuberculeuse, ni cardiopathe, ni hystérique. J'avoue que cette dame m'intriguait vivement. L'interrogeant avec soin, j'appris que la veille de son accès sa femme de chambre avait fait l'appartement *à fond*, qu'elle avait épousseté les murs, et qu'après avoir dormi toute la nuit la malade s'était réveillée le lendemain avec la gorge sèche, douloureuse, et que presque sans tousser elle avait expectoré alors une petite quantité de sang à plusieurs reprises. C'est la chambre qui m'a paru renfermer la cause de son hémoptysie; n'ayant trouvé pourtant ni fleurs, ni autres bibelots qui puissent attirer mon attention, j'examine les murs : les tentures qui les tapissent sont en relief, très dures au toucher, piquantes comme des aiguilles, et, après en avoir détaché quelques-unes et les avoir comparées à celles que j'ai trouvées sur le mouchoir rempli de sang, je suis arrivée à cette conclusion que c'étaient les mêmes aiguilles, de la même épaisseur et longueur. Voici comment j'ai procédé. J'ai mis les aiguilles des tentures et celles du sang dans de l'eau, et, après les avoir colorées, je les ai regardées à la loupe; c'était identiquement la même chose.

Je crus avoir déjà trouvé la solution du problème pathogénique; je donnai à ma malade quelques calmants, et prescrivis ce qui suit : la « défense formelle d'entrer et de coucher dans la chambre aux tentures suspectes ».

J'ai fait examiner les tentures : c'est du papier en relief, couleur marron grisâtre; les fabricants de papier l'appellent *chéviotte;* on le fabrique avec des poils de chèvre et de la bourre de laine. Ma cliente est partie pour quelques semaines dans une de ses propriétés, et, pendant tout le temps de son séjour à la campagne, elle n'a pas eu de nouvelles atteintes. Rentrée à Paris tout récemment, Mme R... continue à se bien porter. Depuis qu'on a retiré le susdit papier, Mme R... y habite sans inconvénient. Je cite cette observation à cause de *l'étiologie singulière de l'hémoptysie*, qui avait échappé à des observateurs distingués.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 2 SEPTEMBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. DESCLOIZEAUX.

EFFETS CARDIAQUES DES EXCITATIONS CENTRIFUGES DU NERF VAGUE, INDÉFINIMENT PROLONGÉES. — On sait que, au cours d'une excitation centrifuge portée sur le nerf vague et suffisante pour arrêter le cœur, celui-ci reprend bientôt ses battements. On conclut de ce fait à un épuisement que les observations de Tarchanoff et Puelma ont permis de localiser sur l'appareil d'arrêt intra-cardiaque. Je ne sache point qu'on soit allé au delà de cette constatation pure et simple du retour des battements du cœur et de ce qu'on a appelé l'épuisement de l'appareil d'arrêt.

Or, lorsqu'une excitation est maintenue sur le nerf vague après le retour des battements du cœur, elle continue à exercer une action inhibitoire se traduisant par une diminution du rythme et une augmentation dans l'amplitude des pulsations. Cette action inhibitoire peut durer autant que l'excitation elle-même. M. *Laulanié* a constaté ces faits à l'aide de l'enregistreur de Chauveau et d'une pince sphygmographique embrassant la carotide.

De plus, si l'excitation est indéfiniment prolongée, la durée de l'inhibition dépend exclusivement de celle de l'excitabilité du nerf vague. Sur la plupart des sujets, par des excitations bien mesurées et en employant des excitations *ad hoc* qui laissent le nerf au fond de la plaie et bien à l'abri de la dessiccation, la dépression peut se prolonger de quinze à vingt minutes. L'accélération qui survient alors est souvent très lente et très uniformément progressive. Pourtant on constate, sur certains sujets, des variations curieuses dans le rythme, qui subit des accélérations périodiques séparées par de longs intervalles de ralentissement.

Cette sorte de lutte entre les innervations antagonistes du cœur peut durer fort longtemps; il l'a vue se poursuivre une fois pendant trente-quatre à trente-cinq minutes, et il y a mis fin par une injection intra-veineuse de chloral, sous l'influence de laquelle le pneumogastrique est devenu si docile à l'effet de l'excitation, que le rythme est tombé à 20 pulsations par minute et s'est maintenu à ce chiffre excessivement bas pendant trente-trois minutes. Dès que l'excitation a été suspendue, il s'est relevé tout aussitôt à 120.

CATHÉTÉRISME DES URETÈRES. — Après avoir rappelé que la condition essentielle du succès, dans les opérations que la chirurgie moderne entreprend et réussit sur les reins, est que le rein opposé soit réellement sain, M. *P. Poirier* est d'avis qu'il est de toute nécessité, avant de procéder à l'ablation d'un rein malade, de s'assurer de l'état et du fonctionnemnt du rein opposé. Malheureusement cette recherche est des plus difficiles : les renseignements fournis par l'exploration et l'étude des signes physiques restent toujours insuffisants; de toute nécessité, il y faut joindre l'examen de la fonction par l'analyse du liquide sécrété. Pour arriver à rendre pratique le cathétérisme des uretères, il a eu l'idée d'éclairer l'intérieur de la vessie à l'aide d'un cystoscope; toujours il a réussi en quelques minutes, aussi

bien sur l'homme que sur la femme, à introduire facilement des sondes spéciales. Les difficultés que le cystoscope rencontre dans le cas de tumeur de la vessie n'existent plus lorsqu'on l'applique au cathétérisme des uretères. L'opération est des plus faciles : avec un tant soit peu d'habitude, l'opérateur trouve vite l'embouchure de l'uretère, et la petite sonde, conduite par un canal particulier inclus dans le cystoscope, pénètre facilement le conduit.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 10 SEPTEMBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

M. le docteur *Hahn* envoie une *Étude histologique sur la dernière épidémie de choléra en France.*

M. le docteur *Michaud*, médecin-major de 1re classe, adresse la relation de quatre *épidémies de fièvre typhoïde* ayant sévi en on an sor les troupes de l'armée de terre à Lorient.

M. le *Secrétaire perpétuel* présente, do la part do MM. les docteurs *Nivet* et *Ledru*, un mémoire sur la construction d'une *maternité* et d'une école départementale d'accouchements dans les jardins de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand.

M. *Bourgoin* dépose one *Étude historique sur les extraits pharmaceutiques*, par M. *Adrian.*

M. *Larrey* présente : 1° on mémoire manuscrit de M. *C. Tollet*, sor *la quantité d'eau que peuvent absorber les matériaux de construction* et sor *le temps nécessaire à leur séchage naturel;* 2° un rapport de M. le docteur *Laennec* sur une *Étude* de M. le docteur *Vignard* concernant l'*état actuel de la prophylaxie sanitaire internationale.*

Endométrite et curage. — M. le docteur *L.-G. Richelot* communique un cas d'endométrite guérie par le curage et qui avait été jusqu'ici rebelle à tous les traitements que lui avaient fait subir un grand nombre de chirurgiens étrangers. A cette occasion il examine les indications et les contre-indications des divers traitements de cette affection. D'après lui, les endométrites cervicales récentes s'améliorent et se guérissent peu à peu avec les pansements antiseptiques, l'iodoforme, les caustiques légers, le thermocautère ; les endométrites du corps, dans les mêmes conditions de bénignité, cèdent à la médication intra-utérine par l'iodoforme, les badigeonnages iodés, etc. Mais, si la muqueuse utérine est le siège d'une inflammation chronique, invétérée, avec fongosités, hémorrhagies, suppuration, alors il faut la modifier profondément ou la détruire, et le curage fait merveille ; c'est le traitement par excellence de l'endométrite rebelle. S'agit-il du col, la curette ne vaut plus rien, il faut aviver et suturer les déchirures latérales par le procédé d'Emmet ou emporter la muqueuse malade et reconstituer le museau de tanche par le procédé de Schröder. Et comme les états graves de la muqueuse utérine coïncident très souvent avec un gros col en éversion, congestionné, catarrheux, il ne faut pas craindre de faire dans la même séance, après deux ou trois jours de dilatation, le curage et la résection anaplastique du col. On peut guérir ainsi, et guérir sérieusement, dans un délai de quinze jours au maximum, des métrites que l'ancienne gynécologie laissait traîner pendant des mois et des années, pour n'arriver trop souvent qu'à des améliorations passagères.

Massage oculaire. — M. le docteur *Costomiris* communique un grand nombre de faits en faveur de la pratique du massage de l'œil, déjà recommandé par Hippocrate ; il insiste en particulier sur les avantages du massage de la conjonctive et de la cornée. — (Le mémoire de M. Costomiris est renvoyé à l'examen de MM. *Panas* et *Javal.*)

Absinthisme. — Un litre de liqueur d'absinthe, ayant un degré alcoolique de 70 degrés et coloré avec du persil frais ou des orties fraîches, renferme d'ordinaire les quantités suivantes de diverses essences : anis, 6 grammes ; badiane, 4 grammes ; absinthe, coriandre et fenouil, ãã 2 grammes ; menthe, hysope, angélique et mélisse, ãã 1 gramme. On voit ainsi que l'essence d'absinthe n'entre que pour un dixième environ dans les aromatiques qui composent la liqueur. MM. *Cadéac* et *Albin Meunier* ont examiné avec beaucoup de soin l'action physiologique de ces essences, afin d'étudier leurs effets sur les systèmes nerveux et musculaire et de préciser leur rôle respectif dans les accidents de l'absinthisme. Toutes charment au début de leur action par le sentiment de bien-être qu'elles procurent, la sensation de chaleur, de vigueur, de puissance musculaire et cérébrale qu'elles développent, et par le surcroît d'activité qu'elles apportent aux fonctions digestives ; mais, pour la plupart, cette excitabilité bienfaisante est de très courte durée ; elle est remplacée bientôt par de la paresse musculaire, la diminution de l'énergie, l'annihilation de la volonté, les vertiges, les tremblements, par une ivresse lourde, l'hébétude, la somnolence, le sommeil et enfin les crises épileptiformes quand la dose est assez élevée. C'est à l'action combinée des essences d'anis, de badiane, de fenouil pour la plus grande part, d'hysope, de mélisse, d'angélique et de menthe pour une faible part, qu'il faut attribuer tous ces accidents, dont l'ensemble constitue ce qu'on est convenu d'appeler l'absinthisme.

Les essences d'absinthe et de coriandre interviennent comme correctifs en raison de l'excitation vive, gaie et continue qu'elles produisent, tandis que l'excitation provoquée par les autres essences est éphémère. L'essence d'absinthe surtout doit être relativement innocentée puisqu'un homme peut prendre à jeun, en une fois, sans accident, pendant plusieurs jours de suite, la quantité d'essence d'absinthe contenue dans un litre de liqueur. En outre, tous les troubles observés par MM. Cadéac et Albin Meunier ont été obtenus sans faire usage d'alcool et tous les animaux empoisonnés par ces essences ont présenté à l'autopsie toutes les altérations anatomiques du cœur, du poumon, du foie, des reins, du bulbe et du cerveau, propres à l'alcoolisme. D'ailleurs l'alcool à 70 degrés qui entre dans la liqueur d'absinthe est toujours dilué au moment où elle est bue et l'on ne prend plus qu'un liquide à 8 ou 10 pour 100, titre d'un vin ordinaire, ce qui atténue considérablement ses effets. Ce n'est donc ni l'alcool en particulier, ni l'essence d'absinthe, ni le mélange de ces deux substances qu'on doit exclusivement incriminer, mais bien toutes les essences composantes et surtout les essences d'anis et de badiane. A considérer la formule type de la liqueur d'absinthe, les neuf essences ont incontestablement leur part de responsabilité dans les troubles qu'amène la liqueur et qu'on a résumés sous le nom d'absinthisme ; n'aurait-il pas été plus vrai de dire anisisme ? C'est en effet l'essence d'anis qui est la cause principale des accidents les plus graves ; si bien que, pour ralentir les progrès toujours croissants de l'absinthisme, il n'y aurait peut-être qu'à modifier la composition de la liqueur, en augmentant légèrement la proportion des essences bienfaisantes et en diminuant la quantité d'anis, de badiane et de fenouil. Cependant il ne faut pas oublier que toutes ces essences ont une action immédiate sur le cerveau qu'elles frappent d'emblée pour l'exciter ou pour le paralyser. Aussi l'usage continu de la liqueur d'absinthe ne peut-il produire que des effets désastreux sur le système nerveux. Ces effets ne sauraient être compensés par les propriétés antiseptiques très actives de certaines essences qui entrent dans cette liqueur. — (Le travail de MM. Cadéac et Albin Meunier est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. *Ollivier* et *Laborde.*)

Chimie. — M. *Prunier* rend compte de ses recherches chimiques concernant l'action des sulfures sur le chloral et sur le chloroforme. Après avoir étudié les conditions dans lesquelles on doit pratiquer la réaction classique de Baudrimont, il a découvert un procédé, qui fournit en abondance

les dérivés sulfurés et oxysulfurés des groupes méthylique et éthylique avec divers polymères, offrant un réel intérêt au point de vue théorique et général.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Hernie ombilicale de l'utérus gravide, par M. CH.-E. HAGNER. — La malade avait eu deux grossesses antérieures; trois mois après la seconde survint une hernie ombilicale, pour laquelle elle porta bandage de juin 1886 à février 1889. A cette époque, elle accoucha pour la troisième fois. Le travail, la rupture des membranes s'effectuaient régulièrement lorsque fut ressentie une douleur vive et brusque, et l'utérus s'engagea dans la hernie, faisant sous la peau une saillie globuleuse véritablement énorme, dont un dessin permet de se rendre compte. La tête étant engagée, le forceps fut appliqué sans tarder et attira une fille vivante. Après délivrance, l'utérus réintégra sans peine la cavité abdominale et finalement la malade guérit, sans conserver un anneau plus distendu qu'avant cette complication. (*A case of hernia of parturient uterus through the linea alba*, in *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 1889, t. XII, p. 302.)

Plaies de l'abdomen, par M. A.-F. WINOGRADOFF. — Une femme de trente ans, enceinte, était à trois semaines environ de son terme, lorsque son mari, rentrant ivre, la força à un coït au milieu duquel elle eut quelques douleurs et cria. Furieux, l'homme saisit un instrument en bois long de deux pieds et quatre pouces, avec lequel il fourragea dans le vagin. L'hémorrhagie fut abondante et dix heures après la patiente accoucha d'un enfant qui bientôt succomba. Les suites de couches furent normales, à part une douleur persistante dans le ventre. Finalement on constata qu'il existait un corps étranger mobile dans l'abdomen et une plaie du vagin. La laparotomie permit d'extraire un morceau de bois long de 185 millimètres, sur 35 de large et 75 dix-millimètres d'épaisseur : le mari avait brisé son arme. La malade guérit. (*Russkaïa med.*, 1888, n° 21, d'après *Annals of surgery*, 1889, t. IX, p. 228.)

J.-H. PACKARD. Observation d'un garçon de douze ans qui eut l'abdomen ouvert par une scie circulaire. Issue, avec l'épiploon, de l'intestin blessé en plusieurs endroits. Suture et réduction de l'intestin, après débridement de la plaie. Guérison. (*Journ. of the Amer. med. Ass.*, 1889, t. XII, p. 275.)

Laparotomies diverses, par M. H.-C. DALTON. — Relation de seize opérations qui ne sont pas toutes des laparotomies au sens propre du mot. Ainsi pour un cas de *péritonite iliaque enkystée* guérie par l'incision franche et la résection de l'appendice iléo-cæcal perforé (obs. I); de même l'observation IX, relative à un anus artificiel, mortel, par *typhlite gangreneuse*. Neuf observations concernent les *plaies de l'abdomen*, et la laparotomie n'y est pas constante. Il y a un fait de réduction simple de l'estomac (obs. III) et de l'épiploon (obs. IV) herniés. Deux observations de plaie thoraco-abdominale avec plaie du diaphragme à travers laquelle sort l'intestin; le diaphragme fut suturé; guérison. Les cas où il y a eu laparotomie sont au nombre de cinq (obs. II, X, XI, XII, XIII). Deux fois l'intestin lésé a été suturé, les deux malades sont morts. Chez trois autres l'intestin a été trouvé sain, un épanchement sanguin abondant a été évacué; deux guérisons, une mort. Chez un des malades guéris, l'intégrité de l'intestin a été constatée à l'aide de l'insufflation par l'hydrogène, suivant la méthode de Senn. A côté des plaies de l'intestin, signalons une suture après toilette péritonéale pour un *ulcère perforant de l'estomac*, mort (obs. VIII).

L'observation XV a trait à une *hernie inguinale étranglée*, par pincement latéral de l'intestin à l'anneau interne. Il y avait bien une légère tuméfaction de l'aine, et le diagnostic, en présence d'accidents d'occlusion, admit la probabilité d'une hernie étranglée. Mais dans l'incertitude, la laparotomie médiane fut pratiquée; guérison.

Deux observations (XIV et XVI) de *cholécystotomie*, une heureuse chez un homme de trente ans, ivrogne, paludique, atteint de tumeur biliaire non calculeuse; une mortelle sur un autre ivrogne de quarante-cinq ans, opéré *in extremis*, dont la tumeur biliaire dépendait d'un rétrécissement inflammatoire du cholédoque. (*Report of sixteen cases of laparotomy*, in *Ann. of surg.*, 1889, t. IX, p. 88.)

Anus contre nature, par M. F. DILLNER. — Relevé de trente-sept anus contre nature. Toutes les variétés y sont représentées: anus chirurgical et anus artificiel. Les observations où il y a eu intervention opératoire sont rapportées *in extenso*, et l'on trouve sept opérations de suture après entérectomie circulaire, avec trois guérisons et quatre morts (dont une indépendante de l'acte chirurgical, par perforation de la vésicule biliaire). Un des décès est dû à une péritonite purulente, les sutures ayant été insuffisantes. (*Zur Casuistik des Anus prœternaturalis*, in *Arch. f. klin. Chir.*, 1889, t. XXXVIII, p. 771.)

Opérations sur les voies génito-urinaires de l'homme, par M. F. PARONE. — 1° Trois observations de réunion immédiate après taille périnéale médiane. Une sonde à demeure a été placée et il a été de plus mis dans le rectum un ballon spécial (avec canal central) en sorte que le col était comprimé par la sonde et qu'il n'y a pas eu contact de l'urine avec la plaie; 2° trois observations d'érection incomplète par dilatation variqueuse de la veine dorsale de la verge. La veine malade a été oblitérée par une injection de chloral. Guérison; 3° deux autoplasties pour exstrophie de la vessie; assez bon résultat. (*Alcuni operazioni ogli organi urinarii masch.*, in *Arch. di ortopedia*, 1888, p. 9.)

Chirurgie du larynx, par M. MORITZ SCHMIDT (de Franckfort-sur-le-Mein). — Simple relation d'observations: 1° une *extirpation totale pour cancer* sur une femme de cinquante-quatre ans, enrouée depuis 1879 et opérée en 1883. L'extirpation du larynx a été faite le 10 juin, après de longues tergiversations; il existait en novembre 1882 des accidents inflammatoires que l'on attribuait à une périchondrite, et un abcès fut ouvert. L'incision se cicatrisa en cinq semaines. Les accidents recommencèrent et en juin on fit l'opération définitive; on se proposait d'enlever le cricoïde cru nécrosé, et le tout se termina par l'extirpation du larynx. Guérison et application du larynx artificiel de M. Bruns. Au bout de vingt et un mois, début de récidive dans la paroi latérale du pharynx, et mort en quatre mois; 2° une *hémi-laryngectomie pour cancer* sur un homme de quarante-sept ans, enroué depuis un an, dyspnéique depuis trois mois. Un traitement antisyphilitique explorateur a donné un coup de fouet au néoplasme. Opéré le 16 juin 1886; pas de récidive le 12 juillet 1888 (il y a eu examen histologique de cet épithélioma); 3° deux *ablations de cancer par la thyrotomie*. Opérations anciennes (1867 et 1869), suivies de repullulation immédiate du mal; 4° une *hémilaryngectomie pour rétrécissement cicatriciel* sur une femme de vingt-huit ans. Guérison ; 5° trois *thyrotomies pour papillomes multiples* chez des enfants (neuf mois, trois ans et demi, huit ans). Deux fois il y a eu une récidive, combattue par une seconde opération. Il faut cautériser à l'acide lactique les surfaces d'implantation. (*Beiträge zur laryngo-chirurgischen Casuistik*, in *Arch. f. klin. Chir.*, 1889, t. XXXVIII, p. 686.)

Gastrostomie, par M. W.-B. ROGERS. — Histoire d'un homme de vingt-quatre ans, atteint de rétrécissement œsophagien consécutif à l'ingestion d'un liquide caustique. L'opération a duré une heure dix minutes. L'opéré a guéri et il a été revu six mois après. La fistule est petite ; le rétrécissement n'a pas été amélioré depuis. (*On the question of gastrostomy, with a report of a successfull case*, in *Ann. of surg.*, 1889, t. IX, p. 81.)

Résultats statistiques de l'amputation du sein pour cancer, par M. J.-A. Korteweg (de Groningue). — A l'aide de relevés statistiques empruntés à Winiwarter, Oldekop, Sprengel, Hildebrand et Kuester, Korteweg soutient que les opérations précoces sont suivies de moins de survie que les autres. Les cancers qui ont des allures telles qu'on les opère de bonne heure, sont en effet de nature maligne, et après l'intervention la récidive est rapide. Elle est plus tardive, au contraire pour ceux qui, d'essence plus bénigne, sont mieux tolérés et dès lors sont en moyenne opérés plus tard. Pour les cancers à marche relativement lente, les chances de cure radicale sont assez sérieuses pour qu'on ne recule pas devant certaines interventions, dont la gravité est telle qu'on hésite à les entreprendre s'il s'agit d'un cancer à marche rapide. Mais au total ce degré de malignité est souvent bien difficile à apprécier et en somme il ne ressort de tout cela aucun principe chirurgical bien neuf; il faut enlever tous les cancers aussi vite que possible. Un point plus intéressant est l'étude sur la fréquence et la valeur pronostique de l'adénopathie axillaire. Ici, les dates acquièrent de l'importance. De 1867 à 1876, Billroth opère soixante cancers simples et quatre-vingt-dix avec adénopathie; Esmarch, de 1868 à 1875, a la proportion de 80 pour 120; Volkmann, de 1874 à 1878, donne celle de 25 pour 100; Kœnig enfin, de 1875 à 1885, n'arrive plus qu'au chiffre de 25 pour 125. Cela tient d'abord à la hardiesse opératoire plus grande. D'autre part, on avait crainte autrefois d'aller curer l'aisselle, car la mort en résultait souvent; aussi avait-on tendance à qualifier d'adénite simple des engorgements légers aujourd'hui reconnus malins et extirpés sans délai. Si maintenant on étudie la valeur pronostique, on constate que les guérisons dites radicales sont: Billroth, cancers simples, 10 pour 100; avec adénopathie, 2 pour 100; Esmarch, cancers simples, 14 pour 100; avec adénopathie, 7 pour 100; Volkmann, cancers simples, 17 pour 100; avec adénopathie, 8 pour 100; Kœnig, cancers simples, 36 pour 100; avec adénopathie, 10 pour 100. (*Die statistischen Resultate der Amputation des Brustkrebses*, in *Arch. f. klin. Chir.*, 1889, t. XXXVIII, p. 679.)

BIBLIOGRAPHIE

De l'hémiplégie dans quelques affections nerveuses (ataxie locomotrice progressive, sclérose en plaques, hystérie, paralysie agitante), par Mlle Edwards. Thèse de doctorat, 1889.

Mlle Edwards s'est attachée dans cette étude à l'hémiplégie en tant que complexus symptomatique. Elle a rapproché un certain nombre d'observations d'hémiplégies survenues au cours de maladies nerveuses appartenant à ce que M. Charcot appelle la famille neuropathologique; elle a comparé ces hémiplégies entre elles, elle a enfin cherché à préciser les ressemblances et les différences qui existent entre ces hémiplégies-là et l'hémiplégie pour ainsi dire classique que causent le ramollissement cérébral ou l'hémorrhagie. Selon toute vraisemblance, les cas semblables sont nombreux, et, si on ne les reconnaît pas toujours dans la pratique, c'est qu'on ne se donne pas la peine de les chercher.

Dans un *avant-propos* très court, l'auteur étudie le syndrome hémiplégie, puis il passe à l'hémiplégie des ataxiques qu'il montre fugace la plupart du temps, sans lésion positive et à début plus ou moins rapide.

Dans la sclérose en plaques, ce que l'on remarque de plus caractéristique c'est le jeune âge des sujets, la fugacité et la mobilité du syndrome; enfin, d'autres paralysies, surtout des paralysies oculaires, le tout avec des réflexes forts, voire même de la trépidation spinale.

Mlle Edwards consacre un long article à l'hémiplégie hystérique. Son étude résume très bien tout ce qui s'est dit depuis trois ou quatre ans sur l'hémiplégie hystérique, traumatique ou spontanée, sur l'*apoplexie ?* hystérique; enfin, sur les paralysies unilatérales motrices et sensitives des saturnins et des intoxiqués en général.

Les caractères fondamentaux de l'hémiplégie hystérique sont très bien mis en lumière.

Pour ce qui est de la maladie de Parkinson, Mlle Edwards nous apprend que cette affection peut avoir un début unilatéral qui rappelle l'hémiplégie par la raideur et la difficulté des mouvements d'un côté du corps, par la fixation des traits et quelquefois une déviation spasmodique d'un côté de la face.

La constatation des autres signes de la maladie de Parkinson est nécessaire pour asseoir le diagnostic.

En somme, un caractère commun à toutes ces hémiplégies hétérogènes, c'est que l'on n'a encore pas pu déterminer d'une façon sûre la lésion qui détermine ce syndrome.

P. B.

La verruga peruana, Daniel A. Carrion. — Lima, imprenta del Estado, in-8°, 1886.

La verruga du Pérou est une pyrexie à forme irrégulière, endémique, non contagieuse, accompagnée d'une anémie profonde et caractérisée surtout par des douleurs et des contractures musculaires, des douleurs plus ou moins intenses dans les articulations et les os, par une éruption polymorphe, par une marche cyclique, de durée généralement longue, quoique variable, et sur laquelle le traitement est sans influence, sans compter les nombreuses complications qu'elle peut entraîner. Telle est la définition que donne de cette terrible maladie l'opuscule que nous avons sous les yeux. C'est cette maladie que Daniel A. Carrion, par dévouement pour la science et l'humanité, s'est fait inoculer, comme nous l'avons annoncé en son temps (*Gaz. hebd.*, n° 52, 1885), et qui a entraîné sa mort. L'opuscule donne la description complète de la maladie, avec des observations et en particulier celle de Carrion prise par lui-même pendant plusieurs jours, aussi longtemps qu'il lui fut possible d'écrire ou de dicter. Dans un discours lu à la Société « Union Fernandina » à l'occasion de l'anniversaire de la mort de Carrion, discours imprimé dans l'opuscule, en même temps que d'autres documents sur ce martyr de la science, nous trouvons la proposition de remplacer en son honneur les noms de verruga et de fièvre d'Aroya par celui de *maladie de Carrion*.

Annual report of the board of regents of the Smithsonian institution, etc. Part. II. In-8°. — Washington, governm. printing office, 1886.

Cette seconde partie du rapport annuel renferme surtout la description détaillée de la galerie indienne, peinte par George Catlin et placée au Musée nationale des États-Unis d'Amérique; histoire, géographie, statistique, anthropologie, ethnographie, archéologie, etc., toutes ces sciences sont représentées dans le savant mémoire que Donaldson a consacré à son illustre compatriote et à ses intéressants tableaux. Un grand nombre de figures, portraits, reproductions de tableaux, et plusieurs cartes accompagnent ce mémoire. Mais on ne peut se défendre d'un sentiment de tristesse, lorsqu'on parcourt ces nombreuses gravures, en songeant que les tableaux de Catlin seront dans un avenir prochain tout ce qui restera des tribus indiennes qui habitaient le territoire des États-Unis et qui périssent et disparaissent avec une rapidité extrême au contact de la civilisation yankee.

VARIÉTÉS

Microbes et microbie à l'Exposition universelle de 1889.

(Fin. — Voyez le numéro 36.)

Dans la partie droite de la vitrine, nous voyons un dessin figurant un bœuf dont la peau est soulevée par de nombreuses tumeurs noueuses. Ce dessin représente une affection commune chez les bovidés de la Guadeloupe, affection

que M. Nocard a décrite sous le nom de farcin du bœuf. N'allez pas croire que cette affection ait quoi que ce soit de commun avec l'affection farcino-morveuse des équidés; le bœuf est à l'abri de cette maladie.

Les lésions extérieures seules (lésions ganglionnaires), que représente le dessin, ont une analogie lointaine avec les lésions extérieures (farcineuses) de la morve. A côté de ce dessin, nous voyons une photographie du microbe qui forme des amas enchevêtrés, inextricables, très curieux.

Les cultures de ce microbe dans le bouillon et sur la pomme de terre ne sont pas moins dignes d'attention. Dans le bouillon (quatre matras Pasteur et un matras d'Erlenmeyer sont les échantillons de cette culture dans l'exposition de M. Nocard), la culture du farcin du bœuf forme des amas tombant au fond, ou bien s'étalant à la surface, à la façon des yeux du bouillon gras figés par le refroidissement, à la façon encore des feuilles de nénuphar dans un étang. Sur la pomme de terre, et cet aspect est saisissant sur l'échantillon exposé, c'est une plaque écailleuse, sèche, d'aspect lichénoïde.

Culture de la tuberculose, histoire microbique des mammites, du farcin du bœuf, tels sont les travaux capitaux de M. Nocard, dont on peut voir les résultats et les échantillons dans la vitrine qu'il a disposée; mais cette vitrine contient encore bien d'autres choses que nous ne saurions passer sous silence.

Voici tout d'abord une série de cultures de microbes chromogènes sur pomme de terre, parmi lesquels on remarquera le rouge de Kiel, le prodigiosus, les diverses sarcines, le lait bleu. Il faut retenir, si possible, l'aspect tout particulier et si frappant de la culture de morve sur pomme de terre : peindre cet aspect par des mots est impossible; le mieux est de voir. La forme des tubes de culture est aussi digne d'attention; elle représente le dernier progrès de la culture sur pomme de terre. Ceux d'entre nous qui ont fréquenté, il y a seulement trois ans, les laboratoires de microbie ont présentes à la mémoire ces incommodes cloches de Koch où nous cultivions deux ou trois pommes de terre, toujours, hélas! recouvertes de champignons, de moisissures, étouffant la culture ensemencée. M. Roux a modifié heureusement cette méthode, en imaginant les tubes dont la vitrine de M. Cornil donne une série d'échantillons. Ce tube a été réduit depuis par son auteur aux proportions d'un tube à essai ordinaire; une petite et coquette tranche de pomme de terre repose sur le fond étranglé, et la manœuvre de tout l'appareil est d'une simplicité sans égale, que ne laissait guère prévoir la lourde cloche de Koch, dont, après tout, il ne faut cependant pas trop médire, car ce fut l'appareil initiateur.

Dans la partie gauche de la vitrine, on voit un certain nombre de tubes de culture, compris sous l'étiquette générale de tuberculose zooglœique. Elle est bien curieuse, l'histoire de cette tuberculose zooglœique, et les étiquettes que portent les tubes exposés par M. Nocard en retracent les phases principales.

En 1883, MM. Malassez et Vignal inoculaient un groupe de cobayes avec le produit d'un nodule tuberculeux qu'ils trouvaient sur l'avant-bras d'un enfant mort de méningite tuberculeuse; les cobayes moururent tous rapidement avec des lésions tuberculeuses généralisées, et les inoculations en série reproduisirent cette tuberculose rapide qui ne contenait pas un bacille de Koch, pas un seul, mais des micrococques en zooglées. On se rappelle le bruit que fit alors le travail de MM. Malassez et Vignal; on pensa avec eux à une morphologie nouvelle du bacille de Koch. Mais, en 1884, MM. Malassez et Vignal, revenant sur leur travail de 1883, émettaient l'opinion qu'il y avait là deux infections différentes.

M. Chantemesse retrouva cette tuberculose zooglœique par l'inoculation à des cobayes, d'un fragment d'ouate, sur laquelle avait filtré de l'air d'une salle d'inhalation pour tuberculeux dans une de nos stations thermales. M. Nocard aussi la retrouva dans des poumons de poules, qu'on avait à tort crues mortes de tuberculose ordinaire.

En 1889, MM. Grancher et Ledoux-Lebard reproduisaient encore cette tuberculose zooglœique. Elle était déterminée cette fois par l'inoculation à un cobaye de l'eau qui avait filtré sur une terre arrosée précédemment avec une culture du bacille de Koch. MM. Grancher et Ledoux-Lebard tracèrent complètement l'histoire de cette tuberculose expérimentale et en montrèrent l'analogie d'une part avec la tuberculose de Malassez et Vignal, et de l'autre avec les maladies tuberculiformes expérimentales, décrites dans l'intervalle par M. Dor et par M. Roger.

M. Nocard retrouvait encore une fois, vers la même époque, ce curieux microcoque, le cultivait et le comparait lui aussi à ceux de MM. Grancher et Ledoux-Lebard, Dor, Roger. Telle est l'histoire intéressante à plus d'un point que retracent les cultures exposées dans la vitrine.

Je voudrais insister aussi sur un groupe de cultures tout voisin qui porte l'étiquette de *Maladies rouges du porc;* mais cet article est déjà long et c'est un sujet sur lequel nous aurons l'occasion de revenir.

Dans ce groupe des Maladies rouges du porc nous trouvons un tube de septicémie des souris. Il n'y a aucune analogie de nature entre la septicémie des souris et le rouget ou la pneumo-entérite des porcs; mais regardez de près et vous comprendrez pourquoi les cultures de septicémie des souris ont été rapprochées de celles du rouget : l'aspect des cultures dans la gélatine par piqûre est, à de très légères différences près, identique pour la septicémie des souris et le rouget.

Dans la partie droite de la vitrine vous remarquerez toute une série de tubes doubles en U renversé, fermés en haut, fermés à leurs effilures latérales : ce sont des tubes pour la culture des *anaérobies*, qui ne se plaisent qu'à l'abri de l'oxygène, dans le vide ou en présence de gaz inertes : hydrogène, azote, acide carbonique. Les microbes cultivés et exposés sont ceux du charbon symptomatique, de la septicémie de Pasteur (vibrion septique), de la gourme, le bacille de la viande rance et le bacille du tétanos.

L'étiquette du tube qui contient cette dernière culture porte le titre : *Culture mixte.* L'inoculation de cette culture a plusieurs fois reproduit le tétanos, mais malgré de persistants efforts, le microbe de Nicolaïer n'a pu être isolé à l'état de pureté par M. Nocard. Un savant, qui travaille dans le laboratoire de Koch, aurait été plus heureux, paraît-il. Nous aurons d'ailleurs un mot à dire tout à l'heure encore sur la culture du tétanos.

Je voudrais seulement retenir l'attention un instant sur les cultures dans le vide à l'aide de ces tubes doubles en U. Ils datent de loin ces tubes, et ont été imaginés par M. Pasteur, à l'époque de ses études sur le vibrion butyrique, si je ne fais erreur. Ils constituent encore aujourd'hui avec leurs analogues les tubes simples, les instruments les plus parfaits pour la culture des anaérobies dans les liquides. La culture de ces mêmes microbes dans les milieux solides se fait dans une série d'appareils bien ingénieux, imaginés par M. Roux. Ces cultures exigent, il est vrai, l'intervention de la pompe à mercure, mais un laboratoire de microbie serait d'ordre inférieur s'il ne possédait un de ces instruments; d'ailleurs la simple trompe à eau, qui ne coûte pas cher, peut suppléer la machine à mercure. Il faut aussi un gazomètre pour ces cultures, et à ce propos je ne puis passer sous silence le gazomètre à hydrogène imaginé tout récemment par M. Roux.

Le laboratoire de microbie technique de l'Institut Pasteur possède pour ces cultures dans le vide une installation qui est une merveille de rapidité et de simplicité, et quand vous l'aurez vue, si vous ne la connaissez déjà, vous comprendrez difficilement que nos procédés

français de culture des anaérobies soient presque inconnus ou dédaignés dans certains pays de l'étranger, où la microbie est fort en honneur, et que nos voisins s'acharnent à imaginer chaque jour des appareils plus incommodes les uns que les autres quand il leur suffirait d'emprunter les nôtres.

La vitrine de M. Nocard vous montrera aussi des cultures de microbes anaérobies sur pomme de terre, d'après la méthode de M. Roux.

Cette exposition réunit encore une collection de cultures, sur gélatine et gélose, de divers microbes pathogènes, cultures sur lesquelles nous n'insisterons pas plus longtemps; deux cultures de charbon qui intéresseront par leur origine : *charbon du chien, charbon du porc;* d'intéressantes aquarelles de M. Nicolet, représentant des lésions tuberculeuses de l'intestin du cheval, etc., etc.

Avant de terminer cet article, je désire mettre deux points en lumière :

1° Les instruments;

2° Les méthodes générales de culture du laboratoire d'Alfort.

1° M. Nocard a exposé quelques instruments intéressants, tels que le vase à sérum (imaginé par M. Roux et lui-même); un appareil pour injecter purement dans les veines et le péritoine une grande quantité de liquides; un petit jeu d'aiguilles extrêmement ingénieux pour injecter dans le péritoine des petits animaux une dose élevée de liquide; enfin quelques pipettes stérilisées. Ce petit instrument, imaginé par M. Pasteur, est la base de toute la technique française du laboratoire de la rue Dutot comme de celui d'Alfort.

2° L'idée des méthodes générales de culture du laboratoire ressort de l'ensemble de cette exposition : éclectisme parfait, adoption des méthodes étrangères dans ce qu'elles ont de bon, mais maintien sévère de notre belle technique française due à Pasteur et à ses élèves, de la technique de l'ancien laboratoire de l'Ecole normale, qui a été la première en date et qui a gardé toute sa valeur à côté des procédés nouveaux d'outre-Rhin qui, pour excellents qu'ils soient, n'ont pas droit à la supplanter. Auprès des cultures sur milieux solides (gélatine, gélose, pomme de terre), M. Nocard nous montre des cultures en matras dans le bouillon, le lait, il nous montre des cultures dans le vide; il nous montre du lait recueilli purement dans la pipette Chamberland, prêt à être versé dans les matras de culture, du suc pancréatique qui, dans certains cas (et le charbon tout particulièrement), donne des cultures vraiment admirables, etc., etc.

Pour résumer cet article, que j'ai tenu à développer, je dirai que l'exposition de M. Nocard est digne en tout point d'intéresser les microbiologistes de profession qui pourront y prendre connaissance *de visu* des travaux du maître, s'ils ne les connaissent encore que par la lecture; elle intéresse aussi les médecins et les vétérinaires, moins au courant de cette science : ceux-ci verront nettement ici ce que c'est qu'une culture; ils prendront connaissance de tous ces appareils divers, de toutes ces méthodes dont les journaux médicaux les ont entretenus avec plus ou moins de détails, et ayant vu ils retiendront et se formeront une conviction plus forte.

b. Ecole de Lyon (M. Arloing). — J'ai le regret de dire que l'Ecole de Lyon, le *berceau de l'enseignement vétérinaire*, dont son directeur, M. Arloing, vient de nous conter l'intéressante histoire, n'a pas fait un effort égal à l'Ecole d'Alfort, et que si, à tant d'autres points de vue, son exposition est intéressante, la microbie n'y est pas très largement représentée.

L'auteur de la belle étude sur le charbon symptomatique, un des livres qui font le plus honneur à la science expérimentale française, M. Arloing, n'a exposé que deux tableaux représentant, l'un les microbes de la péripneumonie, l'autre le microbe auquel ce savant a donné le nom singulier, mais expressif, de *B. heminecrobiophilus*.

Des microbes de la péripneumonie il y a peu de chose à dire : l'agent pathogène vrai de cette affection nous échappe encore entièrement; l'étude de M. Arloing n'est qu'une étude d'attente, un jalon sur la route de la découverte attendue.

Le *B. heminecrobiophilus* est de naissance récente; c'est un microbe qui ne se plaît, on le sait, que dans les tissus en nécrose, et qui, inoffensif en dehors de cette condition, exerce alors d'énormes ravages; les visiteurs pourront sur la planche de M. Arloing prendre connaissance de ce microbe original.

c. Ecole de Toulouse. — Toulouse n'a donné qu'une photographie de son laboratoire de microbie. L'intéressante Ecole de Toulouse est donc entrée dans le mouvement; elle y marchera avec succès, nous en sommes assuré.

III. L'Institut agronomique (exposition de M. Duclaux).

M. Duclaux expose deux belles vitrines, bien dignes de nous arrêter, et sur lesquelles nous voudrions dire plus encore si les connaissances spéciales ne nous manquaient quelque peu à cet endroit, nous l'avouons sincèrement.

Le tableau qui surmonte cette vitrine porte ces mots qui nous sont une précieuse indication du but et de la tendance de l'exposition de M. Duclaux :

Institut national agronomique : Laboratoire de fermentations. Application à la fabrication de la bière, du vin, du cidre, à la distillerie et à la laiterie. Directeur : M. Duclaux.

Le laboratoire que dirige M. Duclaux a donc un but net et tranché : dégager de l'obscurité qui les enveloppe encore les phénomènes de fermentation; isoler tous les agents des fermentations à l'état de pureté, et appliquer alors les découvertes à la fabrication raisonnée, scientifique, et non plus empirique (au moins en grande partie) des liquides fermentés.

L'étude sur les levures a été le commencement de la microbie; c'est de cette étude, étude géniale, on peut le dire sans crainte, que M. Pasteur s'est élevé à ses plus hautes conceptions.

Les levures sont nombreuses, elles sont bien voisines comme forme, etc., et cependant que de différences dans les effets produits suivant qu'une seule ou plusieurs interviennent! Cette étude, pleine des promesses les plus attrayantes, n'est qu'à ses débuts; la création d'un laboratoire spécial est des plus heureuses; quant au directeur du laboratoire, chacun de nos lecteurs sait qui il est, pas n'est besoin d'insister : l'œuvre est en bonnes mains.

M. Duclaux expose deux vitrines. Voici le titre de ces deux expositions :

1° Microbes intervenant dans la coagulation du lait et dans la fabrication du fromage;

2° Cultures des levures de vin, de bière et de cidres dans différents milieux.

1° Nos lecteurs savent sans aucun doute que M. Duclaux a réuni dans un bien intéressant livre toutes les belles études qu'il avait successivement publiées sur le lait. A ceux qui ne l'ont pas lu, l'exposition renfermée dans cette première vitrine inspirera sans doute l'excellente idée de faire plus ample connaissance avec tous les organismes, agents des maladies du lait, dont les échantillons nous sont présentés ici.

Voici d'abord un échantillon de lait stérile, lait normal; puis à côté, voici toute une série de laits coagulés par le tyrothrix tenuis, le tyrothrix geniculatus, l'actinobacter, le tyrothrix turgidus, le tyrothrix urocephalum, le tyrothrix scaber, le tyrothrix distortus, le tyrothrix filiformis.

Plus loin voici tout un groupe de matras qui contiennent des cultures, dans le lait et le bouillon, de ces microbes qui interviennent dans la coagulation du lait et la fabrication du fromage (tyrothrix urocephalum, distortus, turgidus, tenuis, actinobacter).

M. Duclaux nous montre d'une part les liquides de culture favoris des microbes : bouillon, gélatine ; et de l'autre les milieux qui conviennent plus spécialement aux levures : eau de malt, jus de pommes stérilisé, eau de navets sucrée.

Enfin, au milieu de la vitrine, dans de longs tubes de gélatine nous voyons des cultures de levure de cidre, levure anglaise, levure de Bruxelles, etc., dont les aspects divers sont très tranchés.

2° Dans cette vitrine nous voyons encore des cultures de diverses levures de cidre sur gélatine; puis des matras nous montrent des cultures dans des liquides variés (eau de navets sucrée, eau de malt, etc.) de levure de cidre, de levure de Bruxelles, levure anglaise, etc.

Nous ne voudrions pas quitter la galerie du quai d'Orsay sans signaler la série de planches de M. Pasteur sur les micro-organismes des maladies du vin, qu'expose la chambre syndicale des débitants de vin de la Seine. Ces planches sont célèbres : nous engageons nos lecteurs à y jeter un coup d'œil. Le livre du maître sur les maladies du vin est devenu rare ; ils auront là l'occasion de faire connaissance avec cette belle œuvre.

IV. Les vaccins charbonneux.

La compagnie de vulgarisation à l'étranger du vaccin Pasteur contre les maladies charbonneuses des animaux a fait au palais de l'Hygiène et de l'Assistance publique une intéressante exposition.

Nous voyons d'abord une sorte de laboratoire où figurent un autoclave, un four à flamber, une étuve Pasteur, quelques pipettes Chamberland, etc. Dans cette étuve Pasteur est l'exposition des vaccins renfermés dans des tubes spéciaux à extrémité recourbée, bouchés au caoutchouc, étiquetés sous couleur différente, suivant qu'il s'agit du premier ou du deuxième vaccin. Ceux qui n'ont jamais eu l'occasion de voir ces vaccins trouveront ici un utile enseignement. Il n'est pas permis aujourd'hui d'ignorer l'existence de ces précieux tubes qui constituent l'une des plus admirables découvertes du siècle.

Un tableau nous indique la quantité de ces vaccins fournie à l'étranger par la compagnie ; elle est déjà considérable, et ne fera qu'augmenter certainement. Les vaccins charbonneux ont subi à Vienne un sérieux assaut, livré par une Ecole qui a bien du mérite, qui a fait de bien beaux travaux, mais qui serait plus estimée encore si elle n'avait le tort de croire qu'elle seule a la vérité. La découverte de M. Pasteur est sortie victorieuse de cet assaut. En France le vaccin charbonneux a cause gagnée, il en est de même dans plus d'un pays étranger; il en sera de même dans le pays de cette Ecole qui ne fera jamais croire aux agriculteurs qu'il vaut mieux continuer à perdre du bétail par le charbon qu'ouvrir les yeux à la vérité venant de France.

V. La Faculté de médecine (exposition de M. Cornil).

Cette exposition est renfermée dans une vitrine exiguë ; elle ne comporte que quelques tubes de culture, en tout, croyons-nous, soixante-quatre (trente-neuf tubes de gélose et vingt-cinq tubes de pomme de terre). Elle n'en est pas moins fort intéressante et mérite de nous arrêter.

Le laboratoire de bactériologie de la Faculté est depuis bientôt trois ans un centre important d'enseignement; c'est là que la grande majorité des médecins initiés aujourd'hui à la microbie ont été faire leur instruction ; c'est là qu'ils ont été se former sous les leçons et la direction du docteur Chantemesse. C'est là que pour la première fois, si nous ne nous trompons, la microbie (on dit bactériologie à la Faculté ; c'est un mot allemand qu'il faudrait rayer de l'appellation d'une science française) a été publiquement enseignée. De ce laboratoire sont sortis des travaux remarquables que nous devons énumérer pour mieux faire saisir le caractère de l'exposition que nous décrivons.

C'est d'abord une magistrale étude sur la fièvre typhoïde, par MM. Chantemesse et Widal, étude qui a fait grand bruit en France, et qui méritait l'attention dont elle a été l'objet. Les caractères du bacille d'Eberth ont été nettement fixés par MM. Chantemesse et Widal; la recherche dans les eaux potables a été décrite et les méthodes en ont été précisées; enfin les auteurs cités encadraient dans leur étude une remarquable page d'épidémiologie sur le rôle de l'eau de Seine dans la genèse de la fièvre typhoïde à Paris, rôle que les circonstances présentes mettent une fois de plus en lumière.

C'est encore dans ce laboratoire de la Faculté qu'a été faite l'étude de la pneumo-entérite infectieuse des porcs. Un mot sur cette question intéressera sans doute nos lecteurs moins familiers avec les *maladies rouges du porc* qu'avec la fièvre typhoïde humaine.

MM. Pasteur et Thuillier ont les premiers décrit et étudié dans sa cause intime une maladie rouge du porc qui faisait de grands ravages dans le département de Vaucluse : cette maladie c'est le *rouget*, que caractérisent une marche rapide et des suffusions sanguines tachant la peau en rouge sombre, violacé, dans toute son étendue, mais prenant plus d'intensité encore en certaines régions (oreilles, ventre, face interne des membres, région vulvo-anale). Le microbe, cause de cette affection, était un bacille d'une extrême ténuité. Expérimentalement la maladie tuait le pigeon, le lapin, mais respectait absolument le cobaye.

Mais cette maladie rouge du porc n'était pas la seule ; en Allemagne, en Angleterre, en Amérique, dans le Danemark, divers auteurs étudiaient une maladie infectieuse, épidémique, du porc, caractérisée, elle aussi, par des suffusions sanguines sous-cutanées, mais différant par l'intensité des lésions intestinales et pulmonaires; différant par l'agent pathogène, bacille ovoïde sans aucune analogie avec le fin bacille du rouget; différant enfin par les résultats expérimentaux : ici le cobaye inoculé succombait avec assez de rapidité. Cette maladie distincte du rouget fut bien étudiée en Allemagne par Schutze qui lui donna le nom de *schweine-seuche*, incomplètement en Angleterre par Klein (*pneumo-enteritis infectious*), en Danemark par Bang, en Amérique enfin par Detmers et surtout Salmon qui, sous le nom de hog-choléra, en a donné une description excellente de tous points. MM. Cornil et Chantemesse ont de leur côté retrouvé et décrit cette maladie sur les porcs de Gentilly, et dans une sévère épidémie à Marseille ; ils en ont fait une étude très soignée sous tous les rapports, et ils ont entrepris des essais de vaccination. Ils ont donné à cette maladie rouge le nom de pneumo-entérite qui en est devenu le nom officiel adopté dans le décret de police sanitaire de juillet 1888.

MM. Cornil et Toupet ont étudié encore à la Faculté de médecine le choléra des canards, affection épidémique voisine du choléra des poules, mais qui s'en distingue pourtant nettement par quelques résultats expérimentaux d'importance majeure. L'affection sévissait sur les canards du Jardin d'acclimatation.

Citons encore parmi les travaux de ce laboratoire une étude de M. Chantemesse sur le bouton du Nil (bouton de Biskra); une étude de MM. Chantemesse et Widal sur la dysenterie, etc., etc.

Tous ces intéressants travaux, nous allons en retrouver la trace dans l'exposition du professeur Cornil. Outre une

série de microbes chromogènes sur lesquels nous ne saurions nous attarder, nous voyons des cultures sur gélose du choléra des canards, de la dysenterie, de la pneumo-entérite des porcs, de la fièvre typhoïde.

Voici maintenant sur pommes de terre des cultures du bouton du Nil, de fièvre typhoïde, de dysenterie, de choléra des canards et enfin de pneumo-entérite du porc.

Un mot maintenant sur une culture des plus intéressantes disposée dans un grand flacon à vide : il s'agit d'une culture pure du bacille du tétanos, du fameux organisme sétiforme que depuis Nicolaïer on regarde sans conteste comme l'agent du tétanos. Ce bacille de Nicolaïer, MM. Chantemesse et Widal l'ont obtenu en culture pure, et ils sont incontestablement les premiers qui soient arrivés à ce résultat. Mais, chose singulière, ce bacille ainsi isolé de tout autre organisme, est sans aucune action expérimentale : à l'inoculation il ne donne aucun résultat. Rien n'est plus inoculable que le tétanos : les expériences de Nocard, Carle et Ratone, etc., en témoignent suffisamment, et voici que le bacille tétanique échoue entièrement. Quelle conclusion tirer de ceci? Le bacille du tétanos s'affaiblit-il par la culture au point de perdre toute action, ou bien MM. Chantemesse et Widal ont-ils obtenu une culture pure, non du bacille de Nicolaïer, mais d'un de ces organismes sétiformes, à extrémité renflée, que l'œil confond sous le microscope avec le véritable bacille du tétanos? Nous l'avons dit plus haut : des cultures *mixtes* ont donné le tétanos entre les mains de M. Nocard; voici tout récemment qu'un des travailleurs du laboratoire de Koch dit avoir la culture pure et donner le tétanos avec cette culture. L'avenir jugera de tout cela. Nous sommes fort aise que les diverses expositions de microbie de 1889 nous aient fourni l'occasion d'effleurer la question et d'en indiquer sommairement l'état actuel.

VI. Laboratoire d'histologie du Collège de France.

Nous ne trouverons pas, dans l'exposition du laboratoire de M. Ranvier, de cultures microbiennes, ou seulement quelques-unes, mais la quantité d'instruments techniques qui y figurent doit nous retenir un instant au moins, car plus d'un est d'un excellent usage en microbie.

Voici tout d'abord une collection de microtomes de divers modèles, depuis le simple microtome à main jusqu'au microtome de Roy perfectionné. Voici des plaques chauffantes si ingénieuses, si commodes pour la dessiccation rapide des lamelles chargées de la culture ou du produit pathologique à examiner; des échelles pour plaques de culture; des plaques de culture constituées par des lames de glace à face supérieure excavée pour recevoir les gelées nutritives et éviter leur écoulement; des tubes pour la culture des anaérobies qui, je le crois, ne prendront guère place dans la pratique, etc., etc. La technique histologique et microbique a été dotée de précieux instruments par MM. Malassez et Vignal : l'exposition présente en montre les échantillons.

VII. Exposition de MM. Yvon et Berlioz.

L'intéressante exposition de MM. Yvon et Berlioz qui se trouve au rez-de-chaussée du palais des Arts libéraux dans la section de médecine et de chirurgie n'est pas à vrai dire une exposition de microbie; elle est plutôt une exposition de microphotographie des plus intéressantes. On sait que M. Yvon s'est un des premiers adonné avec succès à la photographie des préparations microscopiques. Cependant MM. Yvon et Berlioz ont exposé quelques matras de culture et une série de préparations microscopiques colorées fort intéressantes. Parmi les photographies, qui sont d'ailleurs toutes fort bien venues et dignes d'attention, nous mentionnerons, en ce qui nous concerne, une photographie de gonocoques dans des cellules épithéliales.

VIII. Appareils de microbie (exposition des fabricants d'instruments).

Dans le palais des Arts libéraux, au rez-de-chaussée, section de médecine et chirurgie, nous trouvons les expositions de MM. Rousseau, Wiesnegg.

M. Rousseau expose les instruments qu'il a fournis au laboratoire de M. Cornil; le visiteur peut donc ici prendre une idée générale des principaux appareils usités dans les laboratoires de microbie. Ces appareils, nous ne saurions les passer en revue; nous signalerons seulement le filtre Chamberland à pression qui est l'appareil indispensable pour l'étude des poisons solubles nés dans les cultures microbiennes, poisons dont le type est le poison diphthérique de MM. Roux et Yersin.

Dans l'exposition de M. Wiesnegg on remarquera au milieu d'autres instruments (étuve Pasteur, four à flamber de grande dimension, etc.) un appareil à filtrer des plus simples et d'une grande commodité : c'est une ingénieuse utilisation pour la microbie des bougies Chamberland. La maison Wiesnegg a exposé aussi deux beaux spécimens de ses autoclaves, l'instrument de stérilisation par excellence, auquel le premier rang reste sans contestation, en dépit des reproches, sans aucun fondement d'ailleurs, qui lui ont été adressés et qui n'ont place que dans les ouvrages d'outre-Rhin; à remarquer enfin un four qui rend les plus grands services pour la crémation des animaux de petite taille.

Au premier étage du palais des Arts libéraux, dans la section de l'enseignement supérieur, M. d'Arsonval a exposé ses étuves auto-régulatrices : celle de l'ancien modèle 1876, et celle du nouveau modèle 1888 à régulateur métallique indéréglable.

IX. La microbie française en 1889. Ses travaux, ses laboratoires, ses centres d'enseignement, ses journaux.

Nous voici arrivé au terme de notre visite aux expositions de microbie; nous avons passé en revue tout ce qu'elles renferment, et peut-être avons-nous mérité le reproche d'avoir fait cette revue un peu longuement. Si nous sommes coupable, nous ne mériterons aucune circonstance atténuante, car nous sommes coupable avec préméditation. Nous voudrions même aggraver notre faute, et ne pas terminer sans avoir dit un mot d'ensemble de la microbie française, de ses découvertes, de ses travaux, de ses laboratoires, de ses centres d'enseignement et de ses organes spéciaux. Nous voudrions en un mot dresser le bilan de la microbie française en 1889. Ce nous sera une occasion de parler des absents, de ceux qui ne figurent ni au Champ de Mars, ni à l'Esplanade, ni dans les galeries du quai d'Orsay, et qui cependant, à des titres divers, ont contribué à l'éclat de la microbie française.

Résumons d'abord rapidement les travaux principaux de notre Ecole française :

Le laboratoire de l'École normale, aujourd'hui l'Institut Pasteur, dont l'histoire serait à peu de chose près l'histoire complète de la microbie pendant de longues années, nous a donné le charbon, le choléra des poules, le rouget, la rage, les vaccins du charbon, du rouget et de la rage, et plus récemment la vaccination contre le vibrion septique et une admirable étude sur la diphthérie.

Du laboratoire de l'École d'Alfort nous sont venus les travaux sur les mammites, le farcin du bœuf de la Guadeloupe, et aussi (MM. Nocard et Roux) la culture de la tuberculose, et la vaccination des ruminants contre la rage.

Le laboratoire de bactériologie de la Faculté nous a donné un beau travail sur la fièvre typhoïde et la pneumo-entérite infectieuse des porcs.

L'École de Lyon a produit une série de travaux magistraux

sur le charbon bactéridien, le vibrion septique; nous lui devons l'étude complète du charbon bactérien.

Au laboratoire de pathologie générale de la Faculté, M. Charrin a poursuivi ses belles études expérimentales sur la pyocyanine.

Faut-il rappeler enfin que la pneumonie, maladie microbienne, est une découverte française, et que le microbe de la septicémie salivaire de Pasteur, agent pathogène de la pneumonie fibrineuse a été trouvé dans le poumon pneumonique par M. Talamon pendant que Fränkel l'étudiait aussi en Allemagne, et a fourni à M. Netter l'occasion d'une intéressante série de travaux?

Nous pourrions poursuivre cette énumération; c'est inutile. Nous n'avons voulu que mettre en relief les travaux capitaux de notre Ecole française.

Il est une autre façon encore d'en faire ressortir l'importance considérable, c'est d'énumérer la série des grandes maladies microbiennes de l'homme et des animaux, et de montrer quelle part les savants français et étrangers ont eue dans la découverte de l'agent pathogène et l'étude initiale de ces maladies.

A. Maladies connues à l'homme et aux animaux. — *Charbon bactéridien:* Davaine, Koch, Pasteur; *morve:* Löffler et Schutz, Bouchard, Capitan, Charrin; *tuberculose:* Koch; *septicémie* (vibrion septique): Pasteur, Chauveau et Arloing.

B. Maladies spéciales à l'homme. — *Fièvre typhoïde:* Eberth, Gaffky; *lèpre:* A. Hansen; *pneumonie:* Talamon, Fränkel; *diphthérie:* Löffler, Roux et Yersin.

C. Maladies spéciales aux animaux. — *Charbon bactérien:* Arloing, Cornevin, Thomas; *rouget:* Pasteur et Thuillier; *pneumo-entérite infectieuse:* Salmon, Cornil et Chantemesse; *mammites:* Nocard; *farcin du bœuf de la Guadeloupe:* Nocard; *choléra des poules:* Pasteur et ses élèves.

Les noms de nos célèbres compatriotes reviennent à chaque ligne dans cette énumération; faut-il ajouter encore que toute la question des vaccins, que toute la question des poisons solubles est française, éminemment française, qu'on n'y compte que les noms de Pasteur, Chauveau, Roux et Chamberland; faut-il dire que toute cette merveilleuse étude de la rage que chacun connaît est sortie du seul laboratoire de l'Ecole normale; faut-il enfin écrire, et c'est par là que j'aurais dû commencer sans doute, que, sans M. Pasteur, la microbie n'existerait pas? S'il est une science éminemment française, c'est celle-là, nous pouvons le dire hautement.

Chaque jour la microbie prend une plus grande extension chez nous; elle y possède des centres d'enseignement de haute valeur. M. Roux fait à l'institut Pasteur une série de cours qu'il est bien inutile de louer; M. Chantemesse enseigne à la Faculté dans le laboratoire de bactériologie; M. Vaillard a inauguré au Val-de-Grâce un cours où les médecins militaires viendront tour à tour se familiariser avec la microbie; on voit que l'enseignement est bien développé à Paris. Je ne sais ce qu'il est en province, mais il y a tout au moins lieu de supposer qu'à Lyon, Bordeaux, Nancy, etc., il s'est créé aussi des centres d'enseignement.

Nombreux sont à Paris les laboratoires d'étude de microbie. A leur tête est l'institut Pasteur avec ses divisions: microbie technique, microbie générale, vaccins, etc.; avec ses chefs de service, MM. Duclaux, Roux, Chamberland, etc. A la Faculté de médecine, nous trouvons le laboratoire du professeur Cornil, dirigé par M. Chantemesse. Mais ce n'est pas tout encore; on fait de la microbie au laboratoire de M. Bouchard, au laboratoire de M. Straus, etc. M. Netter a commencé ou va commencer au laboratoire d'hygiène pendant ces vacances un cours de microbie appliqué à l'hygiène.

A Alfort est le beau laboratoire de M. Nocard, où se forment aux doctrines nouvelles les élèves de quatrième année. Au Val-de-Grâce, nous voyons le laboratoire de M. Vaillard.

On fait de la microbie aussi, une microbie spéciale, un peu en dehors du cercle de nos études, mais tout aussi intéressante, toute aussi fertile en beaux résultats, chez M. Duclaux, à l'Institut agronomique.

J'en passe certainement, mais des recherches plus longues que celles que comporte la rédaction de cet article écrit de mémoire au courant de la plume, pourraient seules me permettre d'être complet. En parcourant nos hôpitaux, on y trouverait plus d'un laboratoire, plus d'un centre d'études microbiologiques, tel que celui que M. Dujardin-Beaumetz a créé à Cochin et que dirige M. le docteur Dubief.

Un mot maintenant, qui sera le dernier, sur les organes spéciaux de la microbie.

Pendant de longues années, la microbie française n'a pas possédé d'organes qui lui fussent propres: les notes aux Sociétés savantes, les publications dans les revues ou journaux médicaux étaient ses seuls moyens de publicité. Aujourd'hui cet état de choses s'est profondément modifié; des journaux, des publications spéciales se sont créés, dont le nombre n'a fait qu'augmenter. Citons parmi ces organes spéciaux les *Annales de l'institut Pasteur*, créées en 1887, dirigées par M. Duclaux; les *Archives de médecine expérimentale*, nées en 1889 de la scission des *Archives de physiologie*; le *Journal de micrographie*, de M. Miquel; le *Journal hebdomadaire des connaissances médicales*, du professeur Cornil, qui n'est pas exclusivement, mais est surtout un journal de microbie. Le nombre croissant et l'importance de ces publications spéciales attestent la marche rapide de cette science si pleine d'intérêt, qui nous a tant donné, mais nous promet plus encore.

Dr L.-H. THOINOT.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Ont été promus: *Au grade de médecin principal de première classe:* M. Réech.

Au grade de médecin principal de deuxième classe: M. Demmler.

Au grade de médecin-major de première classe: MM. Desmons et de Ferré.

Au grade de médecin-major de deuxième classe: MM. Pélix et Jette.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre le décès de M. le docteur Oré, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Bordeaux, chirurgien honoraire de l'hôpital Saint-André, plusieurs fois lauréat de l'Institut, connu par un grand nombre de recherches scientifiques, notamment sur la transfusion du sang et les injections intra-veineuses de chloral.

MORTALITÉ A PARIS (35e semaine, du 25 au 31 août 1889. — Population: 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 22. — Variole, 6. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 11. — Diphthérie, croup, 18. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 175. — Autres tuberculoses, 14. — Tumeurs: cancéreuses, 48; autres, 3. — Méningite, 27. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 35. — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 51. — Bronchite aiguë, 28. — Bronchite chronique, 14. — Broncho-pneumonie, 19. — Pneumonie, 41. — Gastro-entérite: sein, 19; biberon, 98. — Autres diarrhées, 4. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 21. — Sénilité, 29. — Suicides, 10. — Autres morts violentes, 4. — Autres causes de mort, 164. — Causes inconnues, 11. — Total: 904.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

20331 — MOTTEROZ. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 18 septembre 1889.

Académie de médecine : **Vomissements incoercibles de la grossesse. — Accidents dus à la vaccine.**

Les vomissements incoercibles constituent l'une des complications les plus graves de la grossesse. Rebelles à la plupart des médications internes conseillées dans le but de les faire cesser, ces vomissements cèdent parfois presque spontanément; mais, dans d'autres circonstances, ils paraissent assez sérieux pour que l'on doive poser la question de l'avortement provoqué. Aussi faut-il savoir gré à M. Guéniot, qui depuis si longtemps déjà s'est occupé de ces accidents (Th. d'agr. 1863), d'avoir essayé de bien préciser les indications du traitement qui peut leur être opposé. Celui-ci est et doit être très variable, puisque les causes les plus multiples peuvent provoquer et entretenir les vomissements de la grossesse. Nous n'en sommes plus, en effet, au temps où l'on pouvait soutenir qu'ils dépendent exclusivement soit d'une déviation utérine (Graily-Hewitt), soit d'une lésion inflammatoire du col ou du parenchyme utérin (Bennett, Horwitz, etc.).

Sans doute, il conviendra toujours d'examiner soigneusement à ce point de vue les femmes qui souffrent de vomissements incoercibles, et parfois, M. Guéniot a insisté sur ce mode de traitement, le redressement de la matrice, une position spéciale (soit la position genu-pectorale que recommandait Campbell, soit le décubitus avec surélévation du siège et déclivité du tronc) ou l'application d'un pessaire de Gariel arrêteront tous les accidents observés. J'ai vu moi-même dans deux ou trois circonstances, où une sialorrhée des plus pénibles avait précédé et accompagnait des vomissements assez rebelles pour causer de grandes inquiétudes, l'application d'un pessaire spécial, ayant pour unique objet de redresser la matrice, arrêter presque immédiatement la sialorrhée et les vomissements. Dans ces cas, il est vrai, il importe de s'assurer aussi que le col de la matrice n'est point ulcéré. Alors, en effet, qu'il existe des ulcérations étendues avec leucorrhée abondante, un traitement topique local doit toujours précéder l'application du pessaire.

Mais, il faut le reconnaître, les vomissements incoercibles dépendent plus fréquemment encore d'une surexcitabilité du centre réflexe ou d'un état maladif des voies digestives. Sans doute l'irritation initiale a toujours son point de départ dans l'utérus. Et cependant on n'arrive à arrêter les symptômes qu'en agissant sur le centre médullaire ou en modifiant les sécrétions de la muqueuse gastro-intestinale.

FEUILLETON

La médecine à l'Exposition universelle de 1889.

(Quatrième article.)

Il est difficile d'attirer comme il convient l'attention des visiteurs d'une Exposition universelle sur les œuvres d'assistance ; les résultats obtenus ne peuvent être indiqués que par des graphiques ou des maquettes, qui n'arrêtent la foule qu'autant que les uns et les autres présentent dans leur forme ou leurs dispositions un attrait spécial. Seules, des œuvres riches ou l'administration peuvent disposer d'emplacements suffisants pour montrer leurs installations à la fois dans tout leur ensemble et dans les détails importants. Encore faudrait-il que leur exposition fût clairement disposée, sans trop d'encombrement, qu'elle pût ainsi servir d'enseignement sous la forme si utile d'une leçon de choses.

Il serait difficile d'accorder ces qualités au déballage bizarre et incohérent que représente au Champ de Mars l'exposition de l'administration de l'assistance publique de Paris; ici ce sont les meubles construits par les enfants moralement abandonnés, qui viennent encombrer l'espace réservé et empêcher la vue de la plupart des objets placés dans le même local; là ce sont des tableaux et des dessins accrochés à des hauteurs démesurées et dont on n'aperçoit pas plus les parties essentielles que les rivets du sommet de la tour Eiffel; ici encore les travaux entrepris dans les laboratoires des hôpitaux, tels que ceux de MM. Charcot, Dujardin-Beaumetz, Damaschino, Quinquaud, Luys, etc., sont cachés derrière des meubles ou rassemblés dans des vitrines étroites, hermétiquement closes, etc., etc. Fort heureusement cette administration a publié un exposé général de ses services en 1889, claire-

Or c'est à ce point de vue que les médicaments sont nombreux et, en général, peu actifs. M. Guéniot recommande de calmer l'éréthisme nerveux par l'usage du chloral bromuré, du refroidissement de la région spinale et de tous les antispasmodiques. Parmi ces derniers, nous recommanderions volontiers les teintures éthérées de valériane, le valérianate de cérium, le bromure de camphre, mais surtout l'association des injections hypodermiques d'atropine faites au creux épigastrique avec l'usage de lavements antispasmodiques.

Dans certains cas, les inhalations d'oxygène, très fréquemment renouvelées et très largement prescrites, donnent aussi d'assez bons résultats.

Enfin on ne saurait trop insister sur l'importance du régime. Celui-ci, essentiellement variable suivant les malades, doit être incessamment modifié suivant les goûts, je dirais volontiers les caprices individuels; certes il faut proscrire les alcools, le vin, les acides, etc., mais il convient surtout de chercher lentement, patiemment, en commençant par ceux qui réussissent d'ordinaire, et en particulier par les laitages et les purées de légumes, les aliments qui peuvent être tolérés. Il faut aussi bien veiller à l'état des voies digestives. Que de fois l'emploi méthodique de pilules drastiques a-t-il suffi à enrayer des vomissement rebelles! Enfin, il convient de faire analyser les urines de la malade et de rechercher si une auto-intoxication ne vient pas fréquemment entretenir les troubles gastro-intestinaux.

Le traitement des vomissements de la grossesse est donc affaire de tact médical et de prudence thérapeutique. La question de l'avortement provoqué ne doit être posée que lorsque la vie de la malade est gravement compromise. En suivant les conseils donnés par M. Guéniot, en évitant tout aussi bien l'abstention systématique que les médications trop multipliées et trop fréquemment variées, on arrivera assez souvent encore à de bons résultats.

— L'Académie et le public médical se sont associés aux paroles de gratitude adressées à M. Hervieux par M. le secrétaire perpétuel. On ne saurait trop louer en effet le dévouement infatigable avec lequel M. le directeur de la vaccine s'acquitte de tous ses devoirs et la loyauté avec laquelle il rend compte à ses confrères do tous les accidents imputables à la vaccine. Le rapport si consciencieux qu'il vient d'écrire au sujet de l'épidémie de La Motte-aux-Bois, démontre une fois do plus les difficultés du diagnostic différentiel entre la vaccine ulcéreuse et la syphilis vaccinale. A ce point de vue surtout, il paraîtra intéressant. Mais, puisqu'il faut attendre quelques semaines avant de savoir exactement quelle a été la nature des accidents provoqués par le médecin vaccinateur, il paraîtra juste d'insister sur ceux de leurs caractères qui font espérer que l'on n'a pas eu affaire à la syphilis et de rassurer ainsi les familles des victimes. Espérons que très prochainement M. Hervieux pourra annoncer à l'Académie qu'il ne s'agissait que d'une vaccine ulcéreuse, peut-être déterminée par l'inoculation faite à l'aido d'instruments contaminés.

CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES

Sur les mélanges de teintures alcooliques avec les liqueurs de Fowler et de Pearson.

Ainsi que la chimie, la pharmacie a sa nomenclature, et il est indispensable de l'appliquer dans la rédaction d'une ordonnance. C'est le moyen d'éviter les mécomptes.

Les fabricants de spécialités pharmaceutiques se soucient fort peu de la nomonclature; mais le Codex vient périodiquement remettre les choses en l'état; et il est de l'intérêt des praticiens de suivre ses enseignements, afin d'éviter de formuler des mélanges qui, par l'incompatibilité des substances qui les composent, trahissent les intentions de leurs auteurs. Il est, d'autre part, indispensable d'interdire aux pharmaciens de donner un nom bizarre aux médicaments nouveaux qu'ils présentent au corps médical.

S'il était possible de faire adopter cette mesure, on ne verrait plus un fait comme celui qui s'est passé, il y a quelques années, où l'auteur de la découverte si remarquable du principe immédiat de l'ergot de seigle, a été obligé de lui donner le nom d'*ergotinine*, parce qu'il avait plu à un ancien confrère (qui voulait créer une espèce de dragées antihémorrhagiques) de baptiser *ergotine* un extrait hydroalcoolique de seigle ergoté. Le nom de *quinium* qui a été appliqué à un extrait de quinquina à la chaux, ne serait pas admis davantage; car nous savons tous à quels corps on attribue les terminaisons *ine* et *um*.

Il est également désirable qu'on n'hésite pas à sacrifier les vieilles appellations qui ne présentent pas à l'esprit une idée exacte de la préparation. Ainsi qu'appelons-nous *liqueur?* un mélange d'alcool, de sirop et d'eau. Pourquoi alors con-

---

ment rédigé, qui permet d'étudier l'état actuel de cette grando administration et de trouver un fil conducteur au milieu des innombrables objets qu'ello a placés les uns sur les autres pour les mieux exposer.

La population secourue annuellement par l'administration générale de l'assistance publique à Paris est évaluée à 406213 personnes en 1889, comprenant: 137900 malades traités dans les hôpitaux (11739 lits), 12441 infirmes ou vieillards entretenus dans les hospices, maisons de retraite et fondations (10444 lits), 8000 enfants placés en dépôt (604 lits), 2200 aliénés dans les quartiers de Bicêtre et de la Salpêtrière (1576 lits), 4500 enfants assistés à l'hospico dépositaire, 30000 enfants assistés existant à la campagne, 3600 enfants moralement abandonnés, 9000 enfants secourus, 92248 indigents secourus à domicile, 87300 malades traités à domicile, 11400 accouchées à domicile et 7614 accouchées chez les sages-femmes de la ville.

D'après le recensement officiel de 1886, la population de la ville de Paris est de 2344500. Il faut observer que ce chiffre de 406213 personnes est supérieur au chiffre réel des individus secourus, car une même personne peut être comptée dans ce nombre à des titres divers. En effet, au cours de la même année, elle peut obtenir un ou plusieurs secours du bureau de bienfaisance, avoir été, comme malade, traitée à domicile et à l'hôpital; enfin, avoir ensuite obtenu son admission dans un hospice.

Un budget considérablo est nécessairomont affecté à ces services; il dépasse de beaucoup celui de bien des petits Etats. Pour l'exercice courant, en effet, les recettes ordinaires sont de 6353700 francs, provenant de revenus propres, immobiliers et mobiliers, 3680000 francs produits par les droits attribués en sa faveur, 3488637 fr. 90 dus aux produits intérieurs et à des remboursements divers, notamment à celui des frais de séjour et de pension dans divers établissements, 3562600 francs produits de revente d'objets par les magasins généraux, 1631700 francs recettes des ser-

server ce nom à de simples solutions aqueuses, telles que celles de Fowler et de Pearson? Le Codex ne les appelle pas liqueurs, mais bien *solutions*. Ce nom impropre de *liqueur* porte les médecins à croire que ces liquides peuvent être impunément mêlés à des teintures ; et de là des formules telles que celle-ci :

Teinture de noix vomique....	ãã 10 grammes.
Teinture de badiane.........	
Liqueur de Pearson...........	

On y fait entrer aussi les teintures de Baumé, de gentiane, de quinquina, d'écorces d'oranges amères, de colombo, avec la liqueur de Fowler (qui en fait d'alcool, ne contient que 3 pour 100 d'alcoolat de mélisse). L'eau de ces prétendues liqueurs précipite, en partie, les principes que l'alcool avait dissous, et fait disparaître l'homogénéité du mélange. En effet, on le voit se troubler, et il est nécessaire de l'agiter, si l'on veut que chaque goutte ait la même valeur médicamenteuse.

Mieux vaut donc, dans ces mixtures, employer les sels arsenicaux que leurs solutions officinales ; et ainsi formuler :

Teinture de noix vomique....	ãã 10 grammes.
Teinture de badiane.........	
Arséniate de soude.........	2 centigrammes.

Chaque gramme de cette mixture, — ou cinquante gouttes du compte-gouttes officinal, — contiendra un milligramme d'arséniate alcalin.

Le médicament sera ainsi d'une précision absolue et d'une conservation indéfinie.

Pierre VIGIER.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Du traitement antiseptique de la phthisie par le calomel.

Ce traitement a été prescrit par divers médecins allemands et entre autres par M. Dochmann. Ses indications sont la première ou la seconde période de la tuberculose et son objet est d'agir comme parasiticide et comme antiphlogistique.

Il consiste à prescrire des pilules de calomel à doses décroissantes: le premier jour, 12 pilules ; le deuxième jour, 10 pilules ; le troisième jour, 8 pilules, et pendant un à deux mois, 6 pilules, en ayant soin de suspendre le traitement pendant deux ou trois jours à la fin de chaque semaine.

Parmi les formules adoptées, en voici quelques-unes :

1° *Pilules au calomel et à la pepsine.* — On les préférera si on craint des troubles gastriques.

Calomel à la vapeur.........	60 centigrammes.
Pepsine....................	3gr,50
Teinture d'opium...........	XXX gouttes.
Extrait de phellandrie.......	q. s.

F. s. a. 60 pilules. Deux toutes les deux heures.

2° *Pilules au calomel et à l'ergotine.* — On les administrera en cas d'hémoptysies.

Calomel à la vapeur.........	60 centigrammes.
Pepsine....................	3gr,50
Ergotine de Bonjean........	10 centigrammes.
Réglisse pulvérisée..........	q. s.

F. s. a. 60 pilules.

3° *Pilules au calomel et à la jusquiame.* — Elles ont pour objet de diminuer la toux et d'exercer une sédation.

Calomel....................	60 centigrammes.
Pepsine....................	3gr,50
Extrait de jusquiame........	30 centigrammes.
Extrait de phellandrie.......	q. s.

F. s. a. 60 pilules.

Cette médication est donc une véritable mercurialisation des phthisiques.

Ch. ÉLOY.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

CÉCITÉ SUBITE PAR RAMOLLISSEMENT DES DEUX LOBES OCCIPITAUX, par M. le docteur P. OULMONT, médecin de l'hôpital Tenon.

Si les localisations motrices de l'écorce cérébrale sont devenues un fait banal, accepté de tous sans discussion, il n'en est pas de même des localisations sensitives et sensorielles. Les données expérimentales sont rares, car l'observation physiologique de troubles aussi délicats que ceux des sens est difficile chez les animaux; les faits cliniques ne le-

---

vices ayant un reveuu distinct, 18 419 262 fr. 10 de subventions municipales et départementales et 4 181 700 francs de recettes extraordinaires, soit au total un budget de recettes s'élevant à 41 417 600 francs, dont 37 235 900 francs pour les recettes ordinaires et 4 181 700 francs pour les recettes ordinaires. Quant aux dépenses, il faut compter 2 032 000 francs pour les dépenses générales d'administration, 582 200 francs charges spéciales des revenus, 19 846 100 francs pour le service de santé et les services économiques, 9 493 300 francs pour le service des secours, 1 631 700 francs comme dépenses des services ayant un revenu distinct, 87 500 francs pour le fonds commun de réserve, 4 181 700 francs pour les dépenses extraordinaires, et, si l'on y ajoute 3 562 600 francs, représentant les dépenses par suite de revente d'objets par les magasins généraux, on arrive à un total de 41 417 600 francs égal à celui des recettes.

L'assistance publique de Paris a à sa disposition 11 001 lits d'hôpitaux et 12 370 lits d'hospices, soit au total 23 371 lits, chiffre relativement peu élevé pour une population d'environ deux millions et demi d'habitants, auxquels il faut ajouter les nombreux provinciaux et étrangers qui ont tant besoin de secours. La répartition de ces lits est bien divisée ; parmi les hôpitaux généraux, l'Hôtel-Dieu a 543 lits; la Pitié, 700; la Charité, 480; Saint-Antoine, 687; Necker, 430; Cochin, 343 ; Beaujon, 415 ; Lariboisière, 676 ; Tenon, 805; Laennec, 608; Bichat, 181; l'hôpital temporaire d'Aubervilliers, 184; Andral, 100 et Broussais, 270. Les hôpitaux spéciaux comprennent: Saint-Louis, 855 lits; le Midi, 327; Lourcine, 225; la maison et l'école d'accouchements, 234; la clinique d'accouchements, 140; la maison de santé, 344; Trousseau, 463; les Enfants-Malades, 593; Forges, 222; La Roche-Guyon, 100, et Berck-sur-Mer, 710.

Les hospices, maisons de retraite et fondations, renferment: Bicêtre, 2680 lits, dont 1577 pour les vieillards et les incurables, 534 pour les aliénés, 344 pour les enfants idiots et épileptiques, 59 pour des reposants et 166 lits d'in-

sont pas moins. Ainsi, pour ne parler que des localisations sur l'organe de la vision, et sans m'arrêter aux cas d'hémianopsie corticale, qui ne rentrent pas directement dans mon sujet, je trouve à citer seulement cinq observations précises de cécité complète par lésion de l'écorce cérébrale. On les lira en détail dans un excellent mémoire de Chauffard, paru récemment dans la *Revue de médecine*, p. 131, 1888, et qui donne une idée complète de l'état actuel de la science sur cette question. Je me contente ici de les rappeler en les résumant brièvement :

Obs. de M. Chauffard. — Cécité absolue; hémorrhagie dans l'intérieur des deux lobes occipitaux; gros foyer récent à droite, évidant la pointe du lobe occipital, sans atteindre tout à fait l'écorce du cunéus et des circonvolutions temporo-occipitales, ayant en dehors fait éclater l'écorce sous forme d'un sillon ovalaire de 5 centimètres, à cheval sur les deuxième et troisième circonvolutions occipitales. A gauche, foyer ocreux de 15 millimètres en dehors de la paroi externe du prolongement occipital du ventricule latéral. Ces foyers détruisent la partie terminale des fibres optiques centripètes au point où elles s'irradient jusqu'au centre visuel cortical.

Obs. de M. Bouveret (*Lyon médical*, 1887, p. 137). — Cécité absolue et subite. Ramollissement profond occupant à gauche le cunéus presque tout entier, les deux tiers de la deuxième circonvolution temporo-occipitale, et la moitié postérieure de la première circonvolution temporo-occipitale; à droite, le cunéus presque tout entier, les deux tiers postérieurs de la première et de la deuxième circonvolution temporo-occipitale.

Obs. de M. O. Berger (cité par Chauffard). — Cécité complète, progressive. Ramollissement superficiel occupant à droite la partie moyenne de la première circonvolution occipitale. A gauche, ramollissement de tout le lobe occipital jusqu'à la scissure perpendiculaire externe, du lobe temporal jusqu'à la fosse sylvienne; enfin, de presque toute la couche optique.

Obs. de M. O. Berger (cité par Chauffard). — Cécité incomplète et progressive avec retour partiel et momentané de la vision. Ramollissement étendu à gauche à la plus grande partie du lobe occipital jusqu'à la scissure perpendiculaire externe; à droite, deux petits foyers dans le lobe occipital, l'un à la face supérieure, au niveau de la deuxième circonvolution occipitale; l'autre, à la face inférieure, sur la première circonvolution occipitale, à 1 centimètre environ de la pointe du lobe.

Obs. de M. Pflüger (cité par Chauffard). — Cécité subite par coup de feu de la région occipitale. Lésions profondes des deux lobes où des grains de plomb sont restés fixés.

Outre ces cinq observations si démonstratives, Chauffard note encore un cas de Nothnagel, cité par Séguin, et quatre cas de Fürstner, moins probants, parce qu'ils se sont produits chez des paralytiques généraux. Depuis la publication de son mémoire, aucun cas nouveau n'a été publié, du moins à ma connaissance, dans les recueils français ou étrangers; aussi, devant ce nombre si réduit de faits cliniques, l'observation que je viens de recueillir dans mon service, très nette et tout à fait confirmative de l'anopsie par lésion des lobes occipitaux, prend-elle une réelle importance.

Obs. — F..., soixante-sept ans, charpentier, est apporté le 9 mai 1889 dans mon service, salle Pidoux, à l'hôpital Tenon. Le malade, couché sur le dos, est plongé dans un état demi-comateux, tantôt tranquille, tantôt jetant bras et jambes sur son lit, prononçant de temps en temps des mots incohérents, entremêlés de grognements sourds. Cependant il paraît entendre et comprendre jusqu'à un certain point ce qu'on lui dit. Il répond parfois exactement par monosyllabes, mais la plupart du temps ses paroles sont tout à fait incohérentes.

On remarque alors un fait tout d'abord inaperçu, car le malade ne s'en plaint pas : c'est une cécité absolue. Les pupilles sont dilatées, et presque immobiles. Une lumière intense ne semble pas avoir d'action sur elles. Les autres sens : goût, ouïe, odorat, sont intacts. La sensibilité générale est obtuse, mais conservée, l'état mental du malade permet seulement de constater l'intégrité de la sensibilité à la douleur.

Pas de paralysie morbide, sauf dans le membre supérieur gauche, qui de plus présente une contracture assez accentuée; le coude dans la flexion, l'épaule rapprochée du tronc, mais le poignet mobile. Les tentatives d'extension sont douloureuses et exigent une assez grande force.

Pas de troubles trophiques. Le malade, nourri avec la sonde œsophagienne, digère ce qu'on lui donne. Constipation opiniâtre. Incontinence d'urine. L'urine obtenue par la sonde ne contient ni sucre, ni albumine.

Cœur normal. Artères athéromateuses. Emphysème pulmonaire.

La femme du malade renseigne sur le début des accidents. Quinze jours environ avant son entrée à l'hôpital, F... est pris en travaillant d'étourdissements, sans chute et sans perte de connaissance, de maux de tête diffus et persistants. Vers le 4 mai, il sent dans les membres des fourmillements. Il quitte son travail et prend le lit. A ce moment, et les jours suivants, il ne se plaint d'aucun trouble de la vue. Le 9 au matin, on trouve le malade dans son lit complètement aveugle, et dans un demi-coma, et c'est dans cet état qu'on l'apporte le jour même à l'hôpital. Les phénomènes restent sans changement jusqu'à la mort, arrivée dans la nuit du 15 mai.

Autopsie pratiquée le 17. Cerveau. — Rien d'anormal dans les méninges, sauf quelques adhérences avec la dure-mère vers la partie antérieure des hémisphères cérébraux.

Plaques athéromateuses prononcées sur les artères de la base de l'encéphale.

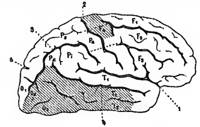
---

firmerie. Un quartier tout nouveau, commencé en 1883, est réservé aux enfants atteints de maladies nerveuses, désignés d'ordinaire sous le nom d'idiots épileptiques et au nombre desquels sont compris également les arriérés, les imbéciles, les hémiplégiques et de véritables aliénés. On essaye, suivant les justes remarques de MM. Bourneville et Pinon, de mettre un peu de clarté dans leur intelligence obscurcie, d'assouplir leurs membres et de les faire participer, autant que possible, aux avantages de la vie humaine. L'enseignement qu'on leur donne et qui repose sur l'éducation première des sens, a pour véritable créateur un Français, Edouard Seguin, qui, après avoir commencé l'application de sa méthode avec Itard, puis avec Esquirol, ensuite seul, soit dans son école de la rue Pigalle, soit à l'hospice des Incurables (1841), fut nommé, à la suite d'un rapport d'Orfila au Conseil général des hospices, instituteur des enfants de Bicêtre (9 novembre 1842). Tous les services affectés au traitement physique et moral de ces enfants ont été groupés dans une construction spéciale. Les résultats obtenus sont tels que bon nombre des élèves qui paraissent devoir rester une charge constante pour la société, sont devenus des ouvriers capables de gagner leur vie.

La Salpêtrière a 3864 lits, dont 2555 d'administrés, 272 à l'infirmerie, 199 occupés par des épileptiques, 118 par des reposants et 720 par des aliénés; là aussi on trouve l'une des installations les plus remarquables des hôpitaux, celle des écoles d'enfants arriérés, dirigées par Mlle Nicolle avec un dévouement qui, depuis de longues années, ne s'est pas démenti un instant. Ajoutons l'hospice d'Ivry, dont les 2040 lits sont occupés par des incurables des deux sexes; l'hospice de Brévannes pour 100 administrés des deux sexes, augmenté prochainement de nouveaux bâtiments recevant de nouveaux pensionnaires en ménage au nombre de 182; l'hospice des enfants assistés, comprenant 750 lits ou berceaux, qui reçoit trois catégories d'enfants : 1° les enfants en dépôt, c'est-à-dire admis provisoirement pour

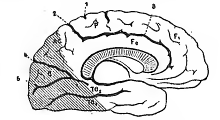
Intégrité absolue du cervelet, de la moelle allongée, des tubercules quadrijumeaux, des bandelettes et des nerfs optiques, ainsi que du chiasma. Toutes les lésions sont exclusivement situées dans les deux hémisphères.

Hémisphère droit. — 1° Foyer de ramollissement blanc, superficiel, siégeant sur la circonvolution frontale ascendante, commençant un peu au-dessous de l'insertion de la première



F..., Hémisphère droit, face externe.

circonvolution frontale, et s'étendant sur la face interne de l'hémisphère au tiers supérieur du lobule paracentral; 2° ramollissement blanc très étendu en surface et en profondeur, occupant presque tout le lobe occipital. A la face externe de l'hémi-

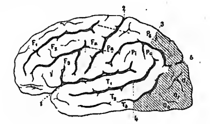


F..., Hémisphère droit, face interne.

sphère, il atteint la deuxième et la troisième circonvolution occipitale, épargnant la première circonvolution occipitale, la partie la plus inférieure du pli courbe, les deux tiers postérieurs des deuxième et troisième circonvolutions temporales. A la face interne de l'hémisphère, il atteint la première et la deuxième circonvolution temporale dans leur moitié postérieure, et tout le cunéus, jusqu'à la scissure perpendiculaire externe. Sauf le cunéus où l'écorce cérébrale seule est atteinte, le ramollissement est complet. Avec quelque soin que l'on enlève la pie-mère, on arrache la substance cérébrale; celle-ci forme une bouillie qu'un filet d'eau dissocie complètement. Dans la profondeur du lobe, le foyer n'est séparé de la corne occipitale du ventricule latéral que par une couche de tissu intact extrêmement mince.

Hémisphère gauche. — Ramollissement blanc, également étendu à toute l'épaisseur de la substance cérébrale, occupant, sur la face externe de l'hémisphère, les première, deuxième et troisième circonvolutions occipitales, et la partie postérieure du lobule pariétal supérieur; sur la face interne, la moitié postérieure des première et deuxième circonvolutions temporales, le cunéus, et la moitié inférieure du lobule quadrilatère. Le ramollissement est aussi complet que dans l'hémisphère droit.

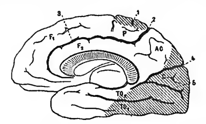
Poumons. — Emphysémateux.



F..., Hémisphère gauche, face externe.

Cœur gros; quelques lésions valvulaires, quelques plaques d'athérome, molles et isolées à l'origine de l'aorte.

Estomac. — Carcinome du pylore. Plaque dure, de la largeur d'une pièce de cinq francs, saillante de 2 à 3 millimètres,



F..., Hémisphère gauche, face interne.

formant un demi-anneau autour de l'orifice pylorique. Pas de changement de volume de l'estomac.

Reins normaux.

De ces divers faits ressort nettement cette conclusion: c'est qu'une cécité complète peut être produite en dehors de toute altération des nerfs optiques par la lésion des deux lobes occipitaux.

Cette conclusion est d'accord avec les notions aujourd'hui classiques que Wernicke a données sur le trajet du tractus optique, qui, à partir du chiasma, gagne sous la forme des bandelettes optiques, les corps géniculés, les tubercules quadrijumeaux et le tiers postéro-externe de la couche optique, reliée elle-même par un faisceau blanc au lobe occipital. Elle s'accorde également avec les résultats expé-

---

être rendus à leurs parents lorsque la cause du dépôt aura cessé; 2° les enfants assistés proprement dits et 3° les enfants moralement abandonnés; crèches, lazaret, infirmeries comprenant des pavillons isolés, les nourriceries pour les enfants atteints de maladies contagieuses et spécialement pour les enfants syphilitiques, l'annexe de Thiais pour recevoir les enfants en dépôt âgés de plus de dix-huit mois. Citons encore la maison de retraite des Ménages (1391 lits), les hospices La Rochefoucauld (221 lits), Sainte-Périne (226 pensionnaires des deux sexes), Saint-Michel à Saint-Mandé (20 administrés), Lenoir-Jousserand, également à Saint-Mandé (132 lits), la maison de la Reconnaissance, contenant 314 lits, Devillas (65 lits), Chardon-Lagache (150 lits), l'orphelinat Riboutté-Vitallis, à Forges, pour 40 enfants, la maison Galignani (100 lits), la maison Rossini (50 lits) et l'asile Lambrecht, à Courbevoie, comprenant 40 lits d'adultes des deux sexes et 70 de garçons.

Notons en passant que les lits de médecine sont au nombre de 6841 contre 3112 lits de chirurgie.

Indépendamment des accouchements faits dans les établissements spéciaux de l'assistance publique, c'est-à-dire la Maternité et la Clinique d'accouchements, et de ceux faits au domicile des personnes indigentes ou nécessiteuses par les sages-femmes des bureaux de bienfaisance, les services d'accouchements entretenus par l'administration comprennent des services internes dans les hôpitaux et des services externes chez des sages-femmes de la ville accréditées auprès des hôpitaux, dits sages-femmes agréées. Le service des accouchements chez les sages-femmes de la ville a été organisé il y a quelques années afin d'empêcher l'agglomération, dans les hôpitaux, d'un trop grand nombre de femmes accouchées et d'éviter ainsi les dangers d'affections puerpérales qui, autrefois, s'étaient déclarées dans certains services. Par suite de l'application de la méthode antiseptique, ce danger n'est plus à craindre aujourd'hui. Aussi

rimentaux de Munk, de Ferrier et Yeo chez le singe, qui établissent la production d'une cécité permanente par la destruction bilatérale des plis courbes et des lobes occipitaux. Enfin, elle pouvait être prévue après les observations assez nombreuses d'hémianopsie correspondant à la destruction totale ou partielle d'un des lobes occipitaux; une lésion bilatérale devait amener une double hémianopsie, et partant une cécité totale.

Reste à préciser plus exactement la localisation des lésions nécessaires à la production de l'autopsie. Là-dessus, le fait que j'ai observé ne peut rien ajouter aux connaissances acquises; les lobes occipitaux sont le siège d'une destruction trop grossière et trop étendue. Je dois me borner à y trouver leur confirmation. Toutes les régions auxquelles on attribue un rôle prédominant dans les perceptions visuelles sont atteintes; dans l'hémisphère droit, la partie inférieure du pli courbe et le cunéus, dans l'hémisphère gauche, le cunéus et la première circonvolution. La destruction des régions voisines a-t-elle aussi joué un rôle? C'est possible, car ici la cécité complète est restée permanente. La profondeur des lésions a probablement suffi à empêcher le retour partiel des fonctions signalées dans certains cas où le foyer était limité (Berger, deuxième observation); mais on peut aussi admettre que la destruction des régions voisines a rendu impossible toute suppléance fonctionnelle. Nothnagel (*Berliner klinisch. Woch.*, p. 331, mai 1887) n'a-t-il pas en effet montré que l'hémianopsie corticale permanente, duo ordinairement à la lésion du cunéus et de la première circonvolution occipitale, pouvait, dans d'autres cas, se rattacher à l'altération des deuxième et troisième circonvolutions occipitales? Or, chez mon malade, ces deux circonvolutions sont détruites.

La cécité corticale n'est presque jamais subite. La plupart du temps des troubles visuels variables la précèdent. Les deux lésions bilatérales de l'écorce ne sont pas simultanées, et c'est la deuxième lésion symétrique à la première qui vient compléter ou même accuser le syndrome clinique. Chez mon malade, comme chez celui de Bouveret, la cécité s'est établie d'un seul coup. Les phénomènes d'ordre cérébral qui ont précédé l'ictus, et parmi lesquels il n'existait aucun trouble visuel, doivent être le fait de la gène circulatoire qui précède si fréquemment chez les athéromateux la thrombose définitive et le ramollissement qui en est la conséquence.

Je note en passant la monoplégie avec contracture du bras gauche; elle est expliquée par le foyer isolé de ramollissement qui siégeait à la partie supérieure de la frontale ascendante droite. Enfin l'étendue des désordres explique suffisamment la dépression profonde dans laquelle le malade est resté plongé jusqu'à sa mort.

Pathologie générale.

Note pour servir de document aux recherches sur la nature et l'origine du tétanos, par MM. Jeannel, professeur à l'École de médecine, et Laulanié, directeur de l'École vétérinaire de Toulouse.

Il importe à la solution du problème de la nature et de l'origine du tétanos que toutes les recherches et tous les faits voient le jour de la publicité. En ce qui concerne les tentatives expérimentales, on en a annoncé beaucoup, on en a réussi quelques-unes, on en a publié bien peu et la plupart sans détails suffisants. Il est nécessaire cependant que toutes les expériences entreprises soient intimement connues; les échecs comme les succès ont en effet leur valeur; valeur absolue si l'expérience défie la critique, valeur relative si l'expérience est réformable : dans le premier cas, ils fixent la science; dans le second cas, ils indiquent aux chercheurs la voie à suivre et les écueils à éviter.

Les expériences que nous avons entreprises, pour éclaircir la question de la nature et de l'origine du tétanos, n'ont pas réussi à nous dévoiler ce qu'est ni même où est le tétanos; mais elles nous ont montré ce qu'il n'est pas et où il n'est pas. Si nous ne nous illusionnons pas, c'est là un résultat qui ne manque pas d'intérêt.

La première question que nous nous sommes posée est celle de la nature du tétanos; le tétanos est-il une maladie microbienne, ou bien une intoxication par une leucomaïne ou une ptomaïne imbibant la moelle épinière? Pour répondre à cette question, chacun de nous entreprit une expérience.

Expérience I. — Le 18 juin 1886, mourait en vingt-quatre heures du tétanos, à l'hôpital de Toulouse, une femme, dont l'observation a été publiée dans une lettre de M. le professeur Verneuil, dans la *Gazette hebdomadaire*. La moelle et le bulbe furent recueillis, pilés dans un mortier avec une faible quantité d'eau distillée et alcoolisée, pour empêcher la putréfaction. Le mélange fut filtré, le liquide obtenu fut bouilli et réduit par ébullition à la quantité de quelques grammes, qui furent injectés sous la peau de deux lapins. Ceux-ci n'en éprouvèrent aucun inconvénient.

Dans cette expérience, l'ébullition ou l'alcoolisation pouvaient avoir, en même temps qu'elles stérilisaient le liquide, détruit ou chassé les ptomaïnes. On ne saurait faire le même reproche à l'expérience suivante.

Expérience II. — Dans le courant du mois de juillet 1886, mourait en quarante-huit heures, dans les hôpitaux de l'École vétérinaire de Toulouse, un cheval atteint de tétanos trauma-

---

l'administration a-t-elle résolu de créer de nouvelles maternités dans les hôpitaux, en même temps qu'elle restreindrait peu à peu le service des accouchements en ville. La réalisation de cette mesure aurait pour conséquence une économie notable; un accouchement qui ne coûte en moyenne à l'hôpital que 30 francs revient chez une sage-femme agréée à 69 francs. Les hôpitaux de Paris comprennent 330 lits pour le service des accouchements et l'on compte 88 sages-femmes agréées auprès des hôpitaux, qui possèdent 268 lits. En 1888, 8029 accouchements ont été pratiqués à l'hôpital et 7382 chez ces sages-femmes.

Le corps médical des hôpitaux et hospices de Paris est composé de 88 médecins et 40 chirurgiens. Les uns et les autres sont chefs du service de santé; ils ne sont pas subordonnés, au point de vue du traitement des malades, à l'administration hospitalière; mais, d'autre part, ils n'ont pas à s'immiscer dans l'administration. Celle-ci paraît si désireuse d'exercer cette prérogative qu'elle a soin de nous apprendre « qu'en cette matière, comme le disait, non sans amertume, M. le professeur Léon Le Fort dans son intéressante notice sur les hôpitaux de Paris: ils ne peuvent que conseiller et se plaindre et non ordonner. Les regrets de l'éminent professeur, ajoute-t-elle, seraient sans doute atténués aujourd'hui; l'administration, en effet, ne manque pas d'écouter et de suivre les avis et les conseils des chefs de service, toutes les fois que ces éminents praticiens sont d'accord pour réclamer une réforme utile au malade ou à la science, et, en même temps, compatible avec les ressources du budget appelé à subvenir, non seulement aux besoins des indigents malades, mais aussi à ceux des vieillards, des infirmes et même des indigents valides ». On ne saurait plus largement témoigner de la prépondérance et de l'importance que cherchent à se donner les bureaux de l'assistance publique de Paris! Dans le corps médical des hôpitaux et hospices de Paris, il faut aussi compter 9 médecins du service des aliénés, chefs des quartiers d'aliénés

matique contre lequel on avait vainement essayé la névrotomie. La moelle recueillie, immédiatement après la mort, par M. Laulanié, fut découpée en fragments et hachée finement. La bouillie, mise en macération dans une grande quantité d'eau, environ deux litres, pendant douze heures, donna un liquide qui, dans l'hypothèse de la nature alcaloïdique de l'agent tétanigène, devait tenir en dissolution ou en suspension les ptomaïnes suspectes. Ce liquide, grossièrement filtré après décantation, fut injecté à doses massives à deux chiens et à un âne. Les chiens reçurent par la jugulaire 45 centimètres cubes et l'âne 90 centimètres cubes. Aucun des animaux ne fut atteint de tétanos.

Evidemment, s'il existe un virus tétanique microbien ou alcaloïdique inoculable par injection intraveineuse ou hypodermique, il n'était ni dans le liquide bouilli obtenu après trituration de la moelle et du bulbe de la femme, ni dans le liquide obtenu par macération de la moelle hachée du cheval. D'ailleurs, puisque dans la seconde expérience, il n'a été pris aucune précaution pour stériliser le liquide expérimenté, ce liquide devait bien contenir soit le microbe, soit la ptomaïne tétanigènes, si l'un ou l'autre avait habité la moelle, et cela d'autant plus sûrement que le liquide, n'ayant été que grossièrement filtré après décantation, devait par conséquent être chargé aussi des ptomaïnes non solubles dans l'eau. Il semble donc légitime de conclure que le virus tétanigène, s'il existe, n'est pas dans la moelle, qu'il soit ptomaïne ou qu'il soit microbe. Ne serait-il pas dans les muscles ou dans le sang? pas davantage, du moins les expériences suivantes ne nous ont pas permis de l'y découvrir.

Expériences III et IV. — 6 kilogrammes du muscle furent recueillis, le 9 février 1887, sur le cadavre d'une jument qui venait de succomber au tétanos. La masse, réduite en pulpe, fut divisée en deux portions : l'une, traitée par l'ébullition dans l'eau, servit à la confection d'un bouillon ; l'autre traitée, par l'eau froide, servit à la confection d'une simple macération.

80 centimètres cubes du bouillon furent injectés sous la peau d'un premier cheval; 80 centimètres cubes de la macération furent injectés sous la peau d'un deuxième cheval. Ni l'un ni l'autre n'eurent le tétanos.

Expérience V. — 1 centimètre cube de sang, recueilli, immédiatement après la mort, sur le cadavre de la même jument, fut injecté sous la peau d'un lapin qui n'eut pas le tétanos.

Que le virus tétanique habite les centres nerveux, les muscles ou n'importe quel autre système, c'est évidemment une question très intéressante à résoudre; mais il était non moins curieux de rechercher quelle est cliniquement l'origine du tétanos, ou, en d'autres termes, quel est l'agent de propagation de cette maladie.

Les expériences de Nicolaïer avaient paru démontrer que l'agent tétanigène existe dans le sol souillé par les chevaux, ou, plus exactement, par les déjections des chevaux. On sait en effet que Nicolaïer aurait réussi à développer des accidents tétaniques ou tétaniformes chez des lapins, sous la peau desquels il avait injecté un liquide chargé de terre, à condition que cette terre ait été foulée et souillée par des chevaux. La terre de ferme, la terre de route, ou de rue serait tétanigène, tandis que la terre de forêt ne le serait point.

Nicolaïer, du reste, si nous ne nous trompons pas, injectait ses lapins avec le liquide provenant de la macération de la terre expérimentée, sans filtration ; de telle sorte qu'il introduisait en même temps et le liquide suspect de virulence et des corps étrangers en soi inertes. C'était assurément compliquer l'expérience ; s'il existe un virus tétanique, c'est en effet un microbe ou une ptomaïne; dans les deux cas, la filtration grossière du liquide provenant de la macération de la terre suspecte laissera certainement passer le principe actif, tout en ayant l'avantage de supprimer l'intervention inopportune de corps étrangers. Que s'il était démontré que la présence de corps étrangers soit nécessaire à la genèse du tétanos, il serait démontré également que le tétanos n'est pas une maladie infectieuse. Mais il est au contraire certain que la présence d'un corps étranger dans la plaie n'est pas la condition *sine qua non* du développement du tétanos, puisque les cas sont nombreux en clinique où le tétanos a éclaté, violent et mortel, sans que la plaie renfermât le moindre corps étranger. Nous avons donc jugé qu'il était meilleur et plus démonstratif de débarrasser les liquides que nous expérimentions des corps étrangers dont ils étaient chargés, par la filtration sur un papier ou au moins sur un linge.

Nous nous sommes alors proposé de rechercher la capacité tétanigène : 1° de la terre d'une écurie où un cheval tétanique avait habité six mois auparavant;

2° De la terre d'une écurie qui n'aurait jamais été habitée, de mémoire d'homme, par un cheval tétanique ;

3° De l'urine d'un cheval atteint de tétanos ;

4° De la litière souillée par l'urine, le crottin et la sueur d'un cheval atteint de tétanos.

Nous avons en conséquence entrepris les expériences suivantes à l'école vétérinaire de Toulouse :

Expérience VI. — Le 11 novembre 1886, nous prenons dans l'écurie n° 11, qui, six mois auparavant, avait été habitée par le cheval tétanique, dont la moelle a servi à l'expérience II, mais qui, après avoir été soumise à un lavage à l'eau chaude, avait été habitée par d'autres chevaux malades, de la terre entre les pavés. Cette terre est une poussière de paille et de crottin. Nous faisons macérer cette terre, environ dix minutes, en la pilant dans un mortier avec de l'eau ordinaire. Quand la masse solide est bien imbibée, nous filtrons sur un linge. Le liquide obtenu est brun sale et très trouble ; nous en injectons :

---

de Bicêtre et de la Salpêtrière, dont 7 titulaires et 2 adjoints et 9 accoucheurs, comprenant également 7 titulaires et 2 adjoints. Sous leurs ordres sont 212 internes, dont 20 ont, de 1860 à 1888, succombé à des maladies contractées au lit des malades. Ajoutons que 8 dentistes, docteurs en médecine, sont chargés du traitement des maladies des dents dans les hôpitaux de Paris; ils doivent, outre leur visite hebdomadaire dans chacun des établissements de leur groupe, donner deux consultations, chaque semaine, dans un hôpital qui leur est désigné. Ajoutons enfin 22 pharmaciens, secondés par 133 élèves nommés à la suite d'un concours.

L'assistance publique apporte aux études scientifiques du corps médical des hôpitaux le concours que lui permettent les ressources de son budget. On compte aujourd'hui 35 laboratoires environ mis à la disposition des chefs de service des hôpitaux, nécessitant une dépense annuelle de 30000 à 40000 francs ; à ces chiffres il faut encore ajouter les frais occasionnés par les 16 laboratoires réservés aux pharmaciens des hôpitaux; de plus, l'assistance publique contribue, à titre purement gracieux, aux dépenses des 13 laboratoires relevant des cliniques médicales et chirurgicales créées par la Faculté dans quelques-uns de ses hôpitaux et hospices. Les dépenses occasionnés par ces services pour fournitures de produits doivent être évaluées pour chacun à 2000 francs par an environ. On a calculé d'après des documents officiels que de 1871 à 1886, soit pendant seize ans, ces 13 laboratoires dont 9 existaient seulement en 1879, ont coûté à l'administration hospitalière la somme de 221 500 francs. En outre, les écoles d'infirmiers et d'infirmières de Bicêtre, de la Salpêtrière et de la Pitié, créées par M. Bourneville, ont pu décerner, en 1888, 248 diplômes gagnés dans les cours professionnels de ces écoles. Ces cours répondent au programme suivant : administration et comptabilité hospitalière, anatomie, physiologie, pansements et petite chirurgie, hygiène, petite pharmacie, soins à donner

15 grammes dans la joue d'un âne;
15 grammes dans l'encolure d'un cheval;
10 grammes sous la peau du dos d'un chien.

Comparativement nous prenons dans l'écurie des étalons de l'école, c'est-à-dire dans une écurie qui jamais n'a contenu ou abrité de chevaux tétaniques, ni même malades, de la terre entre les pavés, que nous traitons de la même façon que la terre de l'écurie n° 11; nous injectons 5 grammes du liquide obtenu après macération et filtration grossière, dans le flanc d'un cheval.

Le résultat fut nul au moins en ce qui concerne le tétanos. Tous les animaux eurent des abcès septiques, voire même gangreneux chez l'âne, aucun n'eut d'accident convulsif, aucun ne succomba.

EXPÉRIENCE VII. — Le 15 janvier 1887, entrait dans les hôpitaux de l'Ecole vétérinaire une jument percheronne atteinte de tétanos à la suite d'une petite plaie contuse du genou du membre antérieur gauche. M. le professeur Mauri voulut bien la mettre à notre disposition. Il s'agissait d'un tétanos très franc, mais à forme chronique, terminé par la mort dans la nuit du 7 au 8 février.

Le 21 janvier, un cheval blanc, atteint de nombreuses tumeurs mélaniques, reçoit sur le côté droit du thorax, au niveau d'un espace intercostal, au voisinage d'un nerf par conséquent, une injection sous-cutanée de 50 grammes d'urines provenant de la jument tétanique sus-nommée.

Il n'y eut aucun résultat; le 1er février, le même cheval était en bonne santé; il a été sacrifié depuis.

EXPÉRIENCE VIII. — Le 21 janvier 1887, un petit cheval bai fut blessé largement à la sole et au paturon du membre postérieur gauche, la blessure saigna abondamment, il y avait perte de substance. Cela fait, l'animal fut installé dans l'écurie occupée par la jument tétanique, à côté d'elle et sur la même litière. La litière souillée par la jument tétanique était soigneusement placée sous le cheval blessé au pied.

Le même jour, deux lapins furent installés, dans une caisse, sur une litière faite avec du crottin de la jument tétanique et de la paille provenant de la litière souillée par cette même jument.

Le 22 janvier, un chien fut installé sur une litière semblable.

Le 24 janvier, l'un des lapins fut blessé à l'aide d'un large et profond coup de ciseau sur la face plantaire des deux pattes postérieures; le chien fut aussi blessé au membre postérieur gauche par une large excision du coussinet à l'aide d'un ou deux coups de ciseaux.

Les plaies fraîches du cheval, du chien et du lapin se trouvaient donc en contact immédiat avec la litière de la jument tétanique.

Aucun de ces animaux n'eut le tétanos; tous sont aujourd'hui en parfaite santé.

EXPÉRIENCE IX. — Le 29 janvier 1887, le nerf plantaire interne du membre antérieur gauche d'un vieux cheval est dénudé. Une injection interstitielle est pratiquée dans ce nerf à l'aide d'une seringue chargée d'un liquide obtenu par la macération de 170 grammes de crottin de la jument tétanique dans 790 grammes d'eau. La macération a duré dix-huit heures, le liquide a été filtré sur un linge; puis sur du papier à filtre ordinaire, le liquide était trouble couleur purin. La seringue contenait environ 40 grammes; l'aiguille a été portée dans la gaine du nerf entre les filets nerveux, mais une bonne partie du liquide s'est déversée dans la plaie après avoir rempli la gaine du nerf. Les filets nerveux ont certainement été atteints par l'injection.

L'animal n'eut pas le tétanos; il est aujourd'hui en parfait état. (8 février 1887.)

EXPÉRIENCE X. — Enfin 1 centimètre cube de sueur recueillie sur la même jument tétanique quelques instants avant sa mort, survenue le 9 février 1887, fut injectée sous la peau d'un lapin qui n'eut pas le tétanos.

Sans vouloir généraliser plus qu'il ne convient, nous croyons cependant qu'il résulte de nos expériences que :

1° La terre d'une écurie, souillée par les déjections de chevaux, n'ayant pas eu le tétanos, n'est pas tétanigène pour le cheval.

2° La terre d'une écurie, souillée par les déjections d'un cheval tétanique et mort tétanique, mais ayant été lavée à l'eau chaude puis habitée par d'autres animaux, n'est tétanigène ni pour le cheval, ni pour l'âne, ni pour le chien.

3° L'injection hypodermique d'urine ou de sueur provenant d'un cheval tétanique, n'est pas tétanigène pour le cheval (urines) ni pour le lapin (sueur).

4° L'injection interstitielle, dans la gaine d'un nerf, d'un liquide obtenu par macération du crottin d'un cheval tétanique, n'est pas tétanigène pour le cheval.

5° Le séjour prolongé sur une litière souillée par un cheval tétanique, n'est pas tétanigène pour le cheval, ni pour le chien, ni pour le lapin, même si ces animaux sont blessés et que leur plaie touche la litière suspecte (1).

On le voit, nos conclusions sont toutes négatives; nos recherches n'apportent donc pas une solution à la question du tétanos, mais n'eussent-elles d'autre avantage que de déblayer la route qui mènera au but, qu'on ne saurait leur refuser un brevet d'utilité.

CORRESPONDANCE

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE »

Vous avez publié dans l'avant-dernier numéro de votre estimable journal, une lettre d'un de nos confrères de Vannes, avec ce titre : *Cas de mort subite par une injection d'éther*.

L'anecdote, telle qu'elle est racontée, tend à prouver : 1° que,

(1) Dans une nouvelle série d'expériences, entreprises avec M. Mauri, professeur à l'Ecole vétérinaire, nous avons inoculé de la terre prise au voisinage du cadavre, enterré depuis deux mois, d'un âne mort du tétanos : nous n'avons pas obtenu de tétanos; nos inoculés sont morts de septicémie ou bien ont survécu.

---

aux femmes en couches et aux enfants nouveau-nés, exercices pratiques.

L'importance de plus en plus grande accordée à l'hygiène ne pouvait manquer de donner lieu à des applications nombreuses dans les hôpitaux de Paris. Une commission d'hygiène hospitalière, nommée depuis 1882, a pour mission d'étudier tous les procédés qui sont recommandés pour maintenir en état de salubrité ou pour assainir les hôpitaux. Elle a eu à s'occuper notamment de l'aération, du chauffage et de la ventilation des salles, de manière à porter de 40 à 50 mètres cubes la quantité d'air accordée à chaque malade au lieu de 12 à 16 mètres cubes qu'ils avaient d'ordinaire il y a un siècle. A l'heure actuelle tous les établissements sont pourvus d'une canalisation d'eau de source, indépendamment d'une, et même pour quelques établissements, de deux canalisations d'eau d'Ourcq ou d'eau de rivière, pour les besoins autres que ceux domestiques. Des plaques sont apposées au-dessus de chaque robinet pour indiquer si le liquide à en provenir est de l'eau de rivière ou de l'eau de source. D'autre part, tous les hôpitaux et hospices sont pourvus de services de bains avec hydrothérapie; les nouveaux procédés d'évacuation d'immondices s'y multiplient de plus en plus : des water-closets à siphon hydraulique avec réservoirs de chasse viennent remplacer les latrines d'autrefois; le tout à l'égout se réalise de plus en plus.

La localisation des maladies contagieuses dans un établissement spécial n'existe actuellement qu'à l'hôpital temporaire d'Aubervilliers pour la variole et dans les hôpitaux du Midi et de Lourcine pour les affections syphilitiques. Partout ailleurs l'administration a dû isoler les maladies contagieuses autant que le permettaient l'emplacement et la disposition des locaux. Dans tous les services d'isolement, quelques règles générales sont observées aussi strictement que possible : 1° séparation du service des contagieux et du personnel du surplus de l'hôpital; les dortoirs.

dans le cas particulier, la mort du malade a été incontestablement occasionnée par l'injection; 2° à titre d'enseignement, que celui qui pratique une injection sous-cutanée est tenu de *s'éloigner des vaisseaux;* 3° qu'il faut en outre avoir soin de ne pas exercer de constriction au-dessus du point piqué; 4° par voie de conséquence, que le praticien, qui a opéré dans la circonstance, a manqué au précepte, en faisant son injection dans une région vasculaire et en laissant le membre *très serré* par une manche de chemise relevée et formant *ligature*.

Si l'opérateur incriminé est l'auteur même de la lettre (lettre qui est rédigée de façon à s'y méprendre), on ne peut que le féliciter de sa sincérité; en général, les opérateurs malheureux ne sont pas pressés de confesser leurs revers et leurs fautes.

Mais, si votre correspondant vise un de ses honorables confrères, on a le devoir d'y regarder d'un peu près, et l'observation, dans les termes où elle est rapportée, perd d'autant plus de sa valeur qu'elle arrive tardivement (après plusieurs années écoulées); qu'elle est dépourvue de noms propres et de date et que son authenticité, quant aux détails, n'est garantie que par la déclaration d'un tiers qui ne paraît pas avoir été témoin du fait.

Il est toujours extrêmement délicat de faire parler les morts. Votre correspondant invoque le témoignage du regretté docteur Fonssagrives. Moi aussi, dans le temps, j'ai causé de l'accident avec l'éminent professeur, qui avait conseillé l'injection, mais ne l'avait pas pratiquée.

Dans la supposition d'une relation de cause à effet entre cette opération et la mort du malade, M. Fonssagrives s'arrêtait à diverses hypothèses, entre autres celle de l'ouverture d'une veine et du transport du liquide éthéré jusqu'au cœur. Mais ces hypothèses étaient loin de le satisfaire et il préférait expliquer l'accident par le fait d'une simple coïncidence, dont il exonérait l'injection, rangeant le cas parmi les cas si nombreux de mort subite, dans la période ultime des affections cardiaques. J'étais de son avis.

Quoi qu'il en soit, aujourd'hui, des hypothèses ne sont pas suffisantes pour autoriser cette phrase : *cas frappant de mort subite occasionnée par une injection d'éther*, ce qui tranche une question qui ne nous paraît pas le moins du monde tranchée.

N'étant pas l'opérateur mis en cause, je n'en suis que plus libre pour exprimer ma pensée, qui est celle-ci : La lettre de notre confrère en dit trop et trop peu. C'est une anecdote, qui aurait besoin de plus de précision, pour devenir une observation scientifique. J'espère donc que l'honorable confrère, que cette lettre touche seul, puisqu'il a pratiqué l'injection, interviendra à son tour et remettra les choses au point.

Il y a bien encore, dans la lettre de votre correspodant, une deuxième anecdote, racontée en moins de six lignes, d'une injection de morphine à la tempe, ayant déterminé une mort subite. Si le fait s'est passé à Vannes, il serait peut-être bon d'y joindre des détails. Deux cas de mort subite attribués à la seringue de Pravaz, c'est trop pour une seule ville !

Veuiller agéer, etc.

Dr G. de Closmadeuc.

REVUE DES COURS ET DES CLINIQUES

Premier Congrès international de physiologie.

L'année dernière, un certain nombre de physiologistes de nationalités diverses se réunissaient à Berne, au mois de septembre, et décidaient d'organiser, pour l'année 1889, à Bâle, le premier Congrès international de physiologie. Ce Congrès vient d'avoir lieu du 10 au 12 septembre; son succès est incontestable, puisqu'il comprenait environ cent vingt-cinq membres, parmi lesquels beaucoup de physiologistes les plus justement renommés de ce temps, et que, d'autre part, il y a été fait un grand nombre de communications, parmi lesquelles plusieurs d'un haut intérêt, comme on en pourra juger tout à l'heure.

Ce n'est pas pourtant que ces travaux semblent ouvrir à la physiologie des voies nouvelles : on n'a vu se produire aucun de ces faits dominateurs d'où sort immédiatement une théorie générale qui devient cause elle-même de recherches nombreuses et variées; mais on sait, du reste, que les faits et les idées directrices de ce genre se présentent rarement dans les Congrès internationaux; ce qu'il convient plutôt de demander à ces grandes réunions d'hommes qui ont consacré leur vie aux mêmes études, c'est une indication précise sur l'état actuel de la science, objet du Congrès. Nulle part, en effet, mieux que dans ces réunions, on ne peut se rendre compte des questions qui intéressent les savants de tel ou tel pays; la connaissance même très complète d'une littérature donnée n'est pas susceptible de fournir des notions aussi exactes sur ce point, car il convient de ne pas oublier que les communications, dans un Congrès international, sont souvent suivies de discussions, et, de plus, de conversations, qui éclairent singulièrement sur l'importance que l'on accorde dans tel ou tel milieu scientifique aux faits présentés; aussi est-il possible, presque toujours, de tirer de l'ensemble des communications des conclusions instructives sur le développement général de la science. A ce point de vue, le Congrès de Bâle a été fort intéressant.

Je citerai seulement quelques faits caractéristiques : ainsi les communications de Horsley et Gotch, de Londres (*Sur les modifications électriques dans la moelle épinière consécutives aux excitations de la zone motrice corticale*); de A. Waller, de Londres (*Les actions électro-motrices du cœur humain*), et en général toutes les questions concernant l'électro-physiologie, excitent toujours un vif intérêt parmi les Allemands et parmi les Anglais; il en est de même des questions relatives à la physiologie de la contraction musculaire, qui ont invariablement été très discu-

les réfectoires, le vestiaire, sont distincts; en un mot, un service d'isolement doit pourvoir lui-même à tous ses besoins, sans avoir à recourir aux services généraux de l'hôpital; 2° port obligatoire, pour toutes les personnes qui pénètrent dans un service de contagieux, de blouses ou vêtements de toile grise, pris dans un vestiaire spécial à l'entrée et déposés dans un autre vestiaire spécial à la sortie; ces vêtements ne sont remis en service qu'après avoir été désinfectés; 3° spécialisation des objets et ustensiles destinés aux contagieux; ces objets et ustensiles ne sortent des services qu'après avoir été désinfectés; 4° installation, dans les annexes de chacun des services de contagieux, de lavabos alimentés d'une solution antiseptique dont l'usage est prescrit à tous ceux qui ont approché les malades. Signalons à ce propos la création de l'hôpital temporaire des varioleux à Aubervilliers, l'installation d'étuves à désinfection par la vapeur sous pression, la construction de pavillons démontables, l'un en construction, l'autre construit dans les deux hôpitaux d'enfants; des tentatives de désinfection des crachoirs des tuberculeux, la construction de nombreux pavillons de grandes opérations et de salles d'opérations, etc. Un essai d'installation d'un service d'antisepsie médicale est actuellement tenté dans le service de clinique de M. Grancher à l'hôpital des Enfants-Malades. Les parquets des salles sont recouverts de trois couches d'huile de lin, les fissures ayant été au préalable calfeutrées à l'aide d'un mastic spécial; les rideaux des fenêtres ont été supprimés; les lits en usage, démontables, la literie, les vêtements sont désinfectés au moyen d'une étuve à vapeur sous pression; des entourages pouvant également être passés à l'étuve servent à isoler les enfants contagieux; des paniers en fil de fer étamé, contenant les aliments destinés à ces enfants, sont plongés, après avoir servi, avec les divers ustensiles, dans des étuves à stérilisation; dans chaque salle sont des lavabos munis de brosses à ongles, de cure-ongles et de bocaux contenant un liquide désinfectant; les

tées; de même encore de la mécanique circulatoire et de tous les procédés servant aux recherches hémodynamométriques; de même aussi des questions qui ont trait à l'existence ou à la nature des centres psycho-moteurs, etc.

Il est remarquable, d'autre part, qu'il ait été fort peu parlé, dans ce Congrès, de chimie physiologique. On connaît l'admirable développement de cette science en Allemagne; or les chimistes-physiologistes se sont presque tous abstenus de venir au Congrès de Bâle : avaient-ils craint d'être peu écoutés de la plupart des assistants? Cette supposition est bien peu admissible. Je crois plutôt, d'après ce que j'ai entendu dire de divers côtés, que déjà les chimistes-physiologistes considèrent la partie de la science dont ils s'occupent comme pouvant et devant avoir une existence indépendante du reste de la physiologie. N'est-ce pas pour cette raison qu'ils travaillent dès maintenant à faire organiser une section de chimie physiologique au Congrès international de médecine qui doit avoir lieu l'année prochaine à Berlin?

Outre les communications de physiologie expérimentale et de chimie biologique, on admettait, au Congrès de Bâle, les communications relatives à la pharmacologie, à la pathologie expérimentale et à la physiologie végétale. Il n'a été présenté aucun travail de pharmacologie; on tirera de là les conclusions que l'on voudra. D'autre part, il est remarquable que les Français seuls aient fait des communications ayant trait à la physiologie comparée ou à la pathologie expérimentale, qui, d'ailleurs, ont été écoutées avec une grande attention. Or on contesterait difficilement la haute portée des études de physiologie comparée et de physiologie pathologique, parmi lesquelles rentre une bonne partie de la bactériologie. Il est donc manifeste que, sous ce rapport, et à en juger du moins par ce qui s'est passé au Congrès de Bâle, la science d'origine française continue à marcher en avant.

La véritable originalité de ce Congrès se trouve peut-être dans les séances de démonstrations qui ont rempli deux après-midi. Par une heureuse innovation, plusieurs salles du Vesalianum (Institut d'anatomie et de physiologie) ont été mises à la disposition des expérimentateurs, ainsi que les instruments, les appareils et les animaux nécessaires, de telle sorte qu'on a pu assister facilement à un grand nombre d'expériences, les discuter, examiner les appareils, leur fonctionnement, etc. Je citerai particulièrement les expériences de Horsley sur les centres psycho-moteurs du singe et sur la variation négative dans la moelle à la suite d'excitation de la substance corticale; celles de Waller sur les actions électro-motrices produites par la contraction du cœur chez l'homme; les expériences d'hémodynamique et les démonstrations d'hémodynamomètres de Hünthle (de Breslau), de Gad et Heymanns (de Berlin); la présentation par Jacoby (de Strasbourg) d'un intéressant appareil pour la circulation artificielle, appareil employé dans le laboratoire de Schmiedeberg, à Strasbourg; les démonstrations d'appareils de Gad et Heymanns (myographe universel), de Gregorescu (de Bucharest), qui a présenté un nouvel appareil pour mesurer la vitesse de l'onde musculaire; de Mosso (de Turin), qui a présenté son ergographe; les expériences de L. Fredericq (de Liège) sur l'anémie de la moelle; celles de Kronecker (de Berne) sur la déglutition; les démonstrations de Hering (de Prague) sur le sens des couleurs; la démonstration par L. Lapique (de Paris) de son procédé de dosage rapide du fer dans les organes; les belles démonstrations microscopiques de Danilewsky (de Karkow) sur des hématozoaires vivant dans le sang d'oiseaux, et de Langley (de Cambridge) sur les changements microscopiques dans les glandes en sécrétion, etc., etc.

Quelques mots seulement sur la physionomie générale du Congrès. La séance d'ouverture a eu lieu sous la présidence du professeur Miescher (de Bâle); allocution du président; allocution du docteur Zutt, membre du gouvernement; réponse du professeur Michaël Förter (de Cambridge), au nom des membres du Congrès, et de Heidenhain (de Breslau); puis le professeur Heger (de Bruxelles) a pris la présidence et les communications ont commencé. Les secrétaires généraux nommés ont été Dastre (de Paris); Gaskell (de Cambridge); Kronecker (de Berne). Les communications et les discussions ont eu lieu indistinctement en allemand, en anglais et en français; les Belges, les Russes, plusieurs Suisses et les Italiens ont employé la langue française. Parmi les Français présents, nous pouvons citer MM. Bouchard, Charrin, Chauveau, Dastre, E. Gley, P. Langlois, P. Loye, G.-H. Roger, M. Baudoin, secrétaire de la rédaction du *Progrès médical* (de Paris); Kaufmann (d'Alfort); E. Meyer (de Lille); Arloing, R. Dubois, Morat (de Lyon); Lannegrâce, Hidon (de Montpellier), etc.; parmi les allemands, Fick (de Würzbourg); van Frey, His (de Leipzig); Gad, Preyer, Zuntz (de Berlin); Hermann, Langendorff (de Königsberg); Grützner (de Tubingen); Marckweld (de Kreuznach); Ewald, Goltz, Minkowski, Locle (de Strasbourg); Heidenhain (de Breslau); Rosenthal (d'Erlangen), etc.; puis von Vintschgau (d'Insbruck); Hering, Knoll (de Prague); Cybulski (de Cracovie); Bowditch (de Boston); Horsley, A. Gamger, Jeo (de Londres); M. Föster, Gaskell, Langley (de Cambridge), etc., etc.; Heger (de Bruxelles); L. Fredericq (de Liège); Denys (de Louvain); Holmgren (d'Upsal); Tigerstedt (de Stockholm); Bunge, Miescher, Socin (de Bâle), etc.; Kronecker, Kocher (de Berne); Schiff, Prévost, Girard (de Genève); Herzen (de Lausanne); A. Mosso (de Turin); G. Fano (de Gênes); Albertoni (de Bologne), etc.;

---

vases de nuit et les crachoirs des malades sont également soumis à la désinfection. Enfin, les médecins, élèves et agents du personnel secondaire ne pénètrent dans les salles qu'après avoir revêtu un vêtement de toile, qui est passé à l'étuve aussitôt après que les personnes qui l'ont porté se sont approchées d'un malade atteint d'une maladie contagieuse ou suspecte. Rappelons enfin que le service des vaccinations se fait régulièrement dans les hôpitaux à l'aide d'une génisse. 13575 vaccinations ont été pratiquées en 1888 et 30180 revaccinations, ainsi que 20246 vaccinations dans les bureaux de bienfaisance.

Telles sont les indications qui caractérisent le mieux les efforts que le corps médical est parvenu à obtenir de l'administration de l'assistance publique de Paris; les résultats déjà acquis permettent d'espérer qu'aucun obstacle ne l'arrêtera désormais dans cette voie.

(*A suivre.*)

MORTALITÉ A PARIS (36e semaine, du 1er au 7 septembre 1889. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 28. — Variole, 1. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 12. — Diphthérie, croup, 32. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 171. — Autres tuberculoses, 26. — Tumeurs : cancéreuses, 42; autres, 5. — Méningite, 23. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 35. — Paralysie, 4. — Ramollissement cérébral, 9. — Maladies organiques du cœur, 44. — Bronchite aiguë, 12. — Bronchite chronique, 21. — Broncho-pneumonie, 7. — Pneumonie, 37. — Gastro-entérite : sein, 15; biberon, 84.—Autres diarrhées, 6. — Fièvre et péritonite puerpérales, 6. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 16. — Sénilité, 22. — Suicides, 27. — Autres morts violentes, 4. — Autres causes de mort, 175. — Causes inconnues, 11. — Total : 890.

de Tarchanoff (de Saint-Pétersbourg); Danilewski (de Karkow), etc.

Dans la séance de clôture, il a été décidé que le prochain Congrès aurait lieu dans trois ans, en Belgique ou en Suisse.

Quant aux communications présentées, nous n'analyserons que les principales; mais ce compte rendu, quelque sommaire qu'il doive être, ne sera sans doute pas inutile pour donner une idée plus complète du Congrès, d'autant qu'il a été décidé par ce Congrès, malgré une opposition assez vive, qu'on ne publierait pas officiellement autre chose que les titres des communications.

Séances du mardi 11 septembre. — M. Heger (de Bruxelles), puis MM. Foster (de Cambridge), présidents.

M. *His* (de Leipzig) parle de l'organisation intime de la substance grise de la moelle et du cerveau et de nos représentations physiologiques à cet égard. L'opinion dominante, depuis Gerlach, est qu'il existe un réseau nerveux, intermédiaire entre les processus ramifiés des cellules nerveuses, les nerfs sensitifs et les nerfs partant du cerveau. Que vaut cette opinion au point de vue de l'histogenèse? La plaque médullaire de l'embryon contient deux espèces de cellules : les épithéliales et les cellules germinatives; ce sont ces dernières qui se transforment en cellules nerveuses, les autres donnent naissance à un système de trabécules semblable à celui de la rétine et qui se termine en dedans par une membrane, en dehors par une coupe spongieuse ou *voile marginal* de His. Los cellules germinatives prennent une forme allongée et leur protoplasma se porte d'un côté pour se réunir en un seul filament, qui est le cylindre-axe; ce sont ces cellules que l'on désigne comme neuroblastes. Ces neuroblastes vont de leur lieu d'origine vers la périphérie de la moelle, où ils sont retenus par le voile marginal; une partie des fibres neuroblastiques quitte la moelle et forme les racines motrices. Les fibres des racines sensitives, au contraire, ne se forment pas dans l'intérieur de la moelle, elles partent des cellules bipolaires des ganglions et aboutissent à la surface de la moelle pour constituer les cordons postérieurs et les racines ascendantes des nerfs sensitifs cérébraux. Ainsi les fibres motrices seules sont issues de certaines cellules centrales, les sensitives proviennent de cellules ganglionnaires; par suite, la signification de ce que nous appelons noyau nerveux ne peut être la même pour un nerf moteur et pour un nerf sensitif. Le noyau d'un nerf moteur peut être considéré comme l'ensemble des cellules qui donne origine à ces fibres; un noyau sensitif central ne peut avoir la même signification, puisque les fibres sensitives proviennent du dehors. La question de savoir ce que représentent les organes considérés jusqu'à présent comme noyaux sensitifs, reste donc à l'étude.

M. His examine alors l'époque de la formation du processus des neuroblastes ou cylindre-axe (question déjà étudiée par Vignal), et la question des réseaux nerveux de Gerlach. D'après lui, ces réseaux n'existent pas; il n'y a pas autre chose que des embranchements de fibres sans anastomoses; d'autre part, l'histogenèse montre que les fibres, qu'il s'agisse de cylindres-axes ou de processus ramifiés, proviennent de cellules à bouts libres et se propagent peu à peu par l'accroissement de ces bouts. Il ne peut admettre dans la substance grise que des territoires formés par des embranchements entrelacés et entourés d'une substance conductrice non fibrillaire.

— M. *Bouchard* (de Paris) expose que les recherches qu'il poursuit depuis plusieurs années lui ont montré que les poisons contenus dans les urines sont de source variée et nombreux, les uns provenant de l'alimentation, les autres de la désassimilation normale, d'autres encore de la putréfaction bactérienne. Ces poisons organiques influencent la toxicité urinaire de la façon la plus nette. Ainsi chez les animaux chez lesquels M. Bouchard est parvenu à réaliser presque complètement l'asepsie intestinale, cette toxicité diminue considérablement. Par contre, chez l'homme, dans les cas de putridité intestinale, cette toxicité augmente beaucoup.

L'élimination de ces substances toxiques se fait donc surtout, sinon absolument, par la voie urinaire. Dès lors, il était rationnel de penser que des bactéries pathogènes développées dans l'organisme peuvent y fabriquer des poisons dont il est possible de montrer la présence dans les urines. La première preuve de ce fait a été fournie à M. Bouchard par ses expériences sur la toxicité des urines de cholériques, en 1884; l'infection de ces urines reproduisait sur le lapin un ensemble de troubles morbides dont la physionomie rappelle celle des principaux symptômes du choléra chez l'homme. Une autre preuve a été donnée par les expériences faites avec les urines de lapins atteints de la maladie pyocyanique. M. Charrin a montré que la paralysie spasmodique caractéristique de cette maladie peut être produite par des infections des liquides de cultures filtrées. De même, M. Bouchard a vu l'infection intra-veineuse des urines déterminer cette paralysie. Récemment, en employant le même procédé, MM. Roux et Yersin ont reproduit la paralysie diphthéritique.

D'autres faits montrent l'importance de cette élimination par le rein. Par ces infections d'urine, mais à des doses atténuées, M. Bouchard a pu obtenir l'immunité pour la maladie pyocyanique; cependant les animaux ayant reçu ces injections ne présentent aucun trouble; ils n'en sont pas moins devenus réfractaires à la maladie.

En définitive, le rein élimine les poisons fabriqués par des microbes comme il élimine les poisons organiques normalement produits ou certaines substances minérales.

— M. *Heidenhain* (de Breslau) traite de la formation de la lymphe. La lymphe serait le produit de l'activité sécrétoire des cellules des capillaires. Les infections dans le sang de certaines substances, telles que l'urée, le sucre, le chlorure de sodium, activent le cours de la lymphe et, d'autre part, ces substances apparaissent dans ce liquide en beaucoup plus forte proportion que dans le sang; ce fait indique une activité sécrétoire propre. De même, les injections de peptones activent la circulation lymphatique, même quand la pression sanguine est trop faible; et on montre que la théorie qui explique la formation de la lymphe par une simple filtration ne peut être fondée.

Une discussion importante suit cette communication, discussion à laquelle prennent particulièrent part Fick (de Würzbourg); Fano (de Gênes); Rosenthal (de Erlangen); Bunge (de Bâle). Heidenhain maintient son idée que la formation de la lymphe est en définitive un phénomène de l'ordre des sécrétions; quand la quantité de lymphe augmente, la sécrétion de l'urine augmente également; le système lymphatique est un réservoir dans lequel s'accumulent les substances qui doivent être éliminées par les urines après avoir passé dans le sang.

— M. *Mosso* (de Turin) présente un appareil qu'il appelle *ergographe*, qu'il a fait construire et qui enregistre le travail musculaire. Cet appareil lui a permis de faire de nombreuses expériences sur la fatigue chez l'homme à la suite de l'exercice volontaire des muscles et d'étudier particulièrement l'influence du travail cérébral sur la fatigue. Après un travail de cet ordre assez prolongé, le muscle n'a plus de force. Cependant, si on provoque sa contraction par l'irritation du nerf (nerf médian dans les expériences de Mosso), la volonté redevient capable de commander des contractions. D'autre part, il n'y a pas de différences entre les tracés qu'on obtient par le travail volontaire et ceux que donne l'excitation du nerf ou l'excitation directe du muscle.

Mosso ne voit que deux hypothèses pour expliquer les résultats de ses expériences: ou bien le cerveau, en travaillant, enlève quelque élément au liquide sanguin, ou bien il produit quelque substance qui empoisonne le muscle. Cette seconde hypothèse lui paraît plus probable. Il a vu, par exemple, que, lorsque le muscle fatigué ne peut plus répondre à l'excitation de la volonté, il suffit d'exciter le nerf pour provoquer une contraction et que, tout de suite après, la volonté devient capable de déterminer une contraction ; on peut penser que ce court repos de la volonté (phénomène cérébral) qui n'a duré que quelques secondes, a suffi pour augmenter sa force.

— M. *Goltz* (de Strasbourg) présente un chien auquel il a enlevé il y a vingt mois toute la zone motrice du côté gauche et, de plus, la grande partie du cerveau postérieur du même côté. Cependant, un an après l'opération, ce chien se servait de sa patte droite exactement comme de la gauche. Goltz montre que, si on empêche cet animal d'employer sa patte gauche, il use parfaitement de la droite, pour trouver un morceau de viande caché dans du sable De plus, la sensibilité de cette patte serait revenue à l'état normal. De ce fait, Goltz conclut que tous les troubles consécutifs à l'ablation de la zone motrice ne sont que passagers.

— M. *Horsley* (de Londres) montre, par l'analyse des fonc-

tions motrices du cerveau, qu'il faut s'adresser aux animaux supérieurs pour étudier ces fonctions. C'est pour cette raison que le docteur *Beevor* et lui-même ont poursuivi leurs expériences sur le singe, s'adressant toujours à la même espèce, le *macacus simicus*. Quand, sur cet animal, on excite avec un courant toujours minimum la zone motrice, on obtient, par l'application des électrodes sur un point donné, un seul mouvement exactement limité : c'est le mouvement primaire. Si l'on prolonge l'excitation, on observe d'autres mouvements qui apparaissent suivant un ordre bien déterminé : ce sont les mouvements secondaires. Horsley et Beevor expérimentent alors sur un singe éthérisé et successivement produisent des mouvements isolés du pouce, des doigts, du poignet, la flexion de l'avant-bras sur le bras, etc., puis les mouvements associés résultant d'une excitation prolongée, enfin les mouvements isolés et associés des muscles de la face et des yeux.

— M. *Morat* (de Lyon) et M. *Dastre* (de Paris), sur la demande de plusieurs membres du Congrès, montrent l'expérience qu'ils ont réalisée il y a plusieurs années déjà sur le chien et qui prouve l'existence dans le cordon cervical du sympathique de filets vaso-dilatateurs pour la région buccale.

— M. *Bowditch* (de Boston) montre en projection des séries de photographies, composées chacune de douze portraits représentant douze médecins, douze cochers de tramway et douze conducteurs; pour chaque groupe il a été fait un portrait composite. Or, le degré d'intelligence que l'on constate pour un groupe déterminé est différent et assez constant; cette différence est bien visible d'après le portrait composite. De là on peut conclure que les photographies de ce genre peuvent donner un type du développement mental. Par exemple l'étude des portraits composites d'un grand nombre d'étudiants américains prouve que la comparaison de portraits analogues dans les différents pays révélerait des différences typiques de race.

— M. *Fano* (de Gênes) décrit le procédé photographique qui lui a permis d'inscrire simultanément la contraction de l'extrémité auriculaire et de l'extrémité ventriculaire de l'embryon du poulet, âgé de soixante heures; par cette méthode il a pu mesurer la vitesse de propagation de l'onde péristaltique à travers la masse du cœur; cette vitesse est à peu près de 11 millimètres par seconde. D'autre part, un appareil spécial lui a permis de couper le cœur à divers endroits et ainsi il a pu constater que la portion auriculaire a un pouvoir automatique plus considérable que la portion ventriculaire, mais qu'elle est beaucoup moins excitable. Ce fait expliquerait, d'après Fano, pourquoi l'oreillette est plus résistante que le ventricule, pourquoi le mouvement commence toujours par l'oreillette pour se propager au ventricule qui, moins automatique et plus excitable, est en état de subir les influences qu'il reçoit de l'oreillette. Quant à cette différence entre l'oreillette et le ventricule, il faut peut-être la chercher dans une différence dans la quantité d'oxygène qui se trouverait dans l'oreillette. Cette explication reçoit d'ailleurs un appui de ce fait, que l'oreillette offre une plus grande résistance aux gaz asphyxiants.

— M. *Knoll* (de Prague) présente une série de courbes de pression dans l'artère pulmonaire et dans la carotide obtenues sur le chien, qui montrent que, dans la dyspnée, une excitation sensitive détermine une augmentation de pression dans les artères de la grande circulation; lors des oscillations spontanées de la pression, celle-ci peut rester invariable dans l'artère pulmonaire; par suite les excitations des vaso-constricteurs dans les conditions précédentes ne retentissent pas sur les artères de la petite circulation. Les modifications qui dans ces conditions surviennent dans la petite circulation sont dues à un reflux du sang du cœur gauche dans le cœur droit et à un changement dans l'activité des deux parties du cœur. Il n'y a pas d'action du pneumogastrique limitée au cœur gauche; mais, dans le cas d'augmentation de pression dans le ventricule gauche, il peut se produire une irrégularité des pulsations que l'on confondrait aisément avec une action unilatérale du vague. Le fait de l'identité des courbes dans les deux circulations, étant donnée la grande différence des deux systèmes vasculaires, est contraire à cette opinion que les élévations que l'on observe dans les périodes d'ascension des courbes artérielles sont dues à l'électricité et au reflux du sang.

— M. *Arloing* (de Lyon) rapporte des expériences qui démontrent l'existence, dans le sympathique cervical, de fibres excito-sécrétoires et de fibres fréno-sécrétoires pour les glandes du mufle du bœuf, les glandes de Meihomius et les glandes lacrymales; le même fait peut être aussi constaté chez la chèvre, quoique plus difficilement que chez le bœuf; chez le chien, l'expérience ne réussit pas. Arloing rappelle d'abord que c'est à Luchsinger qu'on doit la preuve de l'existence de fibres excito-sécrétoires dans le nerf dont il s'agit. Immédiatement après la section du cordon cervical sympathique, on voit survenir une rosée abondante sur le mufle du bœuf, du côté où le nerf a été sectionné; si l'on excite le segment cervical du nerf, la sécrétion augmente beaucoup; puis le museau devient sec de ce côté et reste sec pendant plusieurs jours. Mais alors la sécrétion reparait, non cependant sur tous les points; il y en a, en effet, sur lesquels elle ne reparait jamais, ce qui prouve que là n'aboutissent point de fibres excito-sécrétoires. Or, le point essentiel de ces expériences, c'est que, si l'on vient, sur le même animal, quarante jours après la section nerveuse, à pratiquer une injection de pilocarpine, on voit se produire les effets ordinaires de cette infection non seulement du côté où le nerf est intact, mais aussi, quoiqu'un peu plus tard, sur les points où la sécrétion s'étais tarie; et même ces effets ne tardent pas à être plus marquét de ce côté. On ne peut évidemment expliquer ce fait que par la suppression de filets frénateurs. La seule obligation possible, c'est que la sécrétion soit active dans les glandes par suite de la section du sympathique; mais on sait que les effets circulatoires de cette opération ont totalement disparu après un certain temps.

L'hypothèse, d'ailleurs, est confirmée par ce qui se passe du côté de la glande lacrymale. Après la section du sympathique chez le bœuf, il se produit une exagération de la sécrétion des glandes de Meihomius et des larmes; on a donc mentionné des fibres frénatrices. Si l'on fait une injection de pilocarpine, les yeux se remplissent de larmes des deux côtés; mais, du côté opéré, il s'en écoule trois fois plus environ que du côté sain, dans le même laps de temps. Ce résultat montre bien encore que la section a supprimé des fibres frénatrices.

Mais il n'en existe pas moins, dans ce nerf, des fibres excito-sécrétoires; une simple expérience le démontre. On coupe le nerf en question; un mois après, on coupe celui de l'autre côté; on administre tout de suite de la pilocarpine; la sécrétion est plus active de ce côté; c'est qu'en effet, non seulement ici les nerfs modérateurs sont supprimés comme de l'autre côté, mais les fibres excito-sécrétoires sont encore excitables (la section venant seulement d'être faite) par le poison.

(*A suivre.*) GLEY.

Association médicale britannique, session de Leeds, août 1889 (1).

Chirurgie.

TRAITEMENT DU CANCER DU RECTUM. — La discussion sur ce point a été ouverte par *Jessop* qui, après avoir démontré l'inanité actuelle des essais médicaux, a exposé le traitement chirurgical. L'extirpation partielle du rectum est une mauvaise opération. Comme intervention radicale il ne saurait être question que de l'extirpation totale telle qu'elle a été pratiquée depuis quelques années en Allemagne. Jessop a fait sept opérations: une mort opératoire; une récidive rapidement mortelle; cinq survies en bon état au bout de vingt et un, dix-sept et cinq mois. Les résultats sont meilleurs que ceux de la colotomie la plus favorable. La colotomie est indiquée pour les cancers causant de l'obstruction; or ceux-là sont précisément ceux de la moitié supérieure du rectum, et Jessop n'a encore extirpé que les cancers situés à la portée du doigt. Dès que le cancer élevé est diagnostiqué, il faut établir un cancer artificiel, et il est indiscutable qu'on prolonge ainsi de plusieurs mois la vie moyenne. Jessop a fait cinquante-quatre colotomies, toutes lombaires, mais il se déclare rallié à l'inguinale par les travaux récents.

F. Marsh présente une malade à laquelle il a fait l'opération de Madelung. *Harrisson Cripps* se déclare partisan de l'extirpation précoce. *Allingham* de même. Pour les cas inopérables il préconise, ainsi que *Ward Cousins*, la colotomie inguinale, que mieux vaut appeler iliaque, objecte *Vincent Jackson*. Ce dernier

(1) D'après le compte rendu de la *Lancet*, 17 août 1889, et suivants.

auteur (qui s'en tient aux actes palliatifs) préfère la colotomie lombaire dans les cas d'occlusion aiguë; l'iliaque dans les autres. *Bennet May* fait plus tôt la colotomie depuis qu'il s'est rallié à l'inguinale, plus facile, surtout quand le côlon est vide. Le côlon étant distendu, la lombaire est aisée. Lorsqu'on prévoit une survie notable, l'opération de Madelung est bonne. C'est à elle que s'adresse, en principe, *Bowreman Jesset*, pour qui l'extirpation n'a que de rares indications, et qui reproche à l'opération d'Allingham d'exposer trop au prolapsus intestinal. *Rushton Parker* ne recule pas devant l'ablation; il cite un fait où il a enlevé 12 pouces du rectum, après résection sacro-coccygienne. *Trendelenburg* (de Bonn) est pour l'ablation. *Inglis Parkson* préconise le traitement par les courants voltaïques interrompus, intenses.

Cholé-cysto-entérotomie. — Malade présenté par *Mayo Robson;* opéré pour une fistule totale, ayant quinze mois de date. La santé est actuellement excellente.

Tumeur cérébrale enlevée par *Rushton Parker* à un homme de trente-huit ans au niveau de la zone Rolandique (phénomènes cérébraux assez obscurs, pour hémiplégie). C'est probablement une gomme, quoique le traitement spécifique ait été inefficace. La plaie a suppuré et les accidents se sont aggravés. Alors le foyer a été détergé et gratté; l'opéré aujourd'hui, au bout de cinq mois, va bien. *Otto E. Keller* a fait une trépanation pour actinomycose cérébrale.

Abcès du cerveau. — Comme il y a deux ans, *Macewen* s'est occupé des abcès consécutifs aux otites moyennes et aux suppurations tuberculeuses de l'apophyse mastoïde. Il insiste à nouveau: 1° sur le diagnostic avec la thrombose des sinus; 2° sur la difficulté de bien préciser le siège de l'abcès dans la substance cérébrale, car il occupe, en somme, une zone latente. Le diagnostic des abcès du cervelet est plus facile. Rien de neuf opératoirement.

Chirurgie rénale, par *Henry Morris*. — L'auteur insiste sur les calculs rénaux, difficiles souvent à diagnostiquer, car des foyers tuberculeux ou purulents, donnent des sensations tactiles analogues, difficiles à opérer en raison de leur siège variable dans le rein. La néphrectomie est peu avantageuse dans la tuberculose avancée. En principe, la néphrectomie lombaire est la meilleure. La néphrorrhaphie rend de grands services en cas de rein flottant.

Chirurgie abdominale. — *Mayo Robson* communique une statistique de 200 laparotomies: 61 ovariotomies, 2 morts; 14 myomes, 2 morts; 2 hystérectomies abdominales, 1 mort; 2 kystes hydatiques du foie, 2 guérisons; 1 néphrectomie mortelle; 2 gastrostomies, 1 mort; 11 cholécystotomies, 1 mort; 1 cholécysto-entérostomie, guérie; 13 entérostomies pour occlusion, 3 morts; 1 entérectomie mortelle; 30 kélotomies, 3 morts; 29 cures radicales, 1 mort; 7 laparotomies exploratrices, 3 morts.

Hypertrophie de la prostate. — *Mac Gill* pense que les prostates qui causent de la rétention proéminent avant tout dans la vessie et non dans le rectum. En forme de valvules, elles bouchent l'orifice uréthral. Bien souvent, le vrai traitement est le cathétérisme répété. Quand il est inefficace ou impraticable, il faut opérer et avoir pour but: 1° d'enlever la tumeur; 2° de drainer pendant longtemps. Aussi la vraie voie est-elle la taille hypogastrique. Dix opérés ont fourni huit succès fonctionnels remarquables; deux résultats nuls. *Edward Atkinson* a fait cinq prostatectomies sus-pubiennes; une mort; quatre guérisons avec bon résultat fonctionnel. *Reginald Harrison*, partisan des opérations précoces, relate un fait de prostatectomie périnéale. *Bruce Clarke* a eu à soigner onze prostatiques chez qui une opération était indiquée. Il conseille d'inciser d'abord le périnée pour explorer la prostate, et après cela seulement d'agir, s'il est nécessaire, par la voie hypogastrique. *Ward Cousins* est intervenu deux fois et a enlevé des masses intra-vésicales de nature cancéreuse. Il a adopté les idées de Mac Gill. *Macewen*, après avoir entendu Mac Gill et vu ses malades, se déclare converti à l'opération sus-pubienne. *Bennet May* pense que cette voie seule permet l'extirpation d'une masse morbide, mais la cystotomie périnéale assure bien mieux le drainage.

Luxation congénitale de la hanche, bilatérale, guérie par *W. Adams* à l'aide du décubitus dorsal et de l'extension prolongée pendant deux ans.

Typhlite et pérityphlite. — *F. Trèves* résume sur ce point ses idées, qu'il a déjà fait connaître à diverses reprises. Il est adversaire de la ponction exploratrice. En règle générale il conseille une incision parallèle à l'arcade de Fallope; incision précoce, mais non point dès les premiers accidents. Pour la typhlite à répétition, il vaut mieux s'adresser à la laparotomie, de façon à bien atteindre et bien réséquer l'appendice malade. Il est parfois assez difficile de distinguer exactement l'appendice et l'uretère distendu.

Électricité en gynécologie. — Une longue discussion a eu lieu sur ce point dans la section d'obstétrique à la suite d'un mémoire de *Playfair*. Playfair est un partisan convaincu de la méthode d'Apostoli: 1° pour les myomes hémorrhagiques; 2° pour ceux qui sont enclavés dans le bassin. On ne se rabattra sur l'hystérectomie qu'après échec de la méthode électrique. Bons résultats également pour la dysménorrhée membraneuse et pour le catarrhe utérin chronique. *Cutter* (de New-York) électrise les myomes depuis dix-huit ans. Il a la statistique suivante: cas enrayés, 50 pour 100; guérison, 22 pour 100; mort, 8 pour 100. *Lawson Tait*, depuis 1880, a fait 262 castrations pour myomes, avec 1,23 pour 100 de mortalité. D'autre part, il demande une étude plus scientifique de l'électrisation et reste en défiance, car l'échec est jusqu'à présent constant toutes les fois que les électriciens s'attaquent à une tumeur externe, où les résultats sont aisés à contrôler par la vue et le toucher. *Cutter* a en somme 8 pour 100 de mortalité et 22 pour 100 de guérisons. *Tait* n'enregistre que 1,23 pour 100 de décès, et au contraire 91 pour 100 de guérisons. *Graily Hewitt* se déclare peu satisfait de ses essais d'électricité. *Braithwaite* reconnait que l'électrisation donne quelques résultats. Mais la castration est plus efficace et ses risques sont bien minimes. *Imbach, Horrock*, sont adversaires de l'électrisation. *More Madden* en est partisan.

Plaies de tête et méningite consécutive. — *Charton* a publié des observations montrant que la méningite tuberculeuse peut éclater à la suite de traumas crâniens légers, quelquefois, par exemple, chez des enfants frappés à l'école. Ainsi que *Scattergood*, il insiste sur l'intérêt médico-légal de ces faits.

A. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 9 SEPTEMBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. DES CLOIZEAUX.

Étude bactériologique des lésions de la péripneumonie contagieuse du bœuf. — M. *Arloing* a reconnu dans la sérosité qui s'écoule des parois d'une coupe faite à travers un poumon malade, la présence de microbes peu nombreux relativement à l'importance des lésions, et constitués par de très courts bacilles et des microcoques isolés, inégaux ou associés deux à deux. Si l'on répartit la sérosité qui s'échappe spontanément d'une coupe, entre un petit nombre de ballons chargés de bouillon, la plupart restent stériles. Les cultures sont presque sûrement négatives, si elles sont ensemencées avec la sérosité claire que l'on aspire minutieusement de la profondeur des lésions avec une pipette effilée. Pour obtenir des cultures fécondes, il faut déposer dans un ballon une grande quantité de ces semences, ou bien se servir de la sérosité qui sort de la coupe sous l'influence du raclage. Mais ces cultures renferment plusieurs microbes qu'il importe d'isoler. Au lieu de procéder à la dilution et à l'ensemencement fractionné des cultures, il est plus simple, vu la rareté des microbes, de répartir directement la sérosité pulmonaire sur la gélatine nutritive, à l'aide d'un fil de platine ou d'une fine pipette. Des colonies qui naissent de ces semis, on retire quatre microbes différents: 1° un bacille qui fluidifie promptement et complètement la gélatine; 2° un microcoque non fluidifiant, dont les colonies blanches ressemblent à des gouttes de bougie; 3° un microcoque dont les colonies blanchâtres s'étalent en une couche mince, qui se ride et se plisse en

vieillissant; 4° un autre microcoque, dont les colonies allongées ou circulaires prennent une belle teinte jaune orangé. M. Arloing propose d'appeler le premier *Pneumobacillus liquefaciens bovis*, le second *Pneumococcus gutta-cerei*, le troisième *Pneumococcus lichenoides*, le quatrième *Pneumococcus flavescens*. Il est possible que le *Pn. gutta-cerei* et le *Pn. flavescens* répondent au *Microc. cereus albus* et au *Microc. cereus flavus* de Passet. Un certain nombre de caractères permettent d'affirmer qu'il s'agit bien de quatre espèces microbiennes. Ainsi, les deux premières sont facultativement aérobies et anaérobies; les deux dernières, exclusivement aérobies; le *Pneumobacillus* végète seul à + 3°,5; le *Pneumococcus lichenoides* ne se développe pas sur la pomme de terre, tandis que les trois autres croissent vigoureusement. Mais il est bon de savoir qu'elles offrent des exemples de polymorphisme assez curieux. Le *Pneumobacillus*, très court, parfois subarrondi dans le bouillon, s'allonge, grossit légèrement et se régularise sur la gélatine. Le *Pneumococcus gutta-cerei* augmente de volume et le *Pn. lichenoides* devient pseudobacillaire sur les milieux solides. Les microcoques sont presque toujours réunis au pneumobacille, en plus ou moins grand nombre, dans tous les points des lésions pulmonaires franchement inflammatoires et même dans les séquestres. Malgré cette coexistence, il est impossible d'attribuer aux quatre microbes une part égale dans la genèse de la péripneumonie. Il est probable, au contraire, que l'une des espèces constitue seulement l'agent essentiel du virus.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 17 SEPTEMBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

M. *Marjolin* dépose, de la part de M. le docteur *Carassus* (de Milly), et de M. le docteur *Devoisins*, des mémoires manuscrits sur *la vaccination chez les jeunes enfants*.

VACCINE ULCÉREUSE. — M. *Hervieux* rend compte d'une épidémie de vaccine ulcéreuse qu'il vient d'observer à La Motte-aux-Bois (Nord) à la suite d'informations adressées à l'Académie par M. le docteur *Decoucelaere*. Le 31 juillet dernier un médecin du bureau de bienfaisance de la localité avait vacciné à l'école communale, à l'aide de vaccin humain, tous les garçons et filles qui s'y trouvaient réunis; le 25 août, date du voyage de M. Hervieux, quarante-trois de ces enfants présentaient des ulcérations d'une nature toute particulière. Les boutons vaccinaux, au nombre de trois à un seul bras sur chaque enfant, s'étaient généralement montrés du deuxième au troisième jour; ils avaient été de très bonne heure le siège d'une violente inflammation, avaient augmenté rapidement de volume et, à peu d'exceptions près, ils formaient au bout de huit à dix jours les plaies suppurantes. Celles-ci avaient l'aspect d'ulcérations herpétiques, de la dimension d'une pièce de 50 centimes, à fond grisâtre, surélevés, réguliers et entourés d'une auréole inflammatoire plus ou moins étendue; œdème de tout le membre dans certains cas; dans quelques cas la suppuration était extrêmement abondante et fétide; sur un certain nombre d'enfants on remarquait un cercle induré en forme de rondelle de cuir autour de l'ulcération; les adénopathies n'ont pas non plus fait défaut. Dans plusieurs cas il y a eu des phénomènes généraux, tels que fièvre, diarrhée, délire, mais généralement la santé des vaccinés n'a pas été atteinte; il s'agissait d'ailleurs d'enfants déjà arrivés à l'âge de huit à douze ans, de bonne constitution et vivant dans de bonnes conditions d'hygiène et de salubrité. Le vaccinifère était un grand garçon âgé de neuf ans, d'apparence saine et de constitution robuste, dont les boutons de vaccine étaient, lors de l'examen de M. Hervieux, déjà cicatrisés et ne présentaient pas en leur lieu et place d'induration appréciable; mais il existait chez lui un développement assez marqué des ganglions axillaires et sus-maxillaires, ainsi qu'un chapelet de ganglions à la partie moyenne et postérieure du cou; rien dans la cavité bucco-pharyngienne, non plus qu'à l'anus et aux parties génitales. Le père, ancien militaire devenu batelier, et la mère ne présentent aucun indice extérieur d'une maladie suspecte; ils se sont énergiquement refusés à se laisser examiner. Le vaccinifère est-il en état de syphilis latente ou les adénopathies qu'il présente sont-elles le fait d'une diathèse strumeuse? Il est impossible actuellement de se prononcer en faveur de l'une ou l'autre de ces hypothèses. Il en est de même sur la nature des accidents observés chez les enfants vaccinés; ces accidents pourraient être considérés comme de nature syphilitique, n'était la période si exceptionnellement courte de l'incubation. Le doute est d'autant plus permis que la mère d'un des enfants, s'étant par mégarde frotté les yeux avec une main souillée du virus provenant du bras de son enfant, a vu survenir sur la paupière inférieure gauche une ulcération du diamètre d'une pièce de 20 centimes, accompagnée d'œdème des tissus environnants; cette ulcération est aujourd'hui cicatrisée. M. Fournier, consulté par M. Hervieux, a partagé les mêmes doutes sur la nature spécifique de ces accidents. M. Hervieux les considère donc comme dus à une épidémie de vaccine ulcéreuse, bien que l'âge des enfants soit déjà relativement avancé et qu'ils vivent dans un milieu salubre où ne se développent pas d'ordinaire de telles épidémies. Il est toutefois obligé de réserver son diagnostic jusqu'au jour où apparaîtront ou bien auraient dû apparaître, en cas de syphilis, les accidents secondaires.

Tel est aussi l'avis exprimé par M. *Fournier;* peut-être s'agit-il de syphilis vaccinale, mais en présence des anomalies singulières observées, de cette impossibilité clinique révélée par la durée extraordinairement courte de l'incubation, il faut réserver le diagnostic jusqu'à la période des accidents secondaires.

A la demande de M. le *Secrétaire perpétuel*, l'Académie félicite et remercie M. Hervieux du soin, de la conscience et de la rapidité avec lesquels il a conduit cette enquête.

MALADIES CUTANÉES. — M. le docteur *Gombault*, médecin de l'hôpital Beaujon, entretient l'Académie des résultats d'un procédé de traitement de l'eczéma, du psoriasis, du pityriasis, désignés par M. Hardy sous le nom d'affections dartreuses, par l'association des sudorifiques, des dépuratifs, des laxatifs et des alcalins. — (Le mémoire est renvoyé à l'examen de MM. *E. Besnier* et *Vidal*.)

HYPERTROPHIE DU MEMBRE INFÉRIEUR DROIT. — M. *Marc Sée* lit un rapport sur l'observation d'hypertrophie congénitale du membre inférieur droit, communiquée à l'Académie le 20 août dernier, par M. le docteur *Duplouy*. Avant d'en venir, s'il est nécessaire et comme le craint celui-ci, à la désarticulation de la cuisse en cas d'extension du mal ou même à la ligature de l'artère du membre, M. Marc Sée recommande d'essayer de le soumettre non à la compression simple, mais à la compression élastique.

VOMISSEMENTS INCOERCIBLES DE LA GROSSESSE. — L'idée d'opposer aux vomissements opiniâtres de la grossesse un remède ou une pratique unique, paraît être à M. *Guéniot* une conception tout à fait erronée que l'expérience s'est chargée de réduire à néant. Les nombreuses observations publiées jusqu'à ce jour démontrent, en effet, que les guérisons obtenues avec le secours de la thérapeutique, ont succédé à l'emploi des moyens les plus divers, sans qu'aucun de ceux-ci se soit montré d'une efficacité constante ou même habituelle. Il en devait être ainsi: car les vomissements incoercibles reconnaissent des causes très variées et trois organes ou appareils concourent forcément à leur production. Ces organes sont, d'une part, l'utérus qui est le

foyer même de la grossesse en même temps qu'une source d'excitation spéciale pour les autres organes; d'une autre part, le système nerveux (spinal et ganglionnaire) qui, à l'aide de son pouvoir réflexe, transmet à distance cette excitation; enfin, l'estomac, siège et agent des principaux ganglions, qui subit d'une manière excessive l'action du stimulus utérin.

Pour combattre les vomissements opiniâtres de la grossesse, non plus avec un succès douteux et pour ainsi dire accidentel, mais avec un bonheur presque constant, il est donc indispensable de recourir à un traitement complexe qui s'adresse simultanément à ces trois sources de la maladie. De là trois excitations fondamentales à réaliser, savoir: 1° apaiser l'excitation morbide ou anormale de l'utérus en remédiant aux divers états pathologiques qui le produisent. A cet effet la belladone, la cocaïne, la morphine, des injections vaginales ou des topiques appropriés, le pessaire Gariel, la surélévation du siège avec décubitus en déclivité du tronc, la cautérisation et même la dilatation artificielle du col, sont autant de ressources qui peuvent être, suivant les cas, très fructueusement appliquées; 2° diminuer l'activité ou supprimer l'exagération des transmissions réflexes, résultat que l'on obtient, soit par l'usage du chloral bromuré, soit par les réfrigérations de la région spinale, soit par les influences normales, etc.; 3° enfin, combattre l'intolérance de l'estomac, en traitant les diverses affections dont il peut être le siège et en excluant son éréthisme à l'aide des moyens suivants : diète presque absolue, rigoureusement observée ; suppression de toute boisson acide, du vin, du jus d'orange ou de raisin, etc.; emploi de l'eau de Vals ou de Vichy et de la glace en quantité des plus minimes; vésicatoire volant ou morphiné sur le creux épigastrique; pulvérisation d'éther sur cette même région; parfois, quelques laxatifs ou certaines substances propres à régulariser les fonctions de l'intestin. Afin de mieux assurer l'efficacité de cette médication, il importe, en outre, essentiellement d'épargner à l'estomac tout travail qui ne serait pas d'une absolue nécessité. Pour l'administration des médicaments, c'est donc la voie intestinale que l'on devra utiliser et, accessoirement, la voie hypodermique ou le pouvoir absorbant de la peau.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

Des effets thérapeutiques et de l'administration de la pyrodine, par M. T. Z. Zerner. — Dans cinquante-trois cas, pour la plupart de maladies aiguës, cet observateur a prescrit la pyrodine, soit sous la forme pilulaire, soit en nature à la dose de 30 à 120 centigrammes par jour. Tous les malades, après deux ou trois jours, présentaient des symptômes d'intoxication. Chez tous on observait l'abaissement de la température et des sueurs profuses. Le maximum de l'abaissement thermique se produisait dans l'espace de deux ou trois heures, après lesquelles la colonne thermométrique s'élevait de nouveau.

L'action antithermique de la pyrodine est plus marquée contre les états fébriles dont la marche est habituellement rémittente, que contre les fièvres vraiment continues, la fièvre hectique des phthisiques par exemple. Il y a donc lieu de l'administrer de façon à faire coïncider l'effet antithermique avec le moment de la journée où la rémission fébrile se produit.

La diaphorèse se manifeste dans l'espace de dix à trente-cinq minutes après l'administration du médicament. Elle est profuse, surtout à la tête et aux mains, et continue pendant toute la durée de l'effet antithermique. L'agoricine et l'atropine en modèrent quelque peu l'abondance.

La pyrodine ne modifie pas les fonctions respiratoires. Elle diminue la fréquence du pouls, augmente la diurèse et colore l'urine en jaune rougeâtre. Traitée par le chlorure de fer, cette urine devient rouge comme celle des malades soumis à l'antipyrine.

Quels ont été les résultats de l'emploi de ce médicament? Dans la pneumonie, il y a eu, paraît-il, amendement des symptômes; dans l'érysipèle, la marche de la maladie ne s'est pas modifiée; dans un cas d'abcès sous-périostique du tibia, on observa la diminution de la température, mais non celle de la chaleur. Il en fut de même dans trois cas de rhumatisme.

Les meilleurs résultats ont été obtenus chez les phthisiques, dont on diminuait l'état fébrile; mais il ne fallait pas prolonger l'administration du médicament au delà de trois jours. Mêmes effets antithermiques dans la fièvre typhoïde. Au demeurant, on peut conclure que la pyrodine, qui n'est pas un analgésique comme d'autres médicaments de la même famille, est seulement un antithermique qui ne possède aucune supériorité sur l'antipyrine, l'antifébrine et les autres remèdes de ce groupe. (*Centralb. f. gesam. Therapie*, mars 1889.)

De l'emploi de la quinine dans la pneumonie, par M. le docteur Atkinson. — C'est à doses réfractées que cette substance doit être employée pour modérer l'élévation de température. M. Atkinson l'administre toutes les deux heures par prises de 3 grains et la véhicule dans une solution d'acide bromhydrique. Cette dose convient à l'adulte. Pour un enfant de six semaines, il faut la réduire à un quart de grain toutes les quatre heures.

Il est avantageux d'en combiner l'administration avec celle de la teinture de digitale, à raison de trois à quatre gouttes de cette dernière, que l'on administrera en même temps que l'alcaloïde du quinquina.

Dans les cas où la peau est sèche et où les urines sont très chargées d'urates, M. Atkinson en alterne l'emploi avec celui du citrate de potasse effervescent et de l'esprit de nitre, dont il cesse l'administration dès que la diaphorèse se manifeste. Enfin il conseille en même temps l'usage de l'alcool.

L'action vaso-motrice de la quinine est celle sur laquelle il fait fond pour favoriser la diaphorèse. En résumé, cette médication consiste surtout dans l'association de remèdes classiques et non pas dans l'adoption d'innovations thérapeutiques. Elle n'en réussit pas moins bien pour cela. (*The Practitionner*, p. 434, juin 1889.)

De l'action physiologique de l'hydrastis canadensis, par M. Heinricus. — Dans ses expériences l'auteur pratiquait des injections d'extrait fluide d'hydrastis dans la veine jugulaire du lapin.

Après chacune d'elles la pression diminuait et sa diminution persistait jusqu'à la mort de l'animal. Le pouls était fréquent, petit et irrégulier, et la section du nerf vague ne modifiait pas ces phénomènes, de sorte que M. Heinricus considère l'hydrastis canadensis comme un poison du cœur, exerçant son action paralysante sur cet organe directement et non par l'intermédiaire des centres vaso-moteurs.

De plus, cette substance ralentit la respiration et à doses élevées peut l'arrêter. Enfin, par la méthode d'enregistrement de Kronecker, l'expérimentateur a constaté qu'elle n'exerce aucune action sur les contractions utérines ou vaginales. (*Finsk. Lakaresall. Handligär*, 1889, n° 2.)

De l'emploi du cinabre en injections hypodermiques contre la syphilis, par M. le docteur Soukoff. — L'auteur propose cette préparation mercurielle parce que le cinabre contient 25 sur 29 de son poids de métal et seulement 4 sur 29 de son poids de soufre. Il l'administre donc sous la forme d'une huile contenant en suspension 3gr,75 de cinabre artificiel pour 30 grammes d'huile d'amandes douces, et pratique ces injections dans l'épaisseur des muscles.

L'élimination commence dès le troisième jour et est très lente. Par contre, ces injections, dont l'auteur aurait pratiqué plus de 800, sont peu douloureuses et conviennent dans les cas d'intensité moyenne. Elles ne donnent pas de résultats aussi satisfaisants dans les formes graves. (*Vratch*, mai 1889, p. 322.)

De l'administration du chloroforme à l'intérieur comme antiseptique, par M. le docteur STEPP. — En se fondant sur les propriétés antiputrides et microbiennes de cet agent médicamenteux, l'auteur emploie, — et n'est pas seul à le faire — l'eau chloroformée contre l'ulcère d'estomac, pour diminuer les vomissements et la gastralgie. Il propose d'en faire usage dans le choléra, et enfin il rapporte dix observations de fièvre typhoïde dans lesquelles il fit ingérer aux malades l'eau chloroformée pendant plusieurs jours et par doses répétées.

La température, écrit-il, s'abaissa rapidement, et on constata une rapide amélioration des phénomènes typhoïdiques. (*Wien. med. Blatt.*, 1889, n° 9.)

De l'action du syzygium jambolanum sur le diabète artificiel, par M. C. GRÆSER. — Ces expériences ont été faites sur des chiens dont les urines étaient rendues sucrées par l'administration de la phloridzine. On titrait ces urines : elles contenaient 5gr,89 à 12gr,45 de sucre. Après l'administration de l'extrait de jambul, cette quantité diminuait de 80 à 90 pour 100. Parfois même la glycosurie disparaissait.

Dans ces expériences, chaque dose de phloridzine était ingérée deux heures ou une heure avant l'administration de l'extrait de jambul, et la dose de celui-ci variait entre 6 et 18 grammes. Une dose très élevée n'était pas plus active qu'une faible dose. (*Cent. f. klin. Med.*, 13 juillet 1889.)

BIBLIOGRAPHIE

Étiologie de la myopie, par M. le docteur G. MARTIN (de Bordeaux). — Publications de l'*Echo médical*, 1889.

Dans un travail publié l'an dernier dans les *Archives d'ophthalmologie*, nous avons combattu la proposition émise par M. Martin à la Société française d'ophthalmologie en 1887 sur l'influence prédominante de l'astigmatisme dans le développement de la myopie. Corrigez l'astigmatisme, avait dit en substance notre distingué confrère, et la myopie cessera de se développer. Cette thèse, dans son absolutisme, nous paraît, aujourd'hui comme il y a un an, ne pouvoir être acceptée. Bien que M. Martin concède dans son travail une influence incontestable à la prédisposition héréditaire ou acquise, au mauvais éclairage, au mobilier défectueux des écoles, à l'écriture trop penchée et aux impressions trop fines, qui obligent les écoliers à trop se rapprocher du cahier ou du livre; il continue à attribuer à l'astigmatisme l'action principale dans la genèse de la myopie.

Sa doctrine est très simple, mais à condition qu'on en accepte la base, la proposition fondamentale : il est un grand nombre d'astigmates chez lesquels la correction, la contraction partielle correctrice ne peut se faire que grâce à une contraction générale très forte du muscle ciliaire, déterminée par un rapprochement excessif de l'objet en vue et par la convergence qui l'accompagne. Il faut donc admettre : 1° que l'astigmatisme physiologique, j'allais dire normal, puisque son absence est exceptionnelle, est habituellement corrigé par une contraction partielle du muscle ciliaire; 2° que chez nombre de sujets faibles, lymphatiques, anémiés, cette contraction partielle devient impossible isolément. Pour qu'elle se produise, il faut, au préalable, que le muscle ciliaire se soit contracté dans son ensemble, c'est-à-dire que l'accommodation soit entrée en action. Bien que nous croyions les contractions *correctrices* beaucoup plus rares que ne l'admet notre distingué confrère, il ne nous répugne pas d'en accepter la possibilité. Mais que ces contractions si précieuses disparaissent sous l'influence du lymphatisme, de la rougeole; qu'elles disparaissent quand persiste la contraction générale du muscle ciliaire, et qu'elles renaissent sous l'influence de cette dernière, il nous est impossible de le comprendre.

Nous en dirons à peu près autant de la *crampe* du muscle ciliaire, croissant avec le rapprochement et la durée du travail, comme cause du développement de la myopie chez les sujets nerveux. Invoquer d'un côté le lymphatisme et la faiblesse; de l'autre, le nervosisme, nous paraît une hypothèse absolument gratuite. La myopie se rencontre tout aussi souvent chez les jeunes gens robustes que chez les débiles et les souffreteux; nos observations ne nous laissent aucun doute sur ce point.

Que l'astigmatisme prononcé, par l'amblyopie qu'il entraîne, puisse nécessiter le rapprochement des objets, la contraction du muscle ciliaire, et par l'augmentation de la tension intra-oculaire, favoriser le développement de la myopie, nous n'y contredirons pas. Qu'on corrige ce vice de réfraction dans la mesure du possible, nous l'acceptons volontiers. Mais surtout qu'on persévère dans les mesures d'hygiène oculaire adoptées pour les écoles, et l'on ne tardera pas à en constater les fructueux résultats.

J. CHAUVEL.

LE SOMMEIL PROVOQUÉ ET LES ÉTATS ANALOGUES, par M. le docteur A. LIÉBEAULT. 1 vol. in-12 de 310 pages. Paris, O. Doin.

M. Liébeault a été un précurseur, un fondateur en ce qui concerne l'hypnotisme médical et surtout la suggestion. Mais, ainsi qu'il arrive presque toujours aux inventeurs, il a été d'abord méconnu et incompris. Son livre sur *le Sommeil et les états analogues*, publié en 1866, a été condamné alors, avec un parti pris injuste et une véritable légèreté, par la Société médico-psychologique. Aujourd'hui M. Liébeault peut avec confiance en appeler de ce jugement trop sommaire; car il a fini par faire école; il a fait, par son initiative et sa persévérance, l'école de Nancy; ses idées reprises, confirmées, corrigées, développées par M. Bernheim, ont conquis la faveur du public; elles sont ou acceptées ou discutées; elles ne sont plus dédaignées. Le moment était venu de réimprimer son ouvrage; c'est ce qu'il vient de faire, non sans avoir « mis de l'ordre à sa toilette » et sans l'avoir allégé de toute une troisième partie, qui portait sur la thérapeutique et qui était la plus sujette à caution. Le titre même est plus exact; il porte maintenant : *le Sommeil provoqué*, et avec raison, car l'hypnose et le sommeil naturel sont deux états bien différents, et la première édition les confondait à grand tort; le nouveau texte ne corrige pas ce défaut avec la même décision que le titre (voy. la note, p. 26 et 27), et c'est dommage. Mais l'ouvrage de M. Liébeault est un document qui marque une date, et on ne demandait pas à l'auteur de le refaire; tel qu'il est, avec ses hardiesses psycho-physiologiques, avec ses alternatives d'ombre et de lumière, il a sa saveur propre, son originalité bien décidée, et il mérite d'être lu ou relu, car maintenant seulement on peut le comprendre et le discuter avec profit.

Quelques additions curieuses, que l'auteur a soigneusement séparées du texte principal, augmentent encore son intérêt; la plus importante a pour objet la « classification des degrés du sommeil provoqué »; on sait que cette question des degrés de l'hypnose est capitale pour l'école de Nancy.

V. E.

VARIÉTÉS

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Duboué (de Pau); de MM. les docteurs Carpentier Méricourt père, Pigeon (de Fourchambault); Delamare (de Nantes), et Lamazure (d'Aurillac).

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant*.

20396 — MOTTEROZ. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

TRENTE-SIXIÈME ANNÉE — N° 39 — 27 SEPTEMBRE 1889

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

BULLETIN

Paris, 25 septembre 1889.

Vaccine ulcéreuse et syphilis vaccinale.

En signalant mercredi dernier la communication faite par M. Hervieux, nous disions que, pour rassurer une population justement émue des accidents qu'a pu causer la vaccine, il convenait d'insister dès aujourd'hui sur les symptômes qui permettent d'espérer qu'il ne s'agissait point à La Motte-aux-Bois de syphilis vaccinale, mais bien de vaccine ulcéreuse. En lisant dans le *Bulletin de l'Académie* le rapport du savant directeur de la vaccine et en le comparant à une série de documents analogues, il nous semble possible d'affirmer aujourd'hui ces conclusions. Dans le récit de l'épidémie que M. Hervieux a si bien étudiée, et qu'il publie lui-même sous le titre de *vaccine ulcéreuse*, le diagnostic différentiel entre la syphilis vaccinale et les accidents que provoque parfois la vaccine ulcéreuse est, en effet, longuement et sérieusement discuté; mais il semble bien en ressortir qu'il ne s'agissait point de syphilis. C'est ce que nous voudrions essayer de faire voir en comparant quelques faits anciens à ceux qui viennent d'être observés.

Dans un récent travail sur les *anomalies vaccinales*, M. le docteur Commenge (*Union médicale*, 1889) cite un certain nombre d'observations empruntées aux rapports annuels de l'Académie de médecine ou aux leçons de M. le professeur Proust; puis il expose avec détails une épidémie observée en 1882 dans le IVe arrondissement de Paris. Là, bien plus encore qu'à La Motte-aux-Bois les accidents observés auraient pu faire penser à la syphilis. En effet, parmi les enfants vaccinés, plusieurs n'avaient présenté qu'une seule ou au plus trois ulcérations suspectes, alors que les inoculations voisines donnaient naissance à des pustules vaccinales parfaitement légitimes; chez deux ou trois malades (en particulier l'enfant qui est le sujet de l'observation X), les lésions constatées présentaient les plus grandes analogies avec celles que provoque l'inoculation d'un chancre syphilitique. Et cependant M. le docteur Commenge, tenant compte de la courte durée de l'incubation, de la marche rapide de l'ulcération, enfin de l'intensité des phénomènes inflammatoires, a affirmé qu'il ne s'agissait que de vaccine ulcéreuse et l'avenir a confirmé ce diagnostic.

Plusieurs mémoires, dus à MM. Le Duc (de Versailles), Henri Bernard (de Grenoble), Lalagade (d'Albi), etc., pourraient être rapprochés aussi des observations que vient de faire M. Hervieux et donneraient lieu à des conclusions identiques. Ainsi, en effet, que l'a si nettement établi M. Fournier, ainsi que l'a rappelé M. Hervieux, les lésions de la vaccine ulcéreuse sont relativement précoces, celles

FEUILLETON

La médecine à l'Exposition universelle de 1889.

(Cinquième article.)

Si l'administration de l'assistance publique de la ville de Paris a pris une part importante, quoique bien insuffisante eu égard à ses ressources, à l'Exposition, que dire de celles des autres grandes villes de France et des villes étrangères? Ici la pénurie est presque complète et il serait vraiment impossible de se rendre compte de la manière dont l'assistance est aujourd'hui pratiquée, si l'on devait se borner à étudier dans les galeries et jardins de l'Exposition ce difficile et intéressant problème. On conçoit que les Commissions administratives des hôpitaux et hospices soient avares de leurs deniers et que les dépenses d'une exposition aient été pour les effrayer; mais il est des cas où il faut savoir frapper l'attention publique, ne serait-ce que pour tenter d'augmenter les legs et donations qui constituent une part importante des revenus de ces établissements. Fort heureusement le gouvernement a montré plus de bon vouloir et la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'intérieur a pris une part considérable à l'Exposition, autant du moins que l'organisation actuelle de ses services le lui a permis.

C'est en effet une chose singulière que la situation des services d'assistance en France pour ce qui concerne les établissements hospitaliers en dehors de Paris. Les Conseils d'administration qui les gèrent y sont, en fait, les maîtres absolus; quelques-uns, trop peu nombreux, montrent un grand souci des intérêts qui leur sont confiés, de même qu'un vif désir d'apporter tous les perfectionnements qu'indique incessamment le progrès; mais combien d'autres se bornent à veiller avec un soin jaloux aux intérêts pécuniaires de leurs établissements et ne pensent qu'à en augmenter

du chancre syphilitique ne se manifestent jamais avant le quinzième jour qui suit la vaccination. Quinze à vingt jours après l'inoculation vaccinale, les lésions ulcéreuses sont en pleine évolution, tandis que le chancre syphilitique n'a pas apparu ou bien est encore presque rudimentaire. La vaccine ulcéreuse atteint toutes ou presque toutes les pustules inoculées (les faits cités par M. Commenge prouvent cependant que parfois une ou deux seulement sont anormales); le chancre, au contraire, se développe sans l'apparition de pustules vaccinales ou bien il n'infecte que quelques-unes seulement d'entre elles. Les lésions ulcéreuses de la vaccine sont très étendues; elles sont profondes; elles donnent naissance à une suppuration très abondante et à une inflammation intense du tissu cellulaire sous-jacent. La lésion syphilitique est croûteuse; la plaie est moins creuse; l'inflammation moins vive; la suppuration presque nulle. Dans la vaccine ulcéreuse, la base de l'ulcération est indurée, mais cette induration est comme empâtée, œdémateuse Dans la syphilis vaccinale, l'induration donne au doigt une sensation spéciale de rénitence sèche, élastique, parcheminée. Enfin, les complications inflammatoires (angioleucite, érysipèle, phlegmons, etc.) sont très fréquentes dans la vaccine ulcéreuse; elles sont très rares lorsqu'il s'agit d'un chancre inoculé par la vaccine.

Nous avons cru devoir reproduire, en les empruntant aux leçons de M. le professeur Fournier, ces caractères différentiels qu'a invoqués M. Hervieux pour contredire l'opinion des médecins qui pourraient encore, dans l'épidémie de La Motte-aux-Bois, penser à la syphilis. Il nous a paru, en effet, nécessaire de les rappeler à tous les praticiens que trouble et que contriste si souvent l'appréhension que doit faire naître l'apparition d'une vaccine anormale.

Reste, pour l'épidémie de La Motte-aux-Bois, un doute relatif à l'état du vaccinifère, c'est-à-dire à la nature des accidents qu'il a pu présenter au moment de son inoculation vaccinale primitive. M. Hervieux, qui l'a examiné avec le plus grand soin, n'a constaté chez lui aucune manifestation syphilitique ancienne ou récente, aucune lésion autour des cicatrices vaccinales, rien autre chose que quelques ganglions probablement d'origine strumeuse dans l'aisselle, sous les maxillaires et à la partie moyenne et postérieure du cou. Mais on ne peut savoir quelle a été, chez cet enfant, l'évolution de la vaccine. Or un certain nombre de faits rapportés dans divers recueils scientifiques semblent démontrer que, le plus souvent, les anomalies vaccinales, surtout lorsqu'elles s'observent chez des sujets appartenant à la seconde enfance, de constitution saine et vivant dans un milieu salubre, sont dues à ce que, chez le vaccinifère, l'évolution vaccinale avait elle-même présenté quelques désordres.

A ce point de vue, le fait le plus remarquable est celui qui a été observé en 1885 à Asprières (Aveyron) et qui a fait l'objet d'un rapport des plus intéressants, dû à M. Brouardel et inséré dans le *Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène* (t. XVI, p. 9, 1887). La vaccination aurait été faite primitivement avec du vaccin de génisse parfaitement pur. Une enfant est vaccinée à l'aide de ce vaccin : la vaccine a chez elle une évolution normale. On se sert de son vaccin pour une nouvelle vaccination qui réussit encore. Les enfants vaccinés servent à leur tour de vaccinifères. Dans cette troisième génération vaccinale commencent à apparaître des accidents. Une jeune fille est atteinte d'un phlegmon du bras. Elle guérit. Son vaccin sert cependant pour revacciner d'autres enfants. Chez ceux-ci l'évolution vaccinale est normale. Les pustules apparaissent très vite, sont très enflammées ; on s'en sert imprudemment pour revacciner d'autres enfants, chez lesquels la pustulation se produit soixante-douze heures après l'inoculation vaccinale. Au lieu de considérer ce vaccin précoce — et par conséquent anormal — comme inefficace et dangereux, on a le tort de s'en servir pour vacciner quarante enfants. Et l'on voit tout aussitôt les accidents septicémiques les plus graves se développer chez ceux-ci. Six d'entre eux meurent vingt-quatre heures après l'inoculation vaccinale ; tous les autres sont malades et couverts d'impétigo.

Il est évident, et dans le rapport qu'il a signé avec MM. Pasteur et Proust, M. Brouardel l'a magistralement établi, il est évident que les accidents observés ont été dus à ce que les médecins vaccinateurs se sont servis d'une sérosité anormale et altérée, qu'ils ont prise pour de la vaccine légitime ; mais cette erreur, bien des praticiens ont pu la commettre. Trop souvent encore, dans les vaccinations de bras à bras, nous pourrions en citer des exemples, on néglige de s'informer avec toute la précision nécessaire de l'évolution des pustules dont on retire la lymphe prétendue vaccinale. Trop souvent aussi l'on néglige de prendre les précautions indispensables pour éviter les accidents septicémiques dus à l'état des instruments qui servent au vaccinateur. N'a-t-on pas vu Bousquet (*Traité de la vaccine*, etc., 1848,

---

les revenus, au risque de limiter les secours ? Aussi la plupart des établissements hospitaliers dont nous parlons sont-ils dans un fâcheux état de salubrité, les méthodes et les procédés de traitement n'y ont pas été modifiés depuis un temps très éloigné ; aussi comprend-on que leurs Commissions administratives n'aient ni pu ni voulu révéler une telle situation. Mais en dehors de ce côté matériel des objets à exposer, il eût été possible d'obtenir des renseignements circonstanciés sur les détails de l'administration hospitalière qu'il importe tant aujourd'hui de connaître. Le ministère de l'intérieur avait pris soin de dresser à cet effet un programme spécial; il n'a pas eu la bonne fortune de le voir rempli. A défaut des résultats d'une telle enquête, il s'est efforcé de la remplacer dans la mesure du possible en établissant la statistique des dépenses publiques d'assistance en France pendant une année déterminée, l'année 1885. Cette statistique forme un rapport considérable de 350 pages et 34 tableaux, qui a été présenté par M. Henri Monod au ministre il y a quelques mois et que l'on peut consulter à l'Exposition même, dans le vestibule du pavillon de la classe 64, sur l'esplanade des Invalides.

Les dépenses publiques d'assistance sont celles dont l'objet est de secourir les pauvres et qui sont payées au moyen de deniers publics. Elles comprennent en conséquence, outre les dépenses proprement dites d'assistance publique, celles qui, étant payées au moyen de deniers publics, sont consacrées à subventionner des œuvres privées; elles sont nécessairement imputées sur les budgets, soit de l'État, des départements ou des communes, soit des établissements publics, c'est-à-dire les établissements nationaux, les hôpitaux et hospices, les bureaux de bienfaisance et l'assistance publique de Paris. Celles des dépenses de la charité individuelle qui ne sont pas payées par une caisse publique, les dépenses des œuvres privées, notamment des œuvres qui sont reconnues d'utilité publique, ne figurent pas, par suite, dans ce travail.

p. 81) déclarer qu'il avait *à dessein* « vacciné avec des lancettes sales, mal effilées, rouillées », et affirmer qu'avec du bon vaccin il avait toujours produit la bonne vaccine. De pareilles assertions ne sauraient plus être émises de nos jours. Mais il n'en est pas moins utile de rappeler aux médecins vaccinateurs les précautions nécessaires pour éviter les accidents septicémiques dus aux instruments dont ils se servent.

Peut-être aussi ne sait-on pas toujours reconnaître, quand on vaccine de bras à bras, la qualité du vaccin employé. N'est-ce point une raison nouvelle de conseiller la vaccination animale? Celle-ci, les observations de M. Pourquier l'ont bien fait voir et un grand nombre de faits le démontrent, n'est exempte elle-même ni d'insuccès, ni d'accidents. Le vaccin animal s'altère très rapidement et détermine dès lors des désordres septicémiques graves. Mais on possède aujourd'hui des moyens à peu près certains de prévenir son altération. On peut rapidement et facilement obtenir dans les Instituts vaccinaux des tubes contenant une pulpe vaccinale parfaitement pure. Il n'est que juste de recommander à tous ceux qui ne connaîtront pas tous les antécédents d'un vaccinifère de se servir de tubes de vaccin de génisse bien préparés et bien conservés.

Les faits regrettables de la nature de ceux qu'a cités M. Hervieux ne sont point d'ailleurs de nature à décourager les vaccinateurs. Comme l'a si bien dit le savant académicien, la vaccine a toujours su, elle saura toujours se défendre elle-même par les bienfaits qu'elle a répandus sans relâche depuis près d'un siècle. Et les revers que l'on peut signaler de temps à autre ne sauraient faire méconnaître ces bienfaits.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Tuberculose cutanée.

Depuis le jour où Villemin a démontré l'inoculabilité de la tuberculose, des expériences nombreuses et variées ont été entreprises et, en 1888, Koch les a couronnées en découvrant et en isolant l'agent virulent, le bacille de la tuberculose. A partir de ce moment on possédait un criterium pour juger en toute sûreté si une lésion était ou non tuberculeuse. Aussi a-t-on repris à ce point de vue les recherches sur les tuberculoses de l'homme sur la tuberculose et inoculée aux animaux.

L'homme, lui aussi, peut, en effet, être l'objet d'inoculations tuberculeuses au niveau des membranes tégumentaires, cutanée ou muqueuse. Les lésions de ce genre ont un grand intérêt théorique, car elles nous permettent d'étudier sur l'homme et la détermination locale et le processus de généralisation. Elles ont un intérêt pratique au moins égal, car nombre d'entre elles sont justiciables d'une intervention opératoire, soit pour extirper le foyer infectieux, soit pour réparer, après sa cicatrisation, les dégâts qu'il a commis.

Le chirurgien doit donc étudier avec soin la tuberculose de la peau et des muqueuses. Pour les muqueuses, pour celles de la bouche en particulier, il s'y est astreint depuis longtemps. Mais il n'a guère coutume de s'occuper des lésions cutanées : il en laisse volontiers la description au dermatologiste. Depuis quelques années, pourtant, la question change un peu de face, et les thèses, relativement récentes, de Vallas (de Lyon), de Lefèvre, l'envisagent sous un aspect réellement chirurgical.

I

Les inoculations de la tuberculose à la peau se font dans deux conditions absolument distinctes : 1° le sujet est tuberculeux et, à l'aide de produits que lui-même a formés, il infecte une solution de continuité quelconque; 2° le sujet jusqu'alors indemne s'inocule accidentellement un véritable « chancre tuberculeux » capable d'être la source d'une généralisation bacillaire.

1° *Auto-inoculations locales des tuberculeux.* — Les premières ulcérations tuberculeuses constatées chez les phthisiques ont été celles des muqueuses. Celles de l'intestin n'intéressent guère le chirurgien, mais il est bon de rappeler que déjà Louis invoquait, pour les expliquer, l'action nocive des crachats déglutis. Celles de la muqueuse bucco-linguale sont bien connues et sont décrites depuis longtemps parmi les lésions chirurgicales de la langue.

Une des premières observations probantes d'ulcération tuberculeuse de la peau est due à P. Coyne, en 1871 : sur une phthisique, une ulcération occupait la région temporo-mastoïdienne et l'examen histologique démontra la nature tuberculeuse du mal. A partir de ce moment les faits se sont multipliés. Les ulcères tuberculeux des lèvres, de l'anus chez les phthisiques, ont à plusieurs reprises attiré l'attention de la Société médicale des hôpitaux. Puis, en France comme à l'étranger, on a examiné les ulcérations des régions les plus diverses. Peu à peu le microscope, puis la bactériologie ont rendu indiscutable la nature tubercu-

---

Le total des dépenses publiques d'assistance faites en France, pendant l'année 1885, s'est élevé à 184 121 099 fr. 23. L'Etat, les départements et les communes ont participé à ces dépenses, au moyen de fonds prélevés sur les contribuables, pour une somme de 89 242 096 fr. 19, soit un peu plus de 48 pour 100 de la dépense totale et, par tête d'habitant, la population ayant été au recensement de l'année suivante, en 1886, de 38 218 903 habitants, une dépense moyenne de 2 fr. 33. On voit ainsi qu'il a été fait face à ces dépenses avec les ressources propres des établissements publics et le produit des fondations, pour une somme de 94 879 003 fr. 04, qui représente la différence entre le total des dépenses et les subventions budgétaires. M. Henri Monod a très justement ensuite fait le départ, dans ces chiffres, entre ceux qui regardent l'assistance à Paris et ceux qui ont rapport au reste de la France. A Paris, les dépenses se sont élevées, en 1885, à 50 774 828 fr. 89, dont 19 019 661 fr. 17 payées avec les ressources propres de l'assistance publique et 31 753 167 fr. 72 soldées avec les fonds prélevés sur les contribuables, soit par habitant 13 fr. 54. Enfin, en France, non compris Paris, les dépenses publiques d'assistance, qui ont été, pendant cette même année, de 133 348 270 fr. 34, se subdivisaient en 75 859 341 fr. 87, payées avec les ressources propres des établissements publics et le produit des fondations, et 58 488 928 fr. 47, payées avec les fonds prélevés sur les contribuables, soit par habitant 1 fr. 60.

Par une singulière coïncidence, fait observer M. Henri Monod, le chiffre des dépenses d'assistance publique par tête d'habitant s'est trouvé être, en 1885, le même, à 6 centimes près, à Paris et à Londres : il a été à Paris de 13 fr. 54 et de 13 fr. 60 à Londres. Mais, les capitales une fois exclues du calcul, il y a une énorme différence entre les dépenses publiques d'assistance faites en France et celles faites en Angleterre; si, en France, la contribution moyenne est de 1 fr. 60, elle est de 6 fr. 77 en Angleterre; en outre,

leuse, naguère constatée, de ces solutions de continuité, et aujourd'hui, grâce aux travaux de Chiari, de Ritzo, de Vallas, il est possible de donner une description d'ensemble.

Les phthisiques sont ordinairement parvenus à une période avancée, lorsque se creusent sur leur peau des pertes de substance dont les sièges de prédilection sont le pourtour des orifices naturels : les lèvres et l'anus; les doigts, les mains. Ce siège déjà, en des régions si volontiers exposées au contact des crachats, des selles, fait supposer qu'il s'agit d'une inoculation directe et non pas, malgré Ritzo, d'une localisation, par le fait d'un trauma, de bacilles habitant le sang.

Parfois, d'ailleurs, la préexistence d'une solution de continuité est évidente. Aux lèvres comme à la langue l'origine est assez souvent dans de petites plaies produites par une morsure, par les dents d'une fourchette, etc. Tout comme, à la langue, Doutrelepont a vu le bacille s'implanter sur une syphilide, et Brem, au pharynx, sur une brûlure par potasse caustique.

Loin des orifices naturels, la même pathogénie est parfois certaine. Tel ce phthisique, observé par Raymond, qui suça une petite écorchure qu'il venait de se faire à la main : une ulcération spécifique s'y déclara. Une malade de Deschamps est plus remarquable encore, car à deux reprises elle fut atteinte de la sorte : une fois, à la fourchette, en conséquence d'une chute sur le périnée; puis, à un doigt, à la suite d'une brûlure au second degré.

Une semblable netteté n'est toutefois pas de règle, et souvent aucun commémoratif de ce genre n'est relevé. Mais l'inoculation directe n'est-elle pas probable chez le malade sur qui, à l'occasion d'une ulcération bacillaire de la verge, on a pu constater une tuberculose épididymaire?

Cette dernière observation appartient à une catégorie de faits plus rares que les ulcérations tuberculeuses des phthisiques, c'est-à-dire aux ulcérations qui viennent compliquer les *tuberculoses chirurgicales*.

On voit, de temps à autre, la peau s'inoculer autour de fistules, de tumeurs blanches, d'ostéites bacillaires. Pour n'être pas fréquents, ces faits ne sont pourtant pas contestables.

J'ai observé l'an dernier, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Desprès, un homme chez qui la peau dorsale de la main, autour de fistules s'étendant vers le quatrième métacarpien, présentait une induration avec état papillomateux très analogue à la tuberculose verruqueuse de la peau. Ce malade, il est vrai, n'a été examiné que cliniquement. Mais Lyol et Gautier ont publié à la Société anatomique un examen histologique probant, pratiqué sur la peau qui entourait des fistules du coude.

Les faits de ce genre sont rares, et l'on en est encore à compter les observations. C'est, prétend Vallas, parce que chez ces sujets moins cachectiques que les phthisiques, la peau résisterait mieux à l'invasion du bacille. Cet argument est difficile à soutenir si l'on songe que ces malades, souvent affaiblis par des suppurations prolongées, sont de plus, en grand nombre, minés par la tuberculose pulmonaire. Il est plus plausible, se souvenant que dans ces lésions « scrofuleuses » les bacilles sont à l'ordinaire peu abondants, d'admettre que ces tuberculoses, d'une virulence médiocre, s'inoculent avec quelque difficulté, et cela d'autant plus que la peau fournit un terrain de culture peu fertile.

Aussi la lésion observée est-elle toujours en pareille occurrence une forme atténuée de la tuberculose cutanée. Ce ne sera à peu près jamais la vraie ulcération tuberculeuse; ce ne sera même que rarement la tuberculoss verruqueuse. L'observation de Lyol et Gautier est un exemple, fort rare, de cette seconde variété. Les cas les plus fréquents (et encore ne faut-il pas exagérer cette fréquence) sont relatifs au lupus. Cette étiologie du lupus est signalée par Neumann; Leloir et Renouard y insistent davantage. Des faits probants sont dus à Volkmann pour les fistules du spina ventosa et de la carie du calcanéum; à Leser pour la coxalgie; à Liebreicht pour une fistule anale; à Neumann pour des abcès scrofuleux divers. Il y a un an environ, Jeanselme a publié au Congrès pour l'étude de la tuberculose, six observations qu'il a recueillies dans le service de Hallopeau à l'hôpital Saint-Louis. On trouvera ces faits rassemblés dans la thèse récente de Cronier.

2° *Inoculation d'un sujet sain.* — Depuis bien longtemps on a proclamé qu'à faire des autopsies de phthisiques on risque de gagner leur mal. Morbn, Valsava, Morgagni redoutaient fort les piqûres contractées de la sorte.

Cependant l'expérimentation sembla, au début, leur donner tort. Les essais d'Alibert, Hébréard, Guersant, Richerand furent infructueux. De même, plus près de nous, pour ceux de Chauveau (1872). Enfin en 1883, alors que la virulence de la tuberculose était définitivement démontrée, Bollinger essayait en vain d'inoculer la tuberculose à la peau d'un animal sain. Il concluait que la manipulation d'organes tuberculeux, l'abatage de bêtes phthisiques, les

---

le service d'assistance y est organisé sur toute la surface du territoire, ce qui n'est pas le cas chez nous. C'est ainsi que, pour la population rurale, s'élevant à 27 557 630 habitants, répartis entre 35 712 communes, la charge des dépenses communales d'assistance était en France en moyenne de 38 centimes par habitant et, déduction faite des dépenses qui sont obligatoires et qui s'appliquent aux services des aliénés et des enfants assistés, cette charge s'est abaissée à 28 centimes seulement par habitant!

Pour ce qui concerne plus particulièrement les hôpitaux et hospices, leurs dépenses ont été de 68 627 012 fr. 11, se subdivisant comme il suit: 7 603 856 fr. 22 pour l'administration de leurs biens et revenus, 44 780 960 fr. 04 de dépenses ordinaires (8 629 362 fr. 25 pour le personnel, 7 547 313 fr. 09 pour le matériel, 26 090 780 fr. 54 pour la nourriture et 2 513 504 fr. 16 pour la pharmacie), 2 876 917 fr. 47 comme secours donnés à domicile et 13 365 278 fr. 38 de dépenses diverses. Les 14 454 bureaux de bienfaisance qui existaient alors en France ont secouru 1 632 564 individus, pour une somme de 26 460 296 fr. 47.

La dîme de la charité publique est, on le voit, relativement peu considérable en France; celle de la charité privée lui vient heureusement en aide, mais dans une proportion qu'il est impossible d'apprécier. Le nombre est en effet restreint des grandes institutions qui peuvent, grâce à la générosité des fondateurs et bienfaiteurs, secourir de nombreuses infortunes. Au premier rang de ces institutions, il convient de placer les dispensaires pour les enfants, dont la plupart sont représentés à l'Exposition par des maquettes ou des tableaux, depuis le premier en date en France, celui qui a servi de modèle aux autres, le dispensaire de M. le docteur Gibert au Havre, jusqu'à ceux de M. le docteur Dubrisay à Paris, de Mmes Furtado-Heine et Pereire et de M. Ruel. L'administration supérieure a fait depuis plusieurs années des efforts considérables pour généraliser le plus possible ces utiles institutions; leur nombre est encore bien

autopsies, ne constituaient pas un danger au point de vue de l'inoculation par la peau.

Les observations humaines, toutefois, empêchent de partager cet optimisme. Sans doute des inoculations expérimentales ont été tentées sans succès par Goodlad et Lespiau sur eux-mêmes, par Kortune sur un enfant. Mais de nombreux faits démontrent que ces imprudences eussent pu réussir et même entraîner une généralisation tuberculeuse.

Passons sous silence les cas où la preuve absolue n'est pas faite: celui de Laennec, mort phthisique vingt ans après s'être piqué en autopsiant un phthisique; celui où Verneuil nous montre un médecin atteint de mal de Pott après avoir contracté un tubercule anatomique. Dans ces cas, en effet, la nature bacillaire du tubercule anatomique n'a pas été directement démontrée; or il semble prouvé que tous les tubercules anatomiques ne sont pas de nature tuberculeuse, et d'autre part l'évolution, à longue échéance, d'une tuberculose à distance n'est pas une preuve irréfutable, étant donné surtout qu'aucun phénomène spécial, caractéristique, ne s'est manifesté au niveau du tubercule anatomique.

Mais les observations incontestables abondent. Celle de Tscherning est une des plus complètes. Une fille vigoureuse se blessa au médius en brisant le crachoir en verre d'un phthisique; un panaris se forma, et il en resta un petit nodule, qui fut extirpé; mais quelque temps après la gaine des fléchisseurs se prit en même temps que gonflaient les ganglions épitrochléens et axillaires. Studtgaard amputa le doigt et enleva les glandes engorgées; dans toutes les parties furent trouvés des bacilles. De même l'infection n'a pas dépassé les ganglions axillaires sur un infirmier qui soignait les phthisiques et dont l'histoire est rapportée par Axel Host. Chez un garçon d'amphithéâtre, Karg a vu un tubercule anatomique se compliquer, à l'avant-bras, de petits abcès, contenant des bacilles. Une malade de Merklen fut plus mal partagée encore, car la phthisie pulmonaire fut la conséquence d'un tubercule anatomique, qui s'était accompagné de lymphangite tuberculeuse.

On pourrait multiplier les faits de ce genre, citer ceux de Raymond, de Wahl, de Demme, etc. Il suffit d'avoir rappelé les principaux. Une mention spéciale est due, cependant, à la tuberculose inoculée par la circoncision rituelle des Hébreux. Quelquefois, le contage vient d'une source inconnue, ou bien il est fourni par l'entourage de l'enfant, mais presque toujours la cause est trouvée d'une manière précise, l'opérateur religieux étant phthisique et ayant pratiqué néanmoins sur la verge la succion prescrite par la loi. En pareille occurrence, l'inoculation tuberculeuse réussit avec une fréquence remarquable; c'est qu'elle n'est pas faite seulement dans la peau, mais bien dans le tissu cellulaire sous-cutané.

La tuberculose pulmonaire n'est pas seule la source de ces infections cutanées. Quelquefois, mais plus rarement, des lésions dites scrofuleuses s'inoculent. Czerny créa des ulcérations tuberculeuses en pratiquant sur des plaies granuleuses des greffes cutanées avec la peau d'un membre amputé pour tumeur blanche. Un lupus semble bien avoir contaminé une plaie d'amputation sur un opéré de Wahl.

Après tout ce qui vient d'être dit, il n'est pas utile d'insister davantage sur l'importance des prédispositions professionnelles. Bon nombre des malades sont des médecins, des infirmiers (ou des sujets en faisant fonctions). Les autres cohabitent, pour la plupart, avec des phthisiques ou avec des personnes atteintes de lésions tuberculeuses externes. Il est certain, cependant, que la plupart des inoculations produites dans ces circonstances restent stériles. Quel médecin, quel infirmier ne s'est pas fait mainte piqûre avec des produits tuberculeux? Bien peu en subissent des inconvénients. C'est que la peau semble être pour le bacille un terrain de culture relativement défectueux. Dans quelques circonstances, une cause générale favorise peut-être le développement du microbe, et l'on ne saurait, dans cette mesure, dénier toute action à la débilitation générale, à l'alcoolisme, au surmenage, notés dans les observations de Lesser, de Raymond, de Merklen.

II

La tuberculose cutanée par inoculation directe se présente sous des formes cliniques très variables. Faisons abstraction des gommes scrofuleuses dermiques et hypodermiques, pour lesquelles on n'a pas encore parlé d'inoculation directe. Dans l'étude étiologique qui vient d'être esquissée, trois autres formes ont été mentionnées: l'ulcération proprement dite, la tuberculose verruqueuse, le lupus, pour les énumérer en allant de la plus virulente à la moins virulente. Du lupus il ne sera plus question; son aspect, ses particularités cliniques sont devant tous les yeux, dans toutes les mémoires. Restent donc l'ulcération tuberculeuse et la tuberculose verruqueuse.

Certains auteurs ont soutenu que l'étiologie domine ces

---

restreint et peu en rapport avec les besoins de la population indigente de nos grandes villes et des agglomérations industrielles. Il en est de même des crèches qui rendent tant de services et offrent un asile si précieux à l'enfance ouvrière pendant les heures de travail des parents. Dans les galeries de l'Exposition d'économie sociale qui avoisinent les pavillons de la classe 64, on peut se rendre aisément compte des services rendus par ces diverses institutions et en même temps du petit nombre que nous en possédons encore. Il y a lieu d'espérer que l'Exposition actuelle aura eu pour effet d'attirer sur elles l'attention, en même temps qu'elle aura montré combien de pratiques fâcheuses et souvent même funestes sont encore en usage pour l'élevage de la première enfance. Tous les visiteurs de l'Exposition n'ont pas manqué d'examiner en effet l'exhibition très pittoresque, faite par le ministère de l'intérieur, des principaux procédés d'habillement et d'alimentation de nos enfants dans les campagnes et les villes; ici, l'on peut reconnaître combien l'emmaillotement barbare des nouveau-nés à l'aide de bandes semblables aux anciennes *fasciæ* est encore appliqué; la coiffure, qui tend à disparaître dans les villes, reste immuable à la campagne sur la tête des enfants, de même les couchages à souillure facile et permanente sont toujours en usage, ainsi que les biberons soi-disant perfectionnés et dont les inventeurs s'ingénient à supprimer la main de l'éleveuse au plus grand dommage de l'enfant ingérant de lui-même un lait refroidi ou contaminé par le passage à travers de longs tubes, etc., etc. A côté de ces pratiques, l'administration a fait placer, autant que le permettait la nature de l'exposition, des indications plus rationnelles; elle a surtout tenu à montrer combien elle s'efforce, depuis la promulgation de la loi Roussel, de récompenser les bonnes nourrices ou éleveuses et tous ceux qui participent avec zèle et dévouement à l'œuvre de la protection de la première enfance. Les médecins ont été appelés à y jouer, comme il convenait, le rôle principal;

différences symptomatiques. D'après Vallas, d'après Ritzo, l'ulcération franche est l'apanage des individus déjà phthisiques. L'inoculation des sujets sains amène la forme bénigne. Cette opinion est à peu près exacte, mais il ne faut pas la prendre au pied de la lettre. Vallas compte bien trente-trois phthisiques cachectiques sur les trente-trois observations d'ulcérations qu'il réunit; mais il ne parle pas des inoculations par circoncision. Le bacille, sans doute, y est introduit dans le tissu sous-cutané; il n'en reste pas moins exact qu'il en résulte une vraie ulcération tuberculeuse. Et d'ailleurs dans l'observation de Hanot, la phthisie s'est déclarée longtemps après le début d'une ulcération fort grave occupant la peau de l'avant-bras. Au rebours, chez certains phthisiques confirmés, la lésion reste à l'état de tuberculose verruqueuse; c'est le cas pour un des malades de Raymond.

Aussi, malgré la commodité qui en résulterait pour une description didactique, il ne semble pas qu'il faille établir de parallélisme entre les divisions de l'étiologie et celles de la symptomatologie. Jusqu'à nouvel ordre, on peut seulement dire que l'ulcération tuberculeuse est la forme de prédilection chez les phthisiques; la tuberculose verruqueuse étant plus spécialement réservée aux sujets préalablement sains, ou porteurs de lésions dites scrofuleuses.

1° *Ulcération tuberculeuse.*—Le *siège* de la lésion a été déjà indiqué à propos de l'étiologie. La *multiplicité* des ulcérations n'est pas très rare. Plusieurs malades souffraient à la fois de la lèvre et de l'anus. La main et la langue furent prises sur un patient de A. Poncet; la fourchette et la main sur une femme vue par Deschamps.

Le *début* est quelquefois marqué par une blessure à laquelle aucune importance n'est attachée, mais qui cependant s'envenime peu à peu et dégénère en ulcération. Ou bien, le plus souvent, rien n'attire l'attention sur la région qui va être envahie et la lésion n'est reconnue que lorsqu'elle en est déjà à une période relativement avancée. Mais en étudiant le mode d'extension on peut, jusqu'à un certain point, juger du mode de début, par une petite papule rouge, dure, dont le sommet devient bientôt, par caséification, blanchâtre et mou. La base de cette papule est nette, la peau qui l'entoure est normale. Puis, spontanément ou par écorchure, la pellicule épidermique du sommet se rompt et une petite perte de substance apparaît, qui s'étend progressivement.

A la *période d'état* on voit une ulcération de dimensions variables, plus petite en général aux lèvres, où le derme est adhérent et dense, qu'aux membres où la laxité est plus grande. Raymond a mesuré un ulcère, large de 8 centimètres sur 10.

La forme de la perte de substance n'a rien de fixe: circulaire, sinueuse, serpigineuse. Les bords sont souvent polycycliques, en souvenir des ulcérations multiples dont la coalescence produit la lésion. Ils sont taillés à pic, entourés d'un étroit liséré un peu rouge, reposant sur une légère induration.

Le fond de l'ulcère est granuleux, raviné, papillomateux, atone, gris rougeâtre, avec un pointillé jaune. Il ne saigne guère, et sécrète un liquide séro-purulent, qui rarement se condense en croûte.

Autour de la lésion principale il existe souvent un semis de granulations qui, plus ou moins vite, s'ulcèrent, et se fusionnent avec l'ulcération principale. De là une tendance à l'extension en surface, tandis que le fond creuse à une profondeur notable.

Les ganglions voisins sont parfois engorgés, caséeux même. D'après Vallas, pourtant, ils sont en général indemnes; mais, si l'on en juge d'après ce que l'on observe à la lèvre et surtout à la langue, Vallas exagère un peu la fréquence de cette intégrité. L'étude des inoculations tuberculeuses à des individus sains conduit à la même conclusion.

Les signes fonctionnels sont diversement appréciés; pour Duhring, l'indolence est complète; pour Vallas, la souffrance est sévère. La vérité semble être entre les deux extrêmes. Non irritée, l'ulcération ne cause que des douleurs médiocres. Mais au niveau des lèvres, de l'anus, de la vulve, elle est soumise à des excitations multiples et elle devient le siège de douleurs intenses qui entravent les fonctions de la région malade.

Le *diagnostic* est évident pour une ulcération de mauvais aspect survenant chez un individu manifestement phthisique. De même lorsque autour de l'ulcération principale existe le semis des points caséeux peu à peu confluent.

Si ces éléments de diagnostic font défaut, on est exposé à confondre avec un *cancroïde* une ulcération tuberculeuse de la lèvre ou de l'anus. Cependant une analyse minutieuse conduira souvent au diagnostic, car le cancroïde fait plus tumeur, a des bords rugueux, irréguliers, évasés, plus durs, saigne facilement, bourgeonne davantage. Il est classique de dire que la précocité de l'engorgement ganglionnaire est un signe de cancer; mais il ne faut pas se fier

---

malheureusement ils ne peuvent suffire partout à la tâche, car nombreux sont les cantons où ils sont en nombre insuffisant et même tout à fait absents dans quelques-uns. Une carte manuscrite, très intéressante, dressée par M. Turquan, fournit à cet égard des renseignements bien désolants et qui concordent avec ceux qui ont été à maintes reprises reproduits ici même.

L'assistance aux infirmes, sans se généraliser beaucoup, a pris un certain essor en France dans ce dernier siècle. Elle est de celles qui éveillent plus généralement l'attention grâce aux résultats obtenus, qui peuvent être facilement appréciés. Au premier rang il faut placer nos institutions d'aveugles et de sourds-muets, qui montrent avec joie et non sans un légitime orgueil les travaux de leurs élèves et les succès qu'ils remportent. Les aveugles ont un penchant marqué pour la musique, où beaucoup deviennent d'excellents instrumentistes; d'autres deviennent d'habiles ouvriers et les ateliers d'aveugles produisent souvent des œuvres remarquables; il est plusieurs artistes parmi eux, récompensés aux Salons annuels. De même pour les sourds-muets, que les progrès de la méthode orale du langage, substituée à l'ancienne mimique, font de plus en plus rentrer dans la vie commune. C'est merveille de voir et d'entendre avec quelle perfection on fait aujourd'hui de quelques-uns d'entre eux des entendants-parlants et des parlants même, en quelques années! Pour tous ces infirmes, le secours de l'art médical est précieux; c'est à la physiologie que leurs maîtres demandent les conseils et la raison d'être de leur enseignement; c'est le médecin qui est leur meilleur auxiliaire, celui de tous les instants, celui qui corrige les défauts individuels, redresse les erreurs commises et rend compte des progrès accomplis. Aussi la part du service médical devient-elle de plus en plus marquée dans ces diverses institutions.

(*A suivre.*)

à ce symptôme, dont on exagère la rareté dans la tuberculose. Dans quelques cas, on ne pourra poser le diagnostic qu'après avoir examiné histologiquement un fragment excisé et y avoir recherché les bacilles.

Il serait superflu d'insister sur le diagnostic du chancre mou, du chancre syphilitique, de la syphilis tertiaire, des ulcérations arsenicales, etc. Non pas que jamais on ne commette ces erreurs, mais parce que les cas où on y est exposé sont précisément ceux où font défaut les signes habituels, classiques, qui seuls pourraient être résumés ici. Dans les cas douteux, l'examen histologique seul trancherait la question.

2° *Tuberculose verruqueuse.* — Le type le plus simple nous est fourni par la lésion vulgairement appelée *tubercule anatomique.*

Les mains en sont le *siège* à peu près exclusif, surtout au niveau de la face dorsale des doigts, parmi lesquels le pouce et l'index sont les plus exposés.

La plaie initiale à laquelle on remonte souvent se ferme quelquefois, puis s'exulcère et végète; mais en général, elle reste ouverte, d'abord insignifiante, puis peu à peu aggravée, et au bout de quelques jours, elle acquiert des caractères spéciaux. Ou bien ces caractères ont été précédés d'accidents inflammatoires, en apparence banals, un panaris, un abcès, qui laissent un reliquat tuberculeux; ou bien la plaie s'est ulcérée, devenant croûteuse et grisâtre; ou bien dès le début un petit bouton rouge s'est formé, dont le sommet devient blanc et s'ulcère.

A la période d'état, il n'y a pas d'ulcération, mais on voit une élevure rugueuse, assez sèche, d'aspect papillomateux, à papilles courtes et dures, dont les sommets forment un piqueté noirâtre. Entre les bases des papilles sont quelques fissures un peu suintantes, peu croûteuses. Cette lésion est indolente. Autour d'elle la peau est saine, souple, de coloration normale.

Dans sa forme banale, le tubercule anatomique est une lésion bénigne. Il ne s'étend qu'avec une extrême lenteur, ne s'ulcère à vrai dire pas; les ganglions voisins ne s'engorgent pas et l'état général reste excellent.

Depuis longtemps, Ernest Besnier et Vidal pensent que cette lésion est de nature tuberculeuse et sur quelques pièces l'histologie en a fourni la preuve. Les follicules tuberculeux y ont été vus par Koleiko et ses bacilles par Sanguinetti. Les faits analogues se sont multipliés. Mais faut-il en conclure que parmi les inoculations bactériennes l'inoculation tuberculeuse peut seule produire cette lésion? Quelques auteurs tendent à l'admettre, mais Polosson le conteste, d'après quatre examens histologiques où il n'a pu trouver ni bacille, ni fistule. Il semble donc bien que tous les tubercules anatomiques ne sont pas tuberculeux, mais l'aspect extérieur ne permet pas, jusqu'à nouvel ordre, d'établir le diagnostic entre ces variétés. Il reste établi toutefois que le tubercule anatomique est la forme la plus atténuée de la tuberculose verruqueuse par inoculation.

Mais la maladie n'en reste pas toujours à cette étape et chez quelques sujets elle est l'occasion d'une infection qui, par les lymphatiques, gagne de proche en proche. Alors se manifestent les symptômes de la lymphangite tuberculeuse, avec ses abcès froids superficiels, multiples, en ligne. Ailleurs, avec ou sans lymphangite appréciable, les ganglions s'engorgent, au-dessus de l'épitrochlée, puis dans l'aisselle. Un pas de plus, et le bacille est arrivé dans le torrent circulatoire: à ce moment surviennent des localisations tuberculeuses à distance, dont la phthisie pulmonaire est la plus fréquente, parmi lesquelles il faut encore mentionner les abcès ossifluents, la méningite tuberculeuse. En somme, la tuberculose se généralise et emporte le malade en un temps variable.

En résumé, il y a une inoculation cutanée qui est la porte d'entrée d'une infection cutanée, d'abord tout à fait locale, puis atteignant les lymphatiques de la région, enfin se généralisant. Le mal peut s'arrêter à l'un des deux premiers stades, et surtout on peut l'y enrayer si on agit avec une rapidité suffisante sur le « chancre tuberculeux », dont l'éradication coupe court à l'infection ultérieure, même lorsqu'il y a déjà quelques ganglions dégénérés qu'on enlève en même temps. Au reste, rien ne varie comme la rapidité avec laquelle se dissémine l'agent infectieux; comme le laps de temps, par conséquent, pendant lequel la chirurgie sera efficace.

Le tubercule anatomique vient de servir de type, parce que les autres formes que l'on a décrites dans la tuberculose verruqueuse de la peau n'en sont, en somme, que des dérivés, les modifications étant dues au degré d'acuité des phénomènes inflammatoires et à l'étendue des surfaces malades. Ainsi, plusieurs observations parlent d'un véritable placard papillomateux, verruqueux, un peu enflammé, entouré de quelque rougeur, douloureux à la pression, au frottement. Des squames, des croûtes s'y forment, sous lesquelles on trouve du pus, que par pression on fait sourdre quelquefois comme d'une écumoire. Ceci nous amène à dire quelques mots de la forme pour laquelle Riehl et Paltauf ont créé le nom de *tuberculosis verrucosa cutis.*

Quant aux symptômes, on ne tarde pas à se convaincre que l'analogie est très accentuée entre la tuberculose de Riehl et Paltauf et un tubercule anatomique de grande dimension et donnant une suppuration notable. Il est utile, cependant, de les mentionner, car les auteurs en ont fait une analyse soignée.

Les placards présentent des aspects différents, suivant qu'on les considère au centre, où la lésion est ancienne, ou à la périphérie, par laquelle se fait l'extension.

Tout à fait à la périphérie, dans la zone d'envahissement, existe un liséré érythémateux peu saillant, disparaissant sous la pression du doigt. La peau y est lisse, et les orifices glandulaires élargis. Plus en dedans, le liséré s'épaissit, devient brunâtre, et deci, delà, quelques pustulettes s'y soulèvent, ou de petites croûtelles qui en sont les vestiges. Plus en dedans encore, apparaît la zone centrale, saillante de quelques millimètres, irrégulière, papillomateuse. Les végétations papillaires sont d'autant plus longues qu'on se rapproche plus du centre. Entre elles se font des rhagades, des érosions, des pustules et, par pression latérale, on voit le pus sourdre comme d'une écumoire. A ce stade, les orifices glandulaires et les follicules pileux ne sont plus perceptibles; çà et là reste un poil lanugineux qui se laisse facilement arracher. A cette période, la douleur à la pression est vive.

Au bout d'un certain temps, la région malade s'affaisse, les pustules se tarissent, les papilles se rétractent et il reste une cicatrice squameuse, remarquable par un aspect criblé, dû à un réticulum blanc, qui tranche sur un fond violacé. Et cette cicatrice peut se former au centre alors que la périphérie est encore en évolution active.

Telle est la description de Riehl et Paltauf; on voit qu'à

bien des points de vue elle est identique à celle de quelques papillomes dits inflammatoires. Le diagnostic clinique n'est pas encore établi avec certitude, mais l'histologie et la bactériologie lèvent tous les doutes. Riehl et Paltauf (et leurs recherches ont été confirmées par de nombreux auteurs) ont trouvé dans les papillomes les follicules et les bacilles caractéristiques; ils ont constaté que dans certains points, de petits abcès tuberculeux se forment dans les follicules pilo-sébacés ; les glandes sudoripares, plus profondes, restent indemnes.

Ces données anatomiques mettent hors de doute la nature tuberculeuse de la lésion. Elles étaient indispensables, car l'étiologie et l'évolution du mal ne fournissaient guère de renseignements. Riehl et Paltauf notaient bien que leurs malades étaient pour la plupart en contact journalier avec des animaux ou des substances animales. Mais aucun n'avait notoirement approché un phthisique. Tous étaient vigoureux, exempts de toute tare héréditaire. Un seul d'entre eux souffrait d'une adénopathie concomitante; chez tous, même au bout de longues années, l'état pulmonaire était aussi satisfaisant que possible.

Il est vrai que depuis le mémoire de Riehl et Paltauf, quelques cliniciens ont pris sur le fait l'inoculation spécifique. On a surtout vu qu'il fallait malheureusement en appeler du jugement d'abord porté sur la bénignité de l'affection. Une malade de Merklen a eu des abcès multiples de lymphangite tuberculeuse; d'autres sont devenus franchement phthisiques.

Il n'y a donc pas là une différence essentielle avec la tuberculose inoculée ordinaire; c'est en somme une forme localement grave du tubercule anatomique et, dans un cas comme dans l'autre, la lésion peut rester localisée ou au contraire se généraliser. Lorsqu'elle se généralise, il est évident que l'infection a lieu par les voies lymphatiques. De là dépend le pronostic.

III

Le *pronostic* de la tuberculose inoculée à la peau dépend essentiellement de l'état général du sujet, et aussi du traitement mis en œuvre.

Pour les ulcérations spécifiques des phthisiques, il va de soi que la lésion cutanée s'efface devant la gravité de l'état général. La douleur seule est à prendre en considération, quand elle rend plus intolérable encore une existence déjà précaire. Là sera la principale indication thérapeutique, lorsque les souffrances deviendront vives, fait surtout noté aux lèvres, à l'anus, mais il faudra compter sur un soulagement et non sur une guérison.

On ne doit pas cependant avec Vallas et Ritzo admettre que ces ulcérations sont toujours incurables, réservées qu'elles sont aux phthisiques confirmés. Dans quelques cas, rares à la vérité, l'ulcération atteint un sujet non phthisique et le pronostic est alors semblable à celui de la tuberculose verruqueuse.

C'est donc un « chancre tuberculeux » envisagé indépendamment de la forme clinique. Souvent (et la chose est usuelle pour le tubercule anatomique) les inconvénients locaux sont à peu près nuls, et les inconvénients généraux le sont absolument. Mais il y a là une menace et à un moment quelconque le pronostic est susceptible de s'assombrir si les ganglions s'engorgent, de devenir tout à fait sérieux si des lésions tuberculeuses éclatent à distance. Un tubercule anatomique de nature tuberculeuse est donc une lésion parfois grave et toujours digne d'une surveillance attentive et d'une thérapeutique active.

Le *traitement* est facile à exposer : il faut pal'ier les symptômes des ulcérations secondaires ; il faut supprimer au plus vite les tuberculoses cutanées primitives, même lorsqu'elles ont déjà amené un début de retentissement pulmonaire.

Le traitement palliatif consiste essentiellement en pansements attentifs et surtout en applications de poudres narcotiques. On se trouvera bien d'associer la morphine à l'iodoforme et de pulvériser ce mélange sur l'ulcération d'abord détergée. Si les douleurs persistent, une destruction profonde au fer rouge sera quelquefois indiquée.

Le traitement curatif est très analogue à celui du lupus, avec cette différence qu'ici la lésion cutanée est plus circonscrite et que d'autre part on a davantage à s'occuper des ganglions.

L'éradication du mal est la méthode de choix. Suivant la profondeur et l'étendue de la tuberculose, l'opération sera très simple, ou au contraire nécessitera une amputation, le sacrifice d'un doigt, par exemple ; s'il y a une adénopathie concomitante, l'extirpation des ganglions est indiquée.

Si l'ablation contraint à des dégâts hors de proportion avec la gravité du mal, on a de bons résultats par l'ignipuncture interstitielle ou par le grattage complet, suivi de pansements à l'iodoforme. Ces méthodes sont fort bonnes pour les tubercules anatomiques simples des doigts, pour la tuberculose verruqueuse du dos de la main. La cautérisation au fer rouge semble être la meilleure des deux.

Dans ces derniers temps, Morel Lavallée a attiré l'attention sur les bons résultats fournis par l'injection répétée, dans le foyer et autour de lui, d'une solution d'iodoforme dans la vaseline liquide.

A. Broca.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'asthme des foins.

Le traitement de l'*hay fever* a donné lieu, on le sait, aux efforts thérapeutiques de nombreux cliniciens. On peut, sans adopter une opinion radicale sur la nature de cette affection, prescrire le traitement suivant :

I. Traitement interne. — Administrer l'antipyrine à la dose de 1 à 2 grammes par jour. Ce médicament doit être véhiculé dans une eau minérale alcaline ou bien dans un liquide légèrement alcoolisé et ingéré soit avant, soit au début de l'accès.

II. Traitement externe. — Il est préventif ou bien curatif de l'accès :

1° *Préventif de l'accès.* Il consiste à modifier la muqueuse nasale par des vaporisations antiseptiques phéniquées, des inhalations de vapeur d'eau chargée de teinture de benjoin, ou bien des irrigations nasales au moyen du siphon et avec une solution de chlorure de sodium ou d'acide borique à 3 pour 100.

2° *Curatif de l'accès.* L'emploi de la cocaïne permet, en effet, d'enrayer cet accès. On peut la prescrire en poudre ou en solution.

En poudre : le malade pratiquera au début de l'accès

une *insufflation* avec le mélange suivant finement pulvérisé :

Hydrochlorate de cocaïne........	1	centigramme.
Benjoin en poudre fine.........	20	centigrammes.
Sous-nitrate de bismuth........	5	—

On répète l'insufflation quelques minutes plus tard.

En solution : on fait usage de badigeonnages avec un glycérolé contenant :

Hydrochlorate de cocaïne..........	1	gramme.
Glycérine........................	5	grammes.
Eau distillée....................	5	—

Ces badigeonnages sont répétés de dix en dix minutes.

III. Traitement hygiénique. — L'action tonique de l'hydrothérapie est la plus efficace comme je l'ai montré naguère (*Union médicale*, 1886) Les douches froides en pluie ou en jet, durant une à deux minutes, selon la pratique de Fleury, sont indiquées et suffisent, comme je l'ai constaté, pour atténuer les attaques ou en empêcher le retour.

Ch. Éloy.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

De l'apparition tardive des kystes dermoïdes, par M. le docteur Etienne Rollet (de Lyon).

Les kystes dermoïdes sont des tumeurs en forme de poches, dont la paroi a une structure analogue à celle de la peau et dont la cavité renferme un contenu variable; parfois ces tumeurs sont plus complexes et leurs éléments représentent la plupart des tissus de l'économie.

Tout récemment M. le professeur Lannelongue, dans un traité magistral (*Traité des kystes congénitaux*, 1886) où il a réuni un grand nombre d'observations, a bien étudié ces productions bizarres et cependant assez fréquentes.

Le développement de ces kystes dans l'épaisseur des téguments a donné lieu à plusieurs interprétations, mais on peut dire qu'actuellement la théorie de l'enclavement, due à M. le professeur Verneuil, a rallié tous les suffrages. C'est en 1852 que M. Verneuil (*Bull. Soc. anat.*, 1852; *Arch. gén. de méd.*, 1855) expliqua la production des kystes dermoïdes de la région orbitaire par l'enclavement du tégument externe au niveau de la fente fronto-orbitaire; quelques années plus tard il généralisait ce mode de formation. Les kystes dermoïdes dérivent ainsi du tégument externe de l'embryon, dont une portion, restée en retard à un moment quelconque de la période embryonnaire, s'enclave au sein des autres tissus et subit dès lors un développement kystique. L'étude histologique de ces kystes permet souvent de déterminer l'époque de la vie fœtale à laquelle l'enclavement a pu s'effectuer.

Cette théorie explique laformation des kystes dermoïdes simples renfermant des produits sébacés et parfois des poils et siégeant dans des régions superficielles; ce sont ceux que nous aurons à envisager dans cette étude.

Ainsi définis, les kystes dermoïdes sont des tumeurs congénitales, mais est-ce à dire pour cela que ces tumeurs se révèlent immédiatement après la naissance? Ne peuvent-elles point apparaître tardivement?

On sait que les hernies congénitales se montrent tantôt au moment même de la naissance, tantôt au contraire à une période plus ou moins avancée de l'existence; nous allons voir qu'il en est bien souvent des kystes dermoïdes comme des hernies et que le mot congénital n'implique pas la constatation de ces tumeurs au moment même de la naissance. La condition déterminante de leur formation existe dès la vie intra-utérine, mais le trouble de développement qui les fait apparaître, peut ne se produire qu'après un temps plus ou moins long.

M. Lannelongue a rapporté une série de cinquante observations de kystes dermoïdes qui tous ont été opérés dès l'enfance. Toutefois il existe des cas où la tumeur n'est reconnue que vers l'âge de sept à huit ans et alors, grâce à son petit volume, au peu de gêne qu'elle occasionne et à l'absence de toute douleur, le chirurgien a pu attendre et l'on comprend que certaines de ces tumeurs n'aient été extirpées que vers l'âge de quinze ou vingt ans. Si le malade vient alors réclamer un traitement, c'est que, comme le dit M. Després, c'est l'âge de la coquetterie, mais il faut ajouter aussi que le kyste peu développé, inappréciable chez l'enfant, prend un certain accroissement au moment de la puberté.

Dans l'enfance, le kyste reste longtemps petit, à peine gros comme une lentille, puis il augmente de volume et après la puberté il a les dimensions d'une petite noix, c'est à ce moment que le malade s'en préoccupe.

Ainsi donc les kystes dermoïdes congénitaux se voient d'habitude et sont opérés chez des enfants, mais parfois ces kystes ne prennent un volume genant et disgracieux qu'après la puberté. La puberté paraît avoir sur l'augmentation de ces tumeurs une véritable influence; ces kystes ont alors une marche plus rapide, puis la croissance terminée, ils restent à peu près stationnaires. On sait qu'il en est de même de plusieurs affections de l'adolescence.

Voici quatre observations recueillies dans le service de M. le professeur Poncet. Chez ces quatre malades, âgés de seize, dix-sept, vingt-huit et vingt ans, le kyste superficiel, apparu dès la première enfance, a subi ensuite un développement lent et progressif. Dans les trois premiers cas les malades sont venus réclamer une intervention à cause de la difformité produite par le kyste. Dans l'observation IV, une femme de vingt-neuf ans, entrée à l'hôpital pour une métrite, refusa toute opération, la tumeur qu'elle portait étant stationnaire.

Obs. I. *Fille de seize ans; kyste dermoïde de l'angle interne de l'œil à développement lent et progressif depuis l'enfance.* — Abr... (Marie), seize ans, entre dans le service de M. le professeur Poncet, Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, n° 30, le 5 novembre 1888.

Pendant longtemps la tumeur qu'elle présente et qu'elle a toujours portée, avait le volume d'un pois; elle a acquis graduellement le volume qu'elle a en ce moment, celui d'une noix. Cette tumeur est située vers l'angle interne de l'œil gauche. La difformité qu'elle provoque est la seule raison qui amène la malade à l'hôpital. Aucune gêne dans les mouvements de l'œil.

La tumeur est dure, mobile et donne une sensation de rénitence à la palpation.

Ponction aspiratrice donnant lieu à l'issue d'un liquide épais, visqueux et jaunâtre, renfermant des globules de graisse et des cellules épithéliales.

Extirpation de la tumeur au bistouri le 14 novembre. Examen histologique, kyste dermoïde.

Obs. II. *Fille de dix-sept ans; kyste dermoïde de la région pariéto-occipitale, développement rapide depuis huit mois.* — Guill... (Antoinette), dix-sept ans, tisseuse, entrée dans le service de M. le professeur Poncet le 7 novembre 1883, hôpital de la Croix-Rousse, salle Sainte-Catherine, n° 23.

Cette malade présente dans la région pariéto-occipitale gauche une tumeur, qui par un petit pertuis laisse écouler à la pression de la matière sébacée blanchâtre et grumeleuse. Un médecin, il y a un mois, avait ponctionné cette tumeur.

La malade a toujours remarqué cette tumeur, indolente et mobile. Pendant longtemps elle était de la grosseur d'une noisette; depuis huit mois surtout elle s'est accrue.

M. Poncet pratique l'ablation de la poche kystique, elle est

adhérente à la peau, qui est épaissie. L'enveloppe du kyste est fibreuse, blanche et épaisse. La surface interne de la poche est parsemée de poils.

M. le professeur agrégé Bard a examiné les parois de la poche, qui présente les caractères d'une inclusion cutanée.

Obs. III. *Homme de vingt-huit ans; kyste dermoïde de la peau du sourcil à développement lent et progressif depuis l'enfance.* — Ch... (Victor), cultivateur, vingt-huit ans, entré dans le service de M. le professeur Poncet, le 12 mars 1881, Hôtel-Dieu, salle Saint-Philippe, n° 24.

Le malade attire uniquement l'attention sur une petite tumeur siégeant au niveau de la queue du sourcil gauche. Il ne peut pas dire quand elle a débuté, car il se souvient de l'avoir toujours eue, étant enfant. Ses parents lui ont dit l'avoir remarquée lorsqu'il avait huit mois. Elle n'a jamais été le siège d'aucune douleur, a évolué lentement, mais progressivement.

Actuellement elle a le volume d'une noix; elle est située à l'extrémité externe du sourcil gauche, empiétant un peu sur la paupière supérieure. Elle est fluctuante et mobile sur les parties profondes.

L'extirpation de cette tumeur démontre le diagnostic de kyste dermoïde auquel on s'était arrêté.

Obs. IV. *Femme de vingt-neuf ans; kyste congénital sus-auriculaire, développement lent depuis l'enfance et stationnaire depuis six ans.* — Guy... (Catherine), vingt-neuf ans, entrée dans le service de M. le professeur Poncet, Hôtel-Dieu.

Entrée à l'hôpital pour une métrite. Réglée à dix ans, mariée à dix-neuf ans. A l'âge de vingt ans, étant enceinte, elle s'aperçut d'une petite tumeur située au-dessus de l'oreille droite; sa mère l'avait remarquée dès l'âge de huit mois. Deuxième grossesse à l'âge de vingt-deux ans; troisième à l'âge de vingt-quatre ans. Pendant ces quatre années la tumeur se développa lentement avec quelques poussées au moment des grossesses. Nouvelles couches à vingt-six et vingt-huit ans, mais depuis six ans la tumeur est stationnaire.

Actuellement, tumeur du volume d'un œuf, située au-dessus de l'oreille droite, en partie masquée par le pavillon. La fluctuation est manifeste et le doigt éprouve en palpant le kyste une sensation très nette de rénitence. Nulle part de ganglions.

M. Poncet songe immédiatement à un kyste congénital situé à la partie postérieure de la fente fronto-maxillaire.

La malade se refuse à toute intervention chirurgicale, même à une simple ponction.

Voilà donc des kystes dermoïdes siégeant dans des régions superficielles, apparus dès l'enfance et n'ayant pris un développement réel qu'après la puberté; il existe d'autres cas de même nature, M. le professeur Tripier (*thèse* de Gusset, Paris, 1887) en a rapporté, c'étaient des kystes appartenant à deux jeunes gens de dix-neuf et vingt ans.

M. Marchant (*Bull. Soc. anat.*, 1886, p. 653), dans son étude sur les kystes dermoïdes du plancher buccal, avait aussi noté que les malades venaient se faire opérer entre seize et vingt-quatre ans; il cite à ce propos un opéré de M. Reclus, dont le kyste congénital s'était accusé vers l'âge de vingt ans et avait été enlevé à vingt-cinq ans.

Généralement on note l'origine congénitale de la tumeur, grâce aux renseignements fournis par le malade ou par sa famille, mais il peut arriver que la tumeur n'ait pas été constatée pendant l'enfance ou l'adolescence et qu'elle ne se révèle qu'après la puberté ou à l'âge adulte.

Ces kystes dermoïdes situés dans des régions superficielles et dont l'apparition est tardive sont assez rares. M. Lannelongue, sur quinze cas de kystes dermoïdes du cou, a constaté treize fois l'apparition avant quinze ans et deux fois après cet âge.

Nous pouvons rapporter plusieurs observations relatives à des kystes de cette catégorie, recueillies dans le service de M. Poncet. Les voici :

Obs. V. *Homme de vingt et un ans; kyste dermoïde pré-auriculaire remarqué trois ans auparavant.* — Mat.. (Georges), cuisinier, âgé de vingt et un ans, entré le 15 mai 1880 dans le service de M. le professeur Poncet, Hôtel-Dieu, salle Saint-Philippe, n° 21.

Bonne constitution. Il y a trois ans environ ce malade remarqua qu'il avait une petite tumeur de la grosseur d'une amande, située au niveau du lobule de l'oreille gauche. Cette tumeur était mobile, indolore. Peu à peu elle augmenta de volume. Actuellement cette tumeur a le volume d'un œuf de dinde, elle est mobile, fluctuante. La peau ne présente pas de changement de coloration à son niveau. Pas de douleur, pas d'adénopathie.

Le 17 mai. — Ponction à l'aspirateur Dieulafoy; on donne issue à 30 grammes d'un liquide filant, visqueux, ressemblant à de la graisse.

Le 20. — La tumeur s'est accrue, la peau est rouge, il paraît y avoir de l'inflammation de la poche. M. Poncet pratique l'extirpation de la tumeur à l'aide du bistouri; vers l'angle de la mâchoire la tumeur est adhérente. Pansement antiseptique et le malade sort guéri le 2 juin.

Le liquide qui s'était échappé par l'incision au moment de l'opération, a été recueilli dans un verre et s'est séparé en trois couches : une inférieure, constituée par du pus, une moyenne, c'est du sang, une superficielle, constituée par de la graisse liquide qui se coagule.

L'examen histologique montre qu'on est en présence d'un kyste dermoïde.

Obs. VI. *Homme de seize ans; kyste dermoïde de l'angle externe de l'œil remarqué un an auparavant.* — G... (Joseph), seize ans, entré dans le service de M. le professeur Poncet à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, n° 85, le 20 juin 1889.

Il y a un an ce malade remarqua une petite grosseur un peu au-dessous de l'angle externe de l'œil droit; à son dire c'était à ce moment un petit bouton. Il n'y accorda aucune importance. Peu à peu la petite tumeur grossit sans occasionner de douleurs; elle est stationnaire depuis six mois. Actuellement, au-dessous de l'angle externe de l'œil droit, petite tumeur de la grosseur d'une noisette; elle est mobile, dure, indolore. Rien de particulier du côté du tégument.

M. Poncet pratique l'extirpation le 24 juin. Kyste dermoïde très simple et relativement tardif. (Laboratoire d'anatomie pathologique.)

Obs. VII. *Homme de vingt-cinq ans; kyste dermoïde lombaire remarqué dix ans auparavant.* — R..., âgé de vingt-cinq ans, se présente le 29 mars 1889 à la consultation de M. le professeur Poncet.

Il présente sur la ligne médiane de la région lombaire au-dessous du sillon interfessier une tumeur qui a le volume de la moitié d'une grosse orange. Il l'a remarquée vers l'âge de quinze ans et elle a pris ces dimensions insensiblement. Elle est molle, fluctuante et donne la sensation d'une poche incomplètement remplie de liquide et d'une substance molle.

M. Poncet pratique l'extirpation de cette tumeur. L'énucléation est facile, malgré quelques adhérences à la peau et aux parties profondes; issue de quelques grammes d'un liquide séro-huileux et d'un contenu sébacé épidermique. La paroi présentait une structure cutanée; pas de poils.

Obs. VIII. *Homme de trente ans; kyste dermoïde fessier remarqué deux ans auparavant.* — X..., trente ans, entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Joseph, n° 17, le 21 septembre 1888, dans le service de M. le professeur Poncet, suppléé par M. le professeur agrégé Gangolphe.

Cet homme remarqua il y a deux ans une tumeur dure du volume d'une noix dans la région fessière droite en dehors de la rainure interfessière. La tumeur a augmenté de volume progressivement sans donner lieu à aucune douleur. Indolente à la palpation, elle est fluctuante. En pressant sur la tumeur on fait sortir par un orifice, dû à une piqûre d'épingle que le malade s'est faite, un liquide séreux, mélangé de quelques grumeaux sébacés.

M. Gangolphe extirpe la tumeur, reliée au squelette par quelques tractus fibreux. L'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde à structure très élémentaire.

Dans ces cas la tumeur n'a donc révélé sa présence que tardivement. Le kyste dermoïde de la région fessière est resté latent pendant de longues années, l'épaisseur des tissus de la région peut expliquer cette longue période d'indolence.

Ces kystes dermoïdes ne se manifestent pas toujours dans le jeune âge et en présence d'une tumeur molle, rénitente, indolore, etc., principalement dans certaines régions et chez un adulte. On peut songer à une tumeur congénitale, malgré les renseignements fournis par le malade.

C'est ainsi que M. le professeur Trélat (Muron, *Bull. Soc. anat.*, 1868, p. 539) a enlevé à l'hôpital Saint-Louis un kyste dermoïde de la main chez un homme de quarante ans; il datait de six ans. M. Després (Meunier, *Bull. Soc. anat.*, 1881, p. 112) extirpa un kyste de la région sublinguale à un homme de cinquante-deux ans, qui ignorait l'existence de cette tumeur et était venu réclamer un traitement pour des hémorrhoïdes.

(*A suivre.*)

REVUE DES CONGRÈS

Premier Congrès international de physiologie.

(Fin. — Voyez le numéro 38.)

SÉANCES DU MERCREDI 11 SEPTEMBRE. — M. HEIDENHAIN (DE BRESLAU), PUIS M. CHAUVEAU (DE PARIS), PRÉSIDENTS.

M. *Kronecker* (de Berne) expose les résultats des recherches qu'il a faites avec M. *Gerber* sur la déglutition en ce qui concerne le temps qui s'écoule entre le moment où l'animal (chien morphinisé) avale, jusqu'au moment où le liquide apparaît dans l'estomac; or ce laps de temps comprend régulièrement cinq à six secondes, quelle que soit la quantité de liquide. Lorsque plusieurs déglutitions ont eu lieu successivement, on remarque que le cardia s'ouvre un peu plus tôt, ce qui tient sans doute à une diminution de son tonus. Si l'on fait ces recherches avec des corps solides, on voit qu'il faut onze secondes pour que le corps solide arrive au cardia; mais, si on ajoute un peu de liquide, la période n'est plus que de neuf secondes. Chaque fois que la déglutition commence (élévation du larynx), on constate que le cardia est un peu attiré en haut. L'excitation du laryngé supérieur, par un courant faible, donne lieu à des mouvements de déglutition, et dans ce cas, le liquide apparaît plus rapidement, trois ou quatre secondes après, au lieu de six secondes que dure la déglutition volontaire. On voit donc que les mouvements de déglutition sont soumis à des lois fixes et que la rapidité avec laquelle le passage du liquide s'effectue est indépendante de la quantité de liquide, contrairement à l'opinion de Zenker et Ewald.

— M. *Hermann* (de Königsberg), séparant sur le chien un morceau d'intestin grêle au moyen d'une suture et en formant un anneau, puis par une seconde suture rétablissant la continuité avec l'intestin, a vu, en tuant l'animal après trois semaines, l'anneau intestinal, rempli d'une matière épaisse et verdâtre, ressemblant à des fèces, privés de résidus alimentaires. L'examen microscopique confirme d'ailleurs cette supposition (bactéries, débris de cellules, gouttelettes graisseuses). La quantité pour vingt-quatre heures paraît pouvoir être évaluée à 40 grammes environ pour tout l'intestin d'un gros chien. On peut conclure de là que la sécrétion intestinale intervient pour une part dans la constitution des excréments.

M. *Dastre* dit qu'il a depuis deux ans dans son laboratoire un chien, qui a subi l'opération de Thiry, et qui rend constamment une matière jaunâtre par l'extrémité ouverte de l'intestin; cette matière ne peut provenir que de la desquamation de la muqueuse.

— M. *Dastre* (de Paris) démontre que le réflexe qui disparaît le dernier chez le chien pendant l'anesthésie est ce réflexe qu'il a découvert et qui consiste dans une contraction du peaucier-mentonnier, lorsqu'on titille la partie inférieure de la lèvre supérieure.

M. Dastre présente ensuite une canule nouvelle pour fistule biliaire (présentée à la Société de biologie l'année dernière) et décrit, avec pièces sèches à l'appui, l'opération de fistule cholécysto-intestinale qu'il a imaginée.

— M. *Minkowski* (de Strasbourg), en collaboration avec *von Mering*, a remarqué que les chiens auxquels on extirpe complètement le pancréas, deviennent diabétiques; ce diabète est permanent; la quantité de glucose éliminée s'élève à 5 ou 10 pour 100, à l'état de jeûne. Ce diabète dure jusqu'à la mort de l'animal, qui survient après quelques semaines. Dans la dernière période, l'animal produit de l'acétone, de l'acide oxybutyrique. A l'autopsie, le foie est gras. On ne peut attribuer ce diabète à des lésions nerveuses, résultant de l'opération; car, si l'extirpation est incomplète, le diabète ne survient pas, même s'il ne reste qu'une petite partie du pancréas. Ce trouble profond de la nutrition dépend sans doute de modifications dans les mutations de matières qui se passent dans les organes, et non de phénomènes intestinaux (par exemple, l'absence du suc pancréatique). D'ailleurs, la ligature des voies d'excrétion du pancréas n'est pas suivie de diabète. Il faut conclure que le pancréas possède une fonction encore inconnue et qui est absolument nécessaire à la destruction du sucre dans l'organisme.

La digestion des graisses et l'utilisation des matières albuminoïdes sont également troublées par l'extirpation totale du pancréas.

M. Minkowski présente un chien qui a subi il y a un mois l'ablation de presque tout le pancréas, sans être devenu diabétique; il y a deux jours le reste du pancréas a été enlevé et les urines ont présenté du sucre dès le lendemain.

— M. *von Kries* (de Fribourg) présente un pléthysmographe à air; le volume d'air communique avec une flamme de gaz, dont les variations sont enregistrées à l'aide d'un dispositif photographique.

— M. *Hürthle* (de Breslau) montre que les ondes secondaires de la pulsation artérielle ne sont pas réfléchies, mais ont une direction centrifuge. Enregistrant en même temps que le pouls les variations de pression dans le cœur du chien avec une sonde spéciale, il a constaté que le dicrotisme du pouls carotidien coïncide avec la période descendante du cardiogramme. En excitant les nerfs accélérateurs, le plateau systolique du cardiogramme diminue, et le nombre des ondes secondaires systoliques du pouls carotidien diminue également.

— M. *Charrin* (de Paris) rappelle que certains microbes peuvent élever de plusieurs degrés la température de l'organisme. Or, il a vu qu'il en est de même, si on injecte seulement les cultures débarrassées de tous microbes, c'est-à-dire les substances solubles que fabriquent ces derniers. C'est ce qu'il a démontré avec les cultures du microbe pyocyanique. Il convient donc de comprendre parmi les causes de l'hyperthermie dans un certain nombre de maladies fébriles, l'action des produits sécrétés par les microbes.

M. *Arloing* dit qu'il a constaté des faits identiques avec les cultures de plusieurs autres microbes.

SÉANCES DU JEUDI 12 SEPTEMBRE. — M. HERING (DE PRAGUE), PUIS MM. MOSSO (DE TURIN), BOWDITCH (DE BOSTON), DE TARCHANOFF (DE SAINT-PÉTERSBOURG), PRÉSIDENTS.

M. *Roger* (de Paris) a constaté, après Schiff, Heger, Lautenbach, que le foie diminue la toxicité d'un certain nombre de poisons; le fait est établi pour la nicotine, la cicutine, la morphine, l'atropine, la quinine, la strychnine. M. Roger considère qu'il est également établi pour les poisons intestinaux, pour les peptones, les sels de fer et de cuivre, certains sels ammoniacaux. Au contraire, le foie n'agit pas sur la digitaline, sur les sels de potasse et de soude, la glycérine, l'acétone. En définitive, cet organe se comporte comme le rein; il exerce une action élective, et non indistincte, sur les poisons. D'après M. Roger, le foie perd cette action antitoxique quand son parenchyme ne contient plus de glycogène; c'est ce que l'on constate quand on produit chez les animaux des cirrhoses par ligature du canal cholédoque ou des dégénérescences graisseuses par des injections d'huile phosphorée, ou bien encore quand on diminue la teneur du foie en glycogène par la production de bronchopneumonies expérimentales ou en sectionnant les pneumo-gastriques ou bien encore en soumettant les animaux (lapins) à un jeûne plus ou moins prolongé. Si, au contraire, lorsque le jeûne a ainsi diminué la richesse du foie en glycogène, on fait absorber à l'animal des substances susceptibles de former du glycogène, on voit que la glande peut de nouveau arrêter et transformer les poisons.

Cette action du foie s'exerce incessamment, puisqu'il se forme sans cesse dans l'organisme des substances toxiques; mais elle acquiert encore plus d'importance dans les maladies où l'intoxication joue un rôle, principalement dans les maladies infectieuses. Il faut, à côté de l'insuffisance rénale, au point de vue de l'élimination des poisons, faire en pathologie une place à l'insuffisance hépatique.

M. *Heger* fait observer que le rapport entre le pouvoir antitoxique et la fonction glycogénique du foie n'est pas absolu; on peut constater en effet qu'une partie des alcaloïdes injectés dans le système porte, passe directement dans la lymphe du foie (on en retrouve dans le canal thoracique) et une autre partie dans la bile, une certaine quantité d'alcaloïde se combinant avec les acides biliaires.

— M. *Lombard* (de Worcester, États-Unis) fait une communication sur les effets de la fatigue sur la contraction volontaire des muscles. Ces expériences ont été faites avec l'ergographe de Mosso et montrent que la volonté agit sur les muscles d'une façon périodique, les contractions volontaires, d'abord maximales, passant ensuite par une phase d'amplitude graduellement décroissante, pour revenir à une amplitude maxima, et ainsi de suite.

— M. *Loye* (de Paris) décrit le procédé nouveau, qui lui a permis d'étudier la sécrétion urinaire chez les oiseaux. Cette sécrétion est très active: par exemple, une oie de 3 kilogrammes urine 2 litres en vingt-quatre heures; mais, quand l'animal est privé de toutes boissons, la quantité d'urine n'est plus que de 2 à 300 centimètres cubes. Quand les urines sont abondantes, elles sont très claires et rappellent tout à fait celles de l'homme; émises en petite quantité, elles forment une sorte de pâte blanchâtre; microscopiquement, cette pâte apparaît constituée par des filaments, composés eux-mêmes de granulations sphériques, placées bout à bout et qui ressemblent aux sphéro-cristaux d'urate de soude; en réalité, c'est de l'urate basique d'ammoniaque. Dans l'urine des oiseaux granivores, il n'y a pas trace d'urée. En refroidissant des oiseaux, M. Loye n'a pas vu la quantité d'urine diminuer, mais ces urines sont devenues glycosuriques; les oiseaux d'ailleurs deviennent très aisément glycosuriques. Un fait remarquable, c'est l'indépendance entre les deux reins, au point de vue de la quantité et de la qualité de la sécrétion.

— M. *Waller* (de Londres) parle de la loi suivant laquelle se produisent les actions électro-motrices qu'il a constatées dans le cœur de l'homme (communication faite l'année dernière, dans ses traits essentiels, à la Société de biologie).

— M. *Denys* (de Louvain) a trouvé dans le sang un ferment peptonisant; mais on ne peut déceler l'existence de ce ferment que dans certaines conditions; il faut ajouter au sang une certaine quantité de chloroforme, ou d'éther, ou d'alcool, ou encore d'acide phénique ou de thymol. Bien entendu, ces corps par eux-mêmes n'ont aucune action peptonisante. D'autre part, ce ferment ne se comporte pas du tout comme la trypsine. Si on isole le sérum, on y constate encore le pouvoir peptonisant. Le ferment dont il s'agit a été trouvé par M. Denys dans le sang du chien, du chat, de l'homme.

— M. *Fano* (de Gênes) a répété les expériences de Munk (de Berlin) relativement aux effets de l'ablation du corps thyroïde; contrairement à l'opinion soutenue par Munk, ces effets sont bien attribuables à la suppression de la glande, et non à la ligature des vaisseaux du cou et au tiraillement des nerfs, etc.

M. *Herzen* (de Lausanne) a fait des expériences analogues à celles que rapporte M. Fano, et constate également l'erreur dans laquelle est tombé Munk.

— M. *Herzen* (de Lausanne) a cherché à savoir quels sont les effets de l'extirpation du gyrus sigmoïde chez le chien nouveau-né. On sait que chez ces animaux l'excitation de cette région ne détermine pas de contractions musculaires. De même, l'extirpation pratiquée entre le dixième ou le douzième jour après la naissance n'amène aucun résultat. Mais peu à peu l'animal opéré se développe; or, à aucun moment on ne constate chez lui de troubles moteurs. Il y a donc eu suppléance de la fonction supprimée par suite de l'ablation des centres psychomoteurs d'un côté. Cette suppléance est-elle le fait du gyrus de l'autre côté? Non, car, si au bout d'un certain temps, quatre mois par exemple, on enlève le gyrus qui reste, cette seconde extirpation ne détermine pas de troubles et, chose curieuse, pas plus d'un côté que de l'autre. M. Herzen pense qu'à la suite de la première opération, des centres subalternes, inférieurement situés, se sont développés, et cela des deux côtés.

M. *Arloing* rappelle à ce propos qu'il a constaté il y a déjà plusieurs années dans le cerveau du chien, à côté du centre dont l'excitation provoque l'occlusion de la paupière du côté opposé, l'existence d'un autre centre dont l'excitation amène l'occlusion de la paupière du même côté. On peut admettre que, si l'on détruit le premier, ce second centre, qui n'existe guère qu'à l'état latent, se développe de telle sorte qu'il pourra suppléer à la fonction de l'autre. M. Arloing se demande si des centres de même nature n'existeraient pas pour les muscles des membres? Ainsi s'expliqueraient les faits si intéressants observés par M. Herzen.

— M. *Gad* (de Berlin) a étudié avec M. *Heymanns* l'influence de la température sur la contraction musculaire chez la grenouille. La hauteur et la forme de la secousse varient, tandis que le muscle passe par les températures comprises entre 30 degrés et zéro. A 19 degrés on trouve un minimum du degré de la contraction et de la tension musculaires; il y a un maximum absolu à 30 degrés et un maximum relatif à zéro. C'est là un fait paradoxal, si l'on considère que la contraction des muscles doit dépendre de réactions chimiques, car il est difficile d'admettre qu'un tel processus augmente d'intensité de 19 degrés à zéro. Mais l'hypothèse de Fick rend compte de ce fait; il suffit de se représenter l'état du muscle comme dépendant, à chaque instant de sa contraction, de la quantité actuelle d'un produit intermédiaire de la combustion du glycogène en CO^2 et H^2O; ce produit est peut-être l'acide lactique. Les deux processus chimiques, formation d'acide lactique par scission du glycogène et combustion complète du glycogène, peuvent diminuer d'intensité de 30 degrés à zéro; si le second processus retarde de plus en plus sur le premier depuis 19 degrés jusqu'à zéro, alors on peut admettre une accumulation de plus en plus considérable du produit intermédiaire; or, c'est ce produit qui serait l'agent réel de la contraction.

La hauteur de la contraction et le développement de la tension diminuent au delà de 30 degrés et disparaissent avant que la rigidité due à la chaleur se montre. La période latente et la contraction deviennent de plus en plus courtes de zéro à 40 degrés.

Le maximum de tension et de contraction du muscle tétanisé se trouve d'abord à 70 degrés; mais bientôt contraction et tension diminuent à cette température. A 19 degrés il n'y a point de maximum; par suite, le plus petit effet de chaque excitation se trouve ici compensé par la plus grande addition (ou summation) des excitations; en outre, la fatigue du muscle ne se présente à cette température que plus tardivement; enfin le tétanos s'établit et disparaît plus vite qu'à des températures plus basses; de telle sorte que l'optimum de la fonction du muscle de la grenouille, en vue du but à atteindre par l'organisme, serait à 19 degrés.

— M. *R. Dubois* (de Lyon) rapporte ses expériences sur les Pholades, qui montrent que des animaux dépourvus d'organes visuels sont néanmoins très sensibles à la lumière. Ces faits ont été communiqués par l'auteur l'année dernière à la Société de biologie, et, plus récemment, à l'Académie des sciences; ils ont vivement intéressé un grand nombre de membres du Congrès.

— M. *Herter* (de Berlin) a fait de nombreuses expériences desquelles il résulte que la quantité de viande ou de lait digérés diminue avec la température qu'ont subie cette viande ou ce lait.

— M. *P. Langlois* (de Paris) a vu avec M. *Richet* que chez les chiens anesthésiés par le chloral la force respiratoire diminue considérablement; il suffit d'augmenter très peu la pression à l'expiration pour que l'animal cesse de respirer; la puissance inspiratoire est au contraire peu atteinte.

— M. *Albertoni* (de Bologne) a observé que les daltoniens pour le rouge et pour le vert ne perçoivent pas certaines notes musicales qui sont alors confondues avec les notes voisines. Les daltoniens pour le rouge ne reconnaissent pas l'*ut;* les daltoniens pour le vert ne distinguent pas le *ré;* de plus ils ne peuvent non plus donner ces notes avec leurs cordes vocales.

Le Congrès est déclaré clos.

E. Gley.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

SÉANCE DU 24 SEPTEMBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

M. le docteur *Lesage* prie l'Académie d'accepter le dépôt de Plis cachetés renfermant: 1° au nom de M. *Winter* et au sien, une note sur *les résultats de ses recherches concernant le poison cholérique;* 2° en son nom personnel, un mémoire sur *le microbe du choléra infantile et du choléra nostras.*

Ostéomalacie. — M. *Guéniot* place sous les yeux de ses collègues le bassin d'une femme qui a été amenée récemment mourante à la Maternité après deux jours de travail sans succès. L'ostéomalacie que présente ce bassin à un degré extraordinaire est en pleine voie d'évolution ; la malléabilité des os est telle qu'ils peuvent être écartés sans difficulté. L'enfant a été extrait à l'aide d'un basiotribe sans trop de peine; il était mort. La mère était une malheureuse ouvrière, vivant dans les conditions de misère et d'insalubrité où l'on rencontre seulement de telles lésions osseuses; les progrès de l'hygiene les rendent de plus en plus rares.

Remèdes secrets. — Sur une série de rapports de M. *Moissan*, l'Académie refuse, comme d'ordinaire, son approbation à des remèdes plus ou moins ridicules soumis à son examen.

Histoire médicale. — M. le docteur *Corlieu* rappelle qu'un savant de Berlin vient de faire grand bruit de la découverte de manuscrits, dus à Henri de Mondeville, chirurgien de Philippe le Bel. Or, il est facile de se convaincre, en se rendant à la Bibliothèque nationale de Paris, que tous ces manuscrits s'y trouvent depuis longtemps. M. Corlieu les énumère avec soin.

Périostose. — Une observation de périostose généralisée des os de la face et du crâne est communiquée par M. le docteur *Baudon* (de Nice). Le sujet de cette observation est une femme de cinquante-deux ans; examinée depuis trois ans par M. Baudon, son état est stationnaire; elle ne présente pas de phénomènes spéciaux du côté du système nerveux. — (Commission: MM. *Trélat* et *Lannelongue*.)

Trichiasis. — M. le docteur *Costomiris* lit un mémoire intitulé: *Commentaires sur un procédé hippocratique pour le trichiasis.*

Prix. — M. *Féréol* donne lecture de son rapport sur le concours pour le Prix Louis en 1889, dont le sujet était: *Des médications antithermiques.* Il rappelle que ce prix, triennal, constitué par une rente annuelle de 1000 francs, est destiné, d'après les intentions du donateur, à récompenser des mémoires originaux, appuyés sur des observations personnelles à l'auteur, recueillies par lui le plus exactement qu'il se pourra, le plus récemment aussi et nombreuses autant que possible. Ces conditions sont trop peu connues sans doute des concurrents et du public médical lui-même, car le nombre des mémoires envoyés cette année n'est que de deux, alors que le concours précédent n'avait pas donné de résultat.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

Une statistique des médications de la coqueluche, par M. le docteur O. Mugdan. — Dans le service de M. Baginski on a employé, comparativement, contre la coqueluche, la résorcine, l'antipyrine, la cocaïne et les insufflations nasales. Voici les résultats obtenus par chacune de ces médications.

1° Administrée à l'intérieur, sous forme d'une solution à 1 ou 1 1/2 pour 100, dont l'enfant ingérait une cuillerée à dessert toutes les deux heures, la résorcine n'a produit aucun soulagement. M. Mugdan signale huit cas et compte huit échecs.

2° Les badigeonnages laryngiens à la cocaïne ont, dans onze cas, paru diminuer le nombre et l'intensité des quintes. Néanmoins M. Baginski ne recommande pas ce traitement en raison des dangers d'intoxication.

3° L'antipyrine ingérée par la méthode de Sonnenberg n'a procuré que des échecs. M. Baginski administrait trois ou quatre fois par jour, autant de centigrammes d'antipyrine que l'enfant comptait de mois ou autant de décigrammes qu'il avait d'années. Chez sept malades ainsi traités, il n'y eut ni atténuation de l'intensité des quintes, ni diminution de leur nombre.

4° Par la méthode des insufflations les résultats furent meilleurs. Vingt-cinq enfants furent soumis à des insufflations d'acide benzoïque finement pulvérisé, suivant le dernier procédé de Michael. Dix-sept furent améliorés dès les premiers jours et guérirent dans l'espace d'un à trois septénaires. (*Archiv. f. Kinderk.*, 1889, heft. VI.)

De la désinfection des scarlatineux, par M. Mervin Maus. — Voici les prescriptions que l'auteur recommande après en avoir fait usage et qui, paraît-il, lui ont procuré de réels bénéfices au point de vue prophylactique.

1° Matin et soir et tant qu'il existe de l'exanthème, on lotionne à l'éponge la totalité du corps avec une solution tiède de sublimé au quatre millième.

2° Le cuir chevelu est traité de même, ou bien lotionné avec une solution de borax au deux cent cinquantième.

3° On doit pratiquer la désinfection des urines, des selles, des crachats et du mucus nasal au moyen de la solution de bichlorure de mercure à 1 pour 1000.

4° Dès que l'atténuation de la maladie permet de lever le malade, on lui fait prendre un bain chaud et savonneux, suivi d'une lotion avec la solution de sublimé à 1 pour 4000 et ensuite d'une onction avec une pommade à la vaseline, au borate de soude et à l'oxyde de zinc.

5° Tous les objets à l'usage du malade, la literie et le linge doivent être immergés dans une solution de sublimé bouillante, ou bien suivant leur nature, désinfectés par le soufre.

6° M. Maus exige que les garde-malades et les personnes qui approchent les scarlatineux désinfectent avec soin leur visage et leur chevelure, et qu'elles changent de vêtements quand elles entrent ou qu'elles quittent la chambre des malades.

7° Il exige enfin que toutes ces mesures soient observées chaque jour, jusqu'à la cessation complète de la desquamation. Il ajoute que malgré les succès qu'il procure, le sublimé peut être remplacé par des germicides moins toxiques. (*The N.-Y. med. Record*, 22 juin 1889.)

Les propriétés thérapeutiques du thyol, par M. le docteur J. Buzzi. — Analogue par ses qualités physiques et ses propriétés chimiques avec l'ichthyol, cette substance, préparée par M. Jacobsen et chimiquement essayée par M. Reeps, posséderait les vertus de l'ichthyol et serait comme lui un carbure d'hydrogène sulfuré.

M. Buzzi en a fait usage sous la forme liquide et sous celle de poudre contre la séborrhée, l'eczéma et l'acné vulgaire. Il propose même de le substituer à l'ichthyol pour l'usage interne.

Le thyol liquide est une solution saturée contenant un dixième de son poids de substances médicamenteuses et se prescrivant de même que l'ichthyol.

Le thyol pulvérulent est obtenu par le broiement des cristaux lamellaires produits par l'évaporation du thyol liquide. Cette poudre brune s'emploie en nature, pour saupoudrer les téguments malades, contre l'eczéma, l'intertrigo, l'impétigo, le pemphygus, l'herpès et les brûlures. On la mélange à cet effet avec l'oxyde de zinc et la poudre de talc. Il reste à déterminer les propriétés antiseptiques de ce corps qui aurait l'avantage de coûter un prix moins élevé que l'ichthyol. (*Mon. f. prak. Derm.*, juillet 1889.)

Des accidents toxiques causés par l'antipyrine, par MM. Tuczek et Lœwe. — Le premier de ces observateurs, ayant administré à l'un de ses enfants, âgé de quatre ans, dix-huit grams d'antipyrine contre la coqueluche, constata de la somnolence et des vomissements. Puis le lendemain, le petit malade éprouva des attaques épileptiformes, des convulsions, du trismus, des troubles respiratoires ressemblant à ceux de Cheyne-Stokes, des irrégularités des battements cardiaques et de la dilatation pupillaire; en même temps une éruption scarlatiniforme se produisit sur la peau. Ces accidents durèrent pendant trois jours et disparurent après la cessation du médicament. (*Berliner klin. Woch.*, 1889, n° 17.)

M. Lœwe a observé de semblables accidents dans le cours du traitement de la coqueluche par l'antipyrine. Un enfant de quatorze mois éprouva des vomissements et des attaques convulsives. Un autre enfant de six mois fut atteint de cyanose et de collapsus. Enfin un troisième enfant, âgé de deux ans, présenta des convulsions générales, du spasme laryngé et des vomissements graves après l'administration du médicament. (*Therap. Monat.*, avril 1889.)

De l'action paradoxale de certains antipyrétiques, par M. le docteur S.-E. Henschen. — Plusieurs fois, l'auteur a, écrit-il, noté une élévation thermique après l'administration de la chinoline, de l'antipyrine, de l'antifébrine et de la phénacétine. Cette élévation était faible : quelques dixièmes de degré, excepté après l'ingestion de la chinoline où elle s'élevait parfois d'un degré.

Ce phénomène ne serait pas accidentel, mais se montrerait chez certains individus. Il l'attribue, d'après les remarques de Geigel, à la congestion cutanée causée par les antipyrétiques au début de leur action; normalement, ajoute-t-il, l'effet thermique de cette congestion est annulé par l'action antithermique puissante du médicament. Par contre, chez certains malades, comme ceux qu'il a observés, la congestion cutanée est plus durable et plus considérable et provoque la manifestation du phénomène paradoxal. La production de la sueur ne suffit pas alors pour le faire totalement disparaître. (*Upsala Läkar. Handlingar*, 1889, heft 4, Bd XXIV.)

Traitement de l'incontinence d'urine par l'antipyrine, par MM. Perret et Devic. — Ce traitement a été mis à l'essai sur des enfants dont le bromure, la belladone et l'hydrothérapie n'avaient pu modifier l'anurésie nocturne. Pendant sept jours nos confrères firent ingérer quotidiennement, à six heures et à huit heures du soir, deux doses d'antipyrine de 75 centigrammes chacune. Ils obtinrent une diminution de l'incontinence. Pendant huit jours, suspension du traitement; l'amélioration continua. La semaine suivante, administration du médicament aux mêmes doses : la guérison sembla définitive.

En résumé, ce médicament doit être prescrit par intervalles et continué pendant longtemps. (*La Province médicale*, 8 et 29 juin 1889.)

De l'action physiologique du fluorure de sodium, par MM. Tappeinen et Schulz. — Le premier de ces observateurs a essayé ce sel sur les mammifères à la dose de 5 centigrammes par kilogramme à l'intérieur et d'un centigramme et demi par la voie hypodermique. Il a constaté ainsi :

1° La production d'un état de somnolence et de faiblesse musculaire, conséquent à une paralysie vaso-motrice;

2° Des convulsions épileptiformes tantôt localisées à un seul membre, tantôt généralisées à la totalité du corps; ces convulsions ne sont pas d'origine réflexe et n'ont aucun rapport avec des troubles respiratoires ou circulatoires;

3° Une accélération des mouvements respiratoires suivie de leur paralysie;

4° Des vomissements, de la salivation;

5° Finalement l'apparition rapide, après la mort, de la rigidité cadavérique. (*Arch. fur Exper. Path. und Pharm.*, Bd. 25, 1889.)

Du traitement de la tuberculose par l'air chaud, par M. de Renzi. — Worms en faisant inhaler de l'air froid, Krull en pratiquant des inhalations d'air chaud, espéraient entraver chez les phthisiques, le développement du bacille dont la vitalité, on le sait, ne s'accommode que des températures moyennes. M. de Renzi préfère l'air chaud obtenu au moyen d'un appareil inhalateur dont la température est réglée par un thermomètre.

Huit phthisiques avancés ont été soumis à ce traitement et trois d'entre eux en retirèrent un réel bénéfice. Il est nécessaire pour obtenir ces résultats d'élever la température du courant d'air à 80 et même 100 degrés et de prolonger ces inhalations pendant quinze minutes et même une heure. Un seul malade éprouva une hémoptysie pendant l'une des séances. Quelques-uns augmentèrent de poids en même temps que le nombre de bacilles contenus dans les crachats diminuait.

D'après M. de Renzi, ces inhalations ne provoquent aucune perturbation cardiaque ou respiratoire; il a observé tout au plus une légère augmentation de la température générale. (*Clinica medica de Naples*, février 1889.)

Du traitement de la maladie de Stokes-Adam, par M. le docteur H. Huchard. — Cette maladie a pour caractères : le pouls petit, permanent, des attaques épileptiformes et syncopales, et s'accompagne des phénomènes d'artério-sclérose des reins.

Le traitement causal consiste dans l'administration des iodures et de la nitro-glycérine à l'intérieur.

Les indications thérapeutiques contre les attaques reviennent à administrer la nitro-glycérine par la voie hypodermique. S'il existe de la faiblesse cardiaque, on prescrit la caféine. Contre les phénomènes urémiques, on impose la diète lactée stricte. Au demeurant ces indications se résument : 1° dans l'abaissement de la pression sanguine; 2° à combattre par les hyperesthésiants l'ischémie cérébrale; 3° à soutenir la contractilité du cœur par des toniques de cet organe. (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 4 avril 1889.)

De l'emploi de la beta vulgaris contre la constipation habituelle et les hémorrhoïdes, par M. le docteur S. Kazatchkoff. — Ce végétal est un médicament populaire dans la Russie méridionale sous la forme d'une décoction pour combattre la constipation par atonie et les hémorrhoïdes. On l'administre à la dose d'une demi-tasse à une tasse, chaque jour, et ce remède ne provoque ni coliques, ni troubles digestifs. De plus, après son usage, on n'observe pas le retour de la constipation consécutif à l'usage des purgatifs.

Après une semaine, M. Kazatchkoff a constaté l'accoutumance à ce remède et la nécessité d'en augmenter la dose. Néanmoins, il lui attribue des vertus supérieures à l'huile de ricin, à la rhubarbe, à la magnésie, à la podophylline et aux eaux minérales purgatives. (*Meditzina*, 1889, p. 10, n° 6.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité descriptif des maladies de la peau : symptomatologie et anatomie pathologique, par MM. Henri Leloir et Emile Vidal (1re livraison. In-4° de 80 pages avec 6 grandes planches hors texte. — Paris, 1889 G. Masson).

Depuis plusieurs années déjà les dermatologistes attendaient avec impatience l'ouvrage de MM. les docteurs Leloir et Vidal. Le premier fascicule de ce remarquable travail vient enfin de paraître à propos du Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie; nous appelons de tous nos vœux la publication rapide des huit autres livraisons qui sont destinées à le compléter.

Bien qu'il soit prématuré de juger de l'ensemble de ce livre d'après un premier fragment, le plan général de l'ou-

vrage nous semble dès maintenant assez net pour que nous puissions en parler. Il ne faudrait pas le considérer comme un traité complet de dermatologie; les auteurs se sont strictement conformés à leur programme : symptomatologie et anatomie pathologique, on n'y trouvera rien de plus. Les symptômes de chaque affection y sont exposés avec cette netteté, cette précision et cette sobriété qui caractérisent les écrits du maître éminent de l'hôpital Saint-Louis. L'anatomie pathologique y est étudiée avec un luxe de détails qu'apprécieront les hommes spéciaux, et avec une compétence attestée par de nombreux renvois aux communications diverses faites par les auteurs aux Sociétés savantes sur les divers sujets traités. C'est ainsi que l'histologie de l'acné, que celle du molluscum contagiosum, constituent de véritables mémoires originaux avec de superbes planches à l'appui. On peut ne pas avoir les mêmes opinions que les auteurs sur certains points en litige, mais on consultera toujours avec fruit de semblables documents.

Comme dans tout ouvrage sérieux d'anatomie pathologique, les planches jouent dans ce livre un rôle prépondérant. Ce sont de superbes chromolithographies, véritables œuvres d'art, dues au talent de Karmanski. Elles sont accompagnées de notices explicatives détaillées, ce qui ne saurait être trop apprécié de tous ceux qui ne sont pas très versés en histologie On trouve de plus dans le texte des planches complémentaires.

Les auteurs ont jugé avec raison que dans l'état actuel de la science dermatologique ils ne pouvaient adopter aucune des classifications connues. Aussi se sont-ils décidés à suivre l'exemple des Américains et à prendre pour les maladies l'ordre alphabétique, de beaucoup le plus commode pour ceux qui voudront consulter leur ouvrage.

Ce premier fascicule comprend l'étude des dermatoses suivantes : achromie, acné, acrodynie, actinomycose, aïnhum, alopécie, anémie cutanée, atrophie cutanée, bouton des pays chauds. Nous n'entrerons pas dans les détails de chacun de ces articles, cela nous entraînerait beaucoup trop loin; cette courte note n a en effet pour objet que de faire connaître à nos lecteurs l'apparition de cet ouvrage.

On attendait beaucoup de la collaboration de l'éminent clinicien de l'hôpital Saint-Louis, si connu et si apprécié de tous ceux qui depuis vingt ans ont fréquenté notre grand centre dermatologique, et du jeune professeur de la Faculté de Lille, déjà renommé par ses nombreux travaux d'anatomie pathologique. L'espoir de leurs amis n'a pas été trompé. Ils ont su avoir recours à un éditeur qui a mis le luxe de la publication à la hauteur de la valeur scientifique de l'ouvrage. Rien en un mot n'a été négligé pour le succès de cette œuvre, l'une des plus considérables qu'ait jamais entreprise l'école française. Il ne nous reste qu'à leur souhaiter une réussite aussi complète pour les autres parties de leur travail et nous serons alors heureux et fiers de présenter à l'étranger un livre de cette importance et de cette valeur.

L. B.

De la diminution de l'urée dans le cancer (valeur séméiologique. Applications spéciales au cancer de l'estomac et aux tumeurs abdominales), par M. le docteur G. Rauzier. — Montpellier, Camille Coulet; Paris, 1889, G. Masson.

L'auteur a entrepris une série de recherches cliniques pour la vérification de la loi formulée, en 1883, par Rommelaere (de Bruxelles) sur l'hypoazoturie dans le cancer, et il est arrivé à la confirmer de la façon la plus nette. Il montre qu'il existe habituellement, dans les cas de tumeurs malignes, quel que soit leur siège, une diminution de l'urée, qui semble en rapport avec une perversion de la nutrition organique tenant à la nature du néoplasme et se trouve influencée par l'alimentation quant à son taux seulement. Il est vrai que la diminution de l'urée peut exister dans d'autres états morbides : ainsi on l'observe en particulier dans la tuberculose avancée, les altérations de l'épithélium rénal et certaines lésions du foie; l'inanition peut encore la produire. Par contre, un état fébrile passager peut masquer momentanément une hypoazoturie habituelle. En tenant compte de ces restrictions, l'hypoazoturie cancéreuse conserve toute sa valeur séméiologique. Elle ne présente pas, d'ailleurs, le même degré à toutes les périodes des tumeurs malignes et évolue parallèlement à l'altération secondaire et progressive de l état général, traduisant ainsi la marche de la cachexie spéciale. Dans le cancer accessible aux investigations sa valeur est minime : peu marquée aux périodes de début, elle devient un renseignement superflu lorsqu'elle se manifeste, car à ce moment le diagnostic n'est plus douteux. Mais son importance est tout autre dans les cancers internes, parfois difficiles à reconnaître même à une période avancée : tel est le cas en particulier pour le cancer gastrique. Enfin l'hypoazoturie marquée accompagnant une tumeur abdominale, sans tuberculose ni ascite, contre-indique l'intervention opératoire : on doit en effet songer en pareil cas à un cancer, ou à des lésions rénales devant faire redouter l'urémie post-opératoire.

Étude sur les inhalations d'oxygène dans la diphthérie, par M. le docteur T. Gonthier. — Paris, 1889. G. Steinheil.

Ce consciencieux travail comprend trois parties principales : tout d'abord un aperçu historique sur les applications de l'oxygène depuis sa découverte par Priestley, et l'étude des effets physiologiques de ce gaz inhalé par l'homme à l'état de santé; puis un chapitre consacré à l'emploi de l'oxygène dans la diphthérie; enfin, l'exposé de la technique des inhalations d'oxygène appliquées à l'étude des variations du rythme respiratoire altéré dans la diphthérie. D'après les expériences de l'auteur, l'oxygène pur, employé en inhalations dans les diverses formes de la diphthérie, paraît avoir des effets généraux très favorables. D'ailleurs, lorsque la pureté du gaz est absolue, on en peut faire l'application par quantités considérables sans qu'aucun inconvénient en résulte. Dans le croup, les mêmes phénomènes d'augmentation du pouls et de la température observés chez l'homme sain soumis à l'influence de l'oxygène, se reproduisent avec de très légères variantes. La respiration est notablement accélérée dans son rythme par les inhalations du gaz; la dyspnée des diphthériques paraît même tendre, sous cette influence, à se transformer le plus fréquemment en polypnée, par suite de l'action régulatrice marquée que possède en pareil cas l'oxygène. Cette accélération persiste malgré une suroxygénation pulmonaire intense, mais sa durée, comme à l'état de santé, est limitée au temps même des inhalations. Enfin l'oxygène est encore utile, à titre de stimulant puissant des fonctions, dans une maladie où le mauvais état général rend le plus souvent la résistance organique inefficace.

La grippe infectieuse a Oyonnax (Ain), de novembre 1888 a avril 1889, par M. le docteur Ch. Fiessinger (avec un plan et 72 tracés lithographiés). Paris, 1889. O. Doin.

Il s'agit d'une intéressante étude d'épidémiologie entreprise par l'auteur à l'occasion d'une épidémie de grippe infectieuse qui a sévi pendant plusieurs mois, avec des recrudescences successives, à Oyonnax, petite ville de 4000 habitants, située au pied des montagnes du Jura. Dans une première partie, M. Fiessinger suit la filiation des cas de grippe dans leur ordre d'apparition et discute le mode de propagation dans l'entourage des malades ou à distance. Il se refuse à admettre la contagion directe tout en reconnaissant que bien des inconnues subsistent pour la solution définitive du problème. Dans la seconde partie de son mémoire, il étudie la marche de l'affection, les symptômes dans leur ensemble, les formes principales : grippe ordinaire, grippe abortive, grippe prolongée; enfin les complications, les récidives, la terminaison, le traitement, et aussi les rapports de la grippe avec les maladies régnantes. Un volumineux appendice comprend les observations détaillées, accompagnées de courbes de température, et constitue un document des plus instructifs à consulter. A. P.

Du traitement des anévrysmes externes, par M. le docteur Pierre Delbet, prosecteur à la Faculté de médecine, ancien interne lauréat des hôpitaux, membre de la Société anatomique. — Paris, F. Alcan, 1889.

Ce mémoire se compose de deux parties : l'une concerne les anévrysmes artériels et l'autre les anévrysmes artério-veineux.

La première a paru il y a quelques mois dans la *Revue de chirurgie;* la seconde a été la thèse inaugurale de notre distingué collègue. C'est un plaidoyer en faveur de l'extirpation, considérée comme méthode de choix dans le traitement des anévrysmes des membres. L'auteur montre que le défaut d'antisepsie avait dû faire renoncer aux essais anciens de cure radicale par l'extirpation. L'antisepsie doit faire reprendre ces tentatives. « Pourquoi ne pas attaquer le mal dans son siège? Pourquoi ne pas inciser le sac ou mieux l'extirper? Les méthodes anciennes étaient radicales, mais meurtrières. Elles doivent avoir cessé d'être dangereuses; elles n'ont pas cessé d'être radicales. » Nous n'avons pas à analyser en détail ce mémoire, car nos lecteurs en connaissent déjà la substance par un article de M. Reclus sur le traitement des anévrysmes externes (voy. *Gaz. hebd.*, 18 décembre 1888); par une clinique du professeur Trélat (voy. *Gaz. hebd.*, 1889, p. 54). Dans le chapitre relatif aux ligatures pour anévrysmes artériels, nous signalerons une étude soignée des troubles trophiques graves consécutifs aux lésions nerveuses engendrées par les anévrysmes.

Dans les deux parties l'auteur étudie d'abord le traitement des anévrysmes en général, puis celui des anévrysmes en particulier. Pour chacun des anévrysmes, les faits qui ont servi à la rédaction du chapitre sont groupés en tableaux. Les recherches de M. Delbet dans la littérature médicale ont été très étendues et son travail sera consulté avec le plus grand fruit.

A. B.

VARIÉTÉS

STATUE ÉLEVÉE A LA MÉMOIRE DE BOULEY. — Le 5 septembre dernier la plupart des membres du Congrès international de médecine vétérinaire et plusieurs membres de l'Institut et de l'Académie de médecine se réunissaient à l'École d'Alfort pour assister à l'inauguration du monument élevé à la mémoire de Bouley.

Le président du comité, M. Leblanc, dans un discours très applaudi, a rappelé que l'initiative de cet hommage rendu à la mémoire de l'un des plus célèbres parmi les vétérinaires français appartenait à la Société des vétérinaires de la Gironde et que, parmi les souscripteurs, on devait citer l'empereur du Brésil et deux vétérinaires allemands, « qui ont eu le rare courage de ne pas oublier que la science vétérinaire leur venait de France ».

M. le professeur Chauveau a rappelé ensuite les travaux scientifiques dus à Bouley qui, de 1837 à 1885, n'a cessé de déployer une activité incroyable, aussi bien comme professeur que comme écrivain ou membre actif et zélé de la plupart des Sociétés savantes.

Aussi mérite-t-il le concours d'éloges qui glorifient aujourd'hui les services qu'il a rendus et que M. Chauveau a resumés dans les termes suivants : « Une statue digne de l'éminent artiste qui l'a exécutée fait revivre sous nos yeux et transmettra aux générations futures l'image expressive et fidèle de notre regretté maître. Le voilà notre Henri Bouley, dressé sur le piédestal qui le présentera aux hommages de la postérité! Le voilà tourné vers le champ de son travail quotidien où il s'est vu tant entouré, tant admiré! Le voilà dans son attitude de prédilection, celle du professeur. Une dernière leçon, semble-t-il, va sortir des lèvres du maître. Ecoutez-la, jeunes gens, qui vous êtes groupés à ses pieds, écoutons-la tous. Travaillez, nous crie sa vie tout entière : travaillez si vous voulez suivre mon exemple; travaillez pour honorer vos frères, pour servir la patrie! »

Le savant directeur de l'Ecole d'Alfort, M. Nocard, a remercié le ministre de l'agriculture, qui représentait le gouvernement à cette touchante cérémonie, et il a donné lecture de la lettre suivante que lui adressait M. Pasteur, le maître éminent dont Bouley s'enorgueillissait d'étudier et de vulgariser les immortels travaux.

« J'ai plus qu'un regret, je ressens un véritable chagrin à la pensée que je ne pourrai être le 5 septembre auprès de mes confrères de l'Académie des sciences, au milieu des professeurs et des élèves d'Alfort, mêlé aux membres du Congrès des vétérinaires et à tous ceux qui ont connu, aimé et admiré Bouley.

« Sa haute taille, son beau front, son regard franc, direct, spirituel, son sourire où dominait la bonté, cet ensemble de bonne humeur et de gaieté familière qui, aux jours de leçons et de discussions académiques, s'associait à la plus claire, la plus vive, la plus chaude éloquence; tout revit dans sa statue.

« Ce que j'ai éprouvé en la voyant dans l'atelier de M. Allouard, vous l'éprouverez quand elle apparaîtra aux yeux de tous et qu'elle sera saluée par le maître qui fut le grand ami de Bouley, par mon confrère, M. Chauveau. C'est à lui qu'il appartient de raconter cette belle vie et les longs services qu'elle a rendus.

« Bouley, en faisant intervenir dans l'art vétérinaire les vrais principes scientifiques, en ne cessant par ses travaux personnels, par ses écrits, par sa parole de vouloir fonder le progrès des études vétérinaires sur l'expérimentation, a eu la joie de donner à sa profession son plus beau titre à l'estime de tous.

« Vous qui êtes, mon cher Nocard, le directeur de cette grande Ecole d'Alfort, répétez bien à chaque génération de vos élèves d'avoir pour l'image de Bouley, pour cet excellent homme qui a tant travaillé et tant aidé le travail des autres, un regard particulier, fier, ému et reconnaissant, le regard des jeunes gens pour un patron tutélaire. »

Enfin, le ministre de l'agriculture a remercié les organisateurs de la cérémonie, les souscripteurs au monument et l'architecte qui l'a construit.

MONUMENT J.-B. VAN HELMONT. — Le 8 juillet 1863, le conseil provincial du Brabant émit le vœu qu'un monument fût élevé à la mémoire de Van Helmont. Le gouvernement s'associa à cette pensée, mais exigea que, au préalable, la vie et les œuvres de l'illustre médecin et philosophe du dix-septième siècle fussent célébrées dans un éloge public. L'Académie de médecine ouvrit dans ce but un concours qui fut clos en 1865 et c'est en 1889 que la statue de Van Helmont vient d'être érigée. Nous recevons à ce sujet le compte rendu de la cérémonie d'inauguration dans laquelle, après un discours de M. André, échevin de l'instruction publique, M. le docteur Rommelaere, secrétaire de l'Académie royale de médecine, a lu sur la vie de Van Helmont une étude des plus attrayantes, appréciant très justement la doctrine de ce médecin et de ce philosophe de génie, racontant sa vie et les persécutions dont il a été victime, glorifiant son œuvre et remerciant ceux de ses collègues qui ont enfin su élever à la mémoire d'un des plus illustres savants de la Belgique un monument digne de lui.

CONGRÈS DE CHIRURGIE. — La séance d'ouverture du Congrès français de chirurgie aura lieu lundi 7 octobre, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le baron Larrey. Les séances auront lieu ensuite du 8 au 13, deux fois par jour, à neuf heures du matin et à trois heures de l'après-midi.

MORTALITE A PARIS (37e semaine, du 8 au 14 septembre 1889. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 25. — Variole, 5. — Rougeole, 12. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 13. — Diphthérie, croup, 30. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 187. — Autres tuberculoses, 28. — Tumeurs : cancéreuses, 46; autres, 6. — Méningite, 30. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 29 — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 7. — Maladies organiques du cœur, 32 — Bronchite aiguë, 10. — Bronchite chronique, 19. — Bronchopneumonie, 15. — Pneumonie, 35. — Gastro-entérite : sein, 18 biberon, 86.—Autres diarrhées, 3. — Fièvre et péritonite puerpérales, 7. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 11. — Sénilité, 17. — Suicides, 17. — Autres morts violentes, 4. — Autres causes de mort, 151. — Causes inconnues, 12. — Total : 867.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traitement local de l'endométrite chronique, par M. le docteur Dumontpallier. 1 vol. in-8°. Paris, Lecrosnier et Babé. 1 fr.

Quelques observations cliniques, par M. le docteur Radziszewski. 1 vol. in-8° avec 3 planches. Paris, Lecrosnier et Babé. 2 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

20453. — MOTTEROZ. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 2 octobre 1889.

Académie de médecine : **Étude physiologique de la liqueur d'absinthe.**

Le 10 septembre dernier, alors que la plupart des membres de l'Académie de médecine et, en particulier, ceux qui ont étudié avec précision les effets toxiques ou thérapeutiques de l'alcool et des essences d'absinthe, d'anis, de fenouil, de coriandre, etc., etc., étaient absents, M. Cadéac venait lire, en son nom et au nom de M. Albin Meunier, un mémoire dont l'intérêt parut indéniable.

S'appuyant sur une série d'observations que l'on devait croire très précises et dont la technique expérimentale, empruntée à M. Chauveau, semblait marquer un progrès réel, ce travail fut accueilli sans contestation et la presse tout entière se fit l'écho de l'impression qu'il avait produite. MM. Cadéac et Albin Meunier affirmaient avoir bien dissocié les divers produits qui entrent dans la composition de la liqueur vulgairement désignée sous le nom d'*absinthe*. Ils disaient avoir examiné avec le plus grand soin l'action pathologique due à chacune d'entre elles et celle que déterminait leur association. Ils concluaient de leurs recherches que la cause principale des accidents désignés sous le nom d'absinthisme était due à l'essence d'anis et qu'il suffirait, pour ralentir les progrès toujours croissants des intoxications chroniques dont l'hygiène publique et l'économie sociale ne sauraient se désintéresser, de modifier la composition de l'*absinthe* en augmentant la proportion des essences bienfaisantes et en diminuant la quantité d'anis, de badiane et de fenouil.

Ces assertions contredisaient formellement les idées généralement admises depuis les belles recherches de M. Magnan sur l'épilepsie absinthique, depuis surtout que les travaux de MM. Laborde et Magnan avaient précisé le rôle comparatif des diverses essences employées pour la confection des *bouquets* qui servent à parfumer les vins et les liqueurs artificiels. Il importait qu'elles fussent le plus vite possible ou confirmées ou infirmées. Et c'est pourquoi l'on ne saurait trop louer M. Laborde de l'empressement qu'il a mis à lire devant l'Académie un rapport mettant en pleine lumière les causes d'erreurs qui les rendent inacceptables.

Rédigé avec une précision et une netteté vraiment scientifiques, appuyé d'expériences absolument concluantes, le travail lu, en son nom et au nom de M. A. Ollivier, par M. Laborde, a été accueilli par de chaleureux applaudissements, et ses conclusions, que nous reproduisons plus loin, auront un grand et légitime retentissement.

FEUILLETON

La médecine à l'Exposition universelle de 1889.

(Sixième article.)

La méthode antiseptique domine aujourd'hui toute la médecine opératoire; à plus forte raison, elle inspire tous les fabricants de matériel chirurgical qui ont participé à l'Exposition. Déjà commencée lors de la dernière Exposition universelle, la transformation de ce matériel n'a pas cessé depuis cette époque et elle est arrivée maintenant à une période qui, bien que marquée par des perfectionnements importants, ne peut être considérée cependant que comme une période de transition. Il est singulier de voir en effet avec quelle peine les constructeurs parviennent à perfectionner dans ce sens leurs vieux modèles et combien ils résistent encore à les simplifier. La coutellerie chirurgicale est toujours aussi remarquable, les instruments aussi solides et souvent même élégants; mais leur complication reste extrême et, notamment en matière d'orthopédie, les appareils visent plutôt au luxe des matières premières employées et à la multiplicité des pièces, qu'à des solutions simples et pratiques. Il ne sera pas difficile de le montrer en parcourant, même rapidement, les expositions qui garnissent les vitrines de la classe XIV au Champ de Mars. Ces expositions, d'ailleurs bien aménagées intérieurement par leurs propriétaires, ont été disposées dans un local des plus défectueux; l'administration supérieure de l'Exposition n'a pas été généreuse pour la médecine et la chirurgie, comme pour tant d'autres classes il est vrai, et il faut vraiment savoir gré à nos fabricants d'avoir bien voulu exposer quand même dans des conditions aussi désastreuses. Ils peuvent se consoler en pensant que la part prise à l'Exposition par leurs concurrents étrangers est à peu près nulle et que leur

Le savant et laborieux physiologiste établit en effet que l'essence d'absinthe constitue le type du médicament convulsivant et épileptisant, tandis que l'essence d'anis ne présente, même à doses très élevées, aucun de ces caractères.

L'expérience faite sous les yeux de l'Académie est à ce point de vue tout à fait décisive.

Il a paru évident à tous ceux qui ont entendu M. Laborde que MM. Cadéac et Albin Meunier s'étaient servis pour faire leurs expériences non de l'essence d'absinthe vraie, de celle qui entre d'ordinaire dans la compostion des liqueurs dites *absinthe*, mais bien d'un produit impur et moins actif encore que la plupart des autres essences. M. Laborde était donc autorisé à affirmer que la liqueur d'absinthe et après elle tous les « apéritifs » constituent des poisons que condamne et réprouve l'hygiène. Il avait le droit de protester énergiquement contre les assertions émises devant l'Académie et cela sans contrôle préalable, sans expériences contradictoires, par un physiologiste et un chimiste qui avaient été trompés eux-mêmes sur la qualité de la substance dont ils s'étaient servis. Le rapport officiel de MM. Laborde et Ollivier rendra donc un signalé service en détruisant, très peu de jours après qu'elle aura été émise, une erreur qui tendait déjà à s'accréditer et qui aurait eu, au point de vue de l'hygiène publique, les conséquences les plus funestes.

THÉRAPEUTIQUE

De la valeur et des indications thérapeutiques du vératrum viride.

Il en est des médicaments comme des individus; ils peuvent porter le même nom, et cependant ne pas se ressembler. C'est une vérité à la manière de M. de la Palisse; il serait inutile de s'y arrêter, si, toutefois, la remarque n'était pas opportune, quand il s'agit de l'histoire physiologique et des vertus médicinales d'un vératre.

Ouvrez un livre de matière médicale, vous y trouverez la nomenclature de quatre végétaux qui portent ce nom: le vératre blanc, le vératre noir, le vératre cévadille et le vératre vert. Ils sont homonymes d'après la nomenclature populaire; autrement ils ne se ressemblent guère.

C'est pourquoi tous les classiques le répètent, et je le répète avec eux: quand il s'agit d'un vératre, il est toujours utile de se rappeler les différences que les botanistes ont décrites, que les chimistes n'ignorent pas, et que les thérapeutes, sous peine de surprises ennuyeuses ou d'accidents sérieux, ne doivent jamais oublier.

I

Interroge-t-on les botanistes? Voici ce qu'ils nous apprennent: les trois premiers de ces vératres sont des Colchicacées et des Mélanthacées. Quant au quatrième, son état civil est bien différent.

C'est un ellébore d'origine américaine, aux fleurs solitaires et aux sépales vert pâle. Il possède tous les caractères de la famille des Renonculacées: c'est donc une Renonculacée.

S'adresse-t-on aux chimistes? Ils s'entendent moins. Les uns y ont trouvé la viridine et la vératroïdine, alcaloïdes doués de vertus différentes; la seconde étant drastique et la première possédant des propriétés vasculaires. Les autres y ont découvert la vératrine et la jervine tout comme dans les vératres de la famille des Colchicacées; d'autres, enfin, — ce sont les plus nombreux, — s'accordent mieux avec les botanistes, et déclarent que les principes actifs du rhizome de ce végétal sont l'elléboréine et l'elléborine.

Autant de chimistes, autant d'avis. Il est donc parfois difficile de s'entendre quand on a les réactifs à la main! Avec la meilleure volonté du monde, on ajournera donc l'emploi de ces alcaloïdes jusqu'au jour où les pharmacologistes auront pu se mettre d'accord. En attendant, il faut se contenter, pour l'expérimentation sur les animaux ou l'administration aux malades, d'employer l'extrait ou la teinture du rhizome de vératrum viride.

Et les physiologistes, que disent-ils? Consultons-les; mais, auparavant, n'est-il pas utile de jeter un coup d'œil sur l'introduction de ce végétal dans l'arsenal thérapeutique?

Son histoire scientifique date de quarante-cinq ans. Avant cette époque, c'était un médicament populaire. Par tradition, aux États-Unis, les empiriques lui attribuaient des propriétés médicinales, à preuve sa désignation dans le langage vulgaire sous le nom d'*Indian Uncas* et d'*Indian Pocke*.

C'était sa racine, *Puppet root*, dont les aborigènes faisaient usage. C'est elle aussi dont Norwood et Oogwood signalèrent les premiers l'action nervine. Depuis, on l'a essayée dans les laboratoires et sur les malades; et, comme Gubler l'écrivait en 1880, ce vératrum a tout d'un coup

---

renom bien justifié a été la raison dominante de cette abstention.

Dans un excellent guide, dû à notre confrère M. le docteur Marcel Baudouin et édité par le *Progrès médical*, guide auquel nous nous permettrons de faire des emprunts, on a fait justement remarquer que ce qu'il y avait de plus remarquable dans l'arsenal chirurgical exposé au Champ de Mars, c'étaient les tentatives pour obtenir un matériel aseptique, pouvant aussi être facilement et rapidement antiseptisé. L'étuve à stérilisation devrait faire partie de tout service hospitalier de chirurgie; chaque chirurgien devrait même en posséder de mobiles pour la pratique civile..., s'il en existait qui puissent offrir toutes les garanties exigées de semblables appareils pour tous les instruments en usage. Or, comme les constructeurs n'ont pu encore ni en concevoir ni en établir qui satisfassent complètement à ces conditions, il faut bien que ce soit le matériel lui-même qui se transforme tout d'abord. Et c'est ce qui est arrivé: les instruments sont devenus entièrement métalliques; les deux parties qui les constituent principalement, lame et manche, n'ont plus fait qu'une ou ont été réunies à l'aide de soudures pouvant résister à la chaleur ou à la vapeur des étuves; on a même supprimé la soudure pour la remplacer par un ajustage à rivet. Ainsi, M. Favre a fait des bistouris et des scalpels d'une seule pièce et en acier; M. Lüer a construit des manches métalliques creux, à jours, démontables, constitués par une sorte de baguette métallique recourbée en forme d'U très allongé et dont les deux jambages verticaux sont réunis par une baguette transversale de renfort; M. Galante a établi des manches en nickel massif, d'une seule pièce, ajustés pour les rendre plus légers et pouvant être plongés dans n'importe quel liquide antiseptique sans se dépolir. On eût voulu pouvoir utiliser l'aluminium dans tout ou partie des instruments, mais ce métal ne s'y prête pas, la soudure et les liquides an-

acquis une importance extrême dans la thérapeutique. Était-ce une importance méritée? On put le croire, pour un instant, en France, après les travaux de Hirtz, Oulmont, E. Labbée (*Société de thérapeutique*, VII, p. 99, 1re série); dans les pays de langue anglaise, par ceux de Wood (*Med. Record*, 1857, p. 169), de Cutter (*Med. Times and Gaz.*, 1862, t. I, p. 665), d'Abbott et de Stohe (*Med. Record*, 1863, 67 et 68); en Autriche, par ceux de M. Drasche; en Suisse, par ceux de Kocher, et tout récemment par ceux de Tchitowisch, en Russie, et de Rummo, en Italie.

Cette énumération bibliographique est incomplète, je j'avoue. Le dernier des travaux dont le vératrum a été l'objet, est le savant mémoire d'un de nos confrères les plus laborieux de la province, je veux parler de l'article que M. le docteur Liégeois (de Bainville-aux-Saules) a publié cette année même dans les nos 22 et 23 de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*. Il y résume de nombreuses observations cliniques, continuées durant dix années, y donne raison à Gubler et montre que le vératrum viride est un médicament digne d'être étudié et plus souvent employé.

Je vais donc essayer avec ces documents et à l'aide des notions physiologiques déjà acquises sur ce médicament de déterminer quand, comment et sous quelle forme on doit le prescrire.

II

Dès l'abord, on a recommandé le vératrum viride comme *médicament cardio-vasculaire*. Depuis, sa réputation grandissant, on lui trouva des propriétés plus nombreuses. Il devint un *médicament nervin;* aujourd'hui, voilà que l'on en fait un *médicament antithermique*.

Ces vertus sont-elles méritées, et légitiment-elles les indications de son emploi? C'est ce qu'il convient d'examiner.

Oogwood et Norwood le présentaient comme un agent sédatif de l'activité cardiaque. Ils basaient cette affirmation sur des observations cliniques peu nombreuses. Néanmoins ils n'étaient pas dans l'erreur, témoin les expériences récentes de Tchitowisch (*Novosti therapie*, mars 1887) et de Rummo (*Riforma medica*, 1887 et 1888).

L'expérimentateur russe administrait à la grenouille et au chien une solution au centième d'extrait aqueux de rhizome du vératrum viride. L'expérimentateur italien employait l'elléborine, qui, à son avis, serait le principe actif de ce végétal. Malgré la diversité des conditions expérimentales, les résultats ont été identiques. Les battements cardiaques diminuaient en fréquence et augmentaient en amplitude, d'où la régularisation du pouls, phénomène sur lequel Simpson insistait déjà il y a trente ans (*Med. Times and Gaz.*, 1859); d'où encore, d'après M. Liégeois et M. Hirtz, une diminution de la pression artérielle. Ici, toutefois, les essais physiologiques font défaut, de l'avis de M. Liégeois; ici aussi on doit se souvenir que dans ses expériences avec la vératrine, retirée de la cévadille, Bezold élevait la pression sanguine quand on l'administrait à faibles doses, et la ralentissait — action paradoxale de la précédente — quand on l'employait à doses élevées chez les mammifères : chiens ou lapins. D'autre part, dans leurs expériences, Worthington et Linon (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1879) notaient le ralentissement du pouls et comparaient ce phénomène à celui que l'on observe consécutivement à l'administration de la digitale.

Autre remarque: M. Rummo employait l'elléborine, l'un des glucosides du vératrum viride; mais j'en appelle au témoignage de Nothnagel, de Rossbach et d'autres classiques, ce glucoside ne possède-t-il pas une action sur le cœur, que l'on peut comparer à celle d'un autre glucoside de même origine botanique, l'elléboréine? La différence de leur action cardiaque consiste donc dans l'intensité et non dans la nature des effets qu'ils provoquent.

On le voit, la physiologie de l'action cardio-vasculaire du vératrum viride et de ses alcaloïdes est bien obscure. Il y a une indigence extrême d'expériences sur les animaux et des contradictions nombreuses entre les observateurs. Une seule conclusion paraît légitime, c'est que le vératrum agit sur le muscle cardiaque et sur les muscles des parois vasculaires. Seulement agit-il sur les fibres musculaires elles-mêmes ou sur les ganglions nerveux? Ces deux opinions ont été formulées: choisir entre elles me paraît malaisé. En tout cas, on peut, ce me semble, comparer cette action cardio-vasculaire à celle de la vératrine, de l'upas antiar, de l'oléandrine. En deux mots, c'est un poison du cœur.

On s'en doute, j'en conviens, depuis longtemps. Mais, qu'on ne l'oublie pas : bien que différente dans ses effets, cette vertu cardiaque est, en quelque sorte, de famille pour la plupart des espèces du genre ellébore.

Le vératrum viride modifie la température des fébricitants. E. Labbée évaluait cet abaissement thermique à 1/2 ou à 1 degré; Oulmont, plus fortuné, à 1 même 6 degrés (*Bull. de thérap.*, 1868, p. 145). M. Liégeois le note égale-

---

tiseptiques le plus habituellement usités le détériorent.

On voit quelle importance a prise le mode d'union des manches des instruments avec les lames, et l'on devine aussi combien est devenu intéressant l'assemblage des diverses parties des instruments entre elles. Il faut que tout puisse être nettoyé, lavé, désinfecté, que les recoins, les angles à saletés disparaissent. Voyons quelles dispositions ont été prises à cet égard par divers constructeurs.

La maison Collin a imaginé une nouvelle articulation dite articulation à tenon, pour les instruments à deux branches croisées et articulées par le milieu; elle l'a utilisée d'abord pour les ciseaux, puis pour toutes les variétés de pinces hémostatiques, ordinaires ou à pression, courtes, longues, grêles, à gros mors ou américaines, à mésentère, à kystes, à hystérectomie vaginale, pour les cisailles, pinces de Liston, pinces à séquestres, daviers, costotomes, etc. Cette articulation, facile à nettoyer, se compose sur une des branches d'un petit piston cylindrique s'enfonçant à frottement dans l'autre branche perforée; les branches sont maintenues en contact, sauf dans la position d'écartement maximum, à l'aide d'un petit crochet aplati, placé sur la branche qui embrasse l'autre solidement et à frottement dur.

Chez M. Mathieu, les manches métalliques des instruments sont formés de deux coquilles creuses, estampées, en forme de gouttière, pourvues d'une ou deux nervures formant entre elles des cannelures; elles sont en melchior très chargé de nickel, soudées elles-mêmes au melchior. La lame est terminée par un talon ou extrémité cylindrique aplatie latéralement; elle s'engage à frottement dur dans l'orifice du manche, où elle est maintenue par une soudure en cuivre, fusible à 1700 degrés seulement. L'articulation mobile, également modifiée, est à deux tenons pour la branche mâle, l'un analogue au nouveau tenon de M. Collin, l'autre accessoire plus petit, mais ovale et visible. Pour ce tenon supplémentaire, il a fallu pourvoir d'un orifice la joue américaine, rendue plus large, et y ménager une fente d'entrée pour son

ment, et ajoute que cet abaissement d'intensité variable est brusque, à l'instar des effets antithermiques produits par la vératrine.

Ici je constate de nouveau la pauvreté des données physiologiques sur les propriétés du vératrum et les faits qui, depuis Oulmont et les observateurs américains, jusqu'à M. Liégeois, le classent parmi les dépresseurs thermiques, sont d'ordre clinique. C'est dire que l'on ignore le mécanisme de cette action hypothermique, et que, si l'on veut quand même en formuler la théorie, on en est réduit à supposer une action directe du médicament sur les centres nerveux régulateurs de la température.

Est-ce une interprétation bien valable? Oui, si on pouvait la justifier. Or, cette justification manque. Que l'on considère donc l'*action antithermique* du vératrum comme un fait d'observation. Je le veux bien; quant à en formuler une explication, je m'y refuse. Cette explication est seulement une hypothèse toute gratuite.

Le vératrum viride possède une *action nervine*. Voilà, je pense, une propriété dont la constatation n'a jamais surpris personne. Elle est, en effet, commune aux autres vératres de la famille des Renonculacées. Quelle est-elle?

J'interroge M. Liégeois. Le vératrum viride, écrit-il, est un sédativo-réflexe. Il diffère donc de l'ellébore noir, qui surexcite la motricité et la sensibilité, comme MM. Pécholier et Ratier l'ont déclaré à cette même place (*Gaz. hebd.*, 1881, p. 263), il y a tantôt huit ans, dans un travail justement estimé, sur l'action physiologique des ellébores.

Au demeurant, l'action du vératrum viride sur les centres nerveux est à peu près inconnue.

Enfin, voici un autre effet, non moins obscur, du même médicament, c'est l'augmentation de la diurèse. Tchistowisch la note, M. Liégeois la signale, mais les autres observateurs n'en parlent guère. Comment interpréter ce phénomène? Même impuissance à le faire, puisque l'on n'est pas encore fixé définitivement sur les modifications de la tension artérielle, provoquée par le vératrum, à moins — hypothèse gratuite et contestable — d'admettre une action élective et spéciale sur l'épithélium rénal.

En résumé, la physiologie de ce médicament est mal connue et on formule une conclusion prématurée en affirmant l'identité de ses propriétés avec celle des autres vératres.

Fait plus certain, l'observation clinique montre qu'il irrite le tube digestif à un degré relativement moindre que les derniers. Cet avis était déjà celui de Linon et de Worthington, qui tous deux expérimentaient sur eux-mêmes. Après l'ingestion de 15 milligrammes d'extrait alcoolique de vératrum, ils éprouvaient une sensation d'âcreté dans l'œsophage, de brûlures dans l'estomac et des vomissements.

Ces témoignages ne sont donc pas isolés. M. E. Labbée a noté aussi le défaut de tolérance gastro-intestinale. Il a vu des doses modérées du médicament provoquer les mêmes phénomènes gastriques et d'abondantes évacuations alvines.

III

Quelles sont donc, en tenant compte de ces inconvénients, les indications du vératrum viride? Quand faut-il l'administrer? Sous quelle forme et à quelle dose le prescrira-t-on?

Doit-on le considérer comme un *agent antithermique?*

Les initiateurs de son emploi dans la matière médicale, le proposaient comme un sédatif de la circulation et le recommandaient dans le traitement des maladies fébriles. En fait, on l'essaya comme antiphlogistique — un mot ancien, aujourd'hui démodé — contre les accidents fébriles de la goutte, de la péritonite, des fièvres éruptives, de la pneumonie, et les livres classiques enregistrent les essais de Oogwood, Kocher, Norwood, Hirtz, Linon, Biemer, Gubler, Oulmont, E. Labbée.

Aux pneumoniques adultes ou enfants, Oulmont, Hirtz, Poland (*Med. Times*, 1858, t. I, p. 22), Butler (*The Lancet*, 1862, t. I, p. 22), l'ordonnaient, les deux premiers, sous la forme de teinture; les seconds, sous celle d'extrait à la dose quotidienne de 5 centigrammes, divisée en cinq pilules et administrée à raison d'une pilule d'heure en heure. Linon, dans sa thèse, et Bernheim, dans ses *Leçons de clinique médicale*, en ont résumé les effets: d'abord, réduction numérique des pulsations cardiaques et augmentation temporaire de la tension artérielle; plus tard, après douze à dix-huit heures, abaissement de la tension, augmentation de la force du pouls; puis, les jours suivants, dicrotisme de ce dernier. Le thermomètre accusait un abaissement de température. Après quatre ou cinq heures, celle-ci atteignait la normale; rarement elle descendait plus bas. Néanmoins, dans un cas, emprunté à la thèse de Nicol en 1868, et observé par Hirtz (de Strasbourg), elle descendit au-dessous de 35°,5. Il est vrai, ajouterai-je, que le malade tomba dans le collapsus.

Voilà des effets antithermiques, j'en conviens. Cependant

---

introduction. Pour articuler les deux branches et introduire le deuxième tenon dans le trou de la joue, il a fallu transformer l'orifice du tenon principal en une vraie fente allongée. Ainsi, par exemple, dans sa cisaille à tranchant unique, M. Mathieu a donné à la branche mâle la forme d'une lame de couteau convexe; la branche femelle a son extrémité dédoublée pour doubler le point d'appui, c'est-à-dire qu'elle est pourvue d'une sorte de gouttière où s'enfonce la lame de l'autre branche.

M. Aubry emploie pour ses instruments une soudure à entablure; la lame, pourvue d'une extrémité massive, carrée, creuse, s'engage dans une ouverture de même forme préparée dans le manche; les deux pièces sont ensuite rivées. Si l'on veut avoir une lame non soudée définitivement au manche, ou plutôt un manche qui puisse recevoir des lames de différentes formes, on ne fait pas de rivet et on le remplace par un petit mécanisme à déclenchement en forme de pédale, qui permet de charger la partie utilisable de l'instrument, en conservant toujours le même manche. Pour d'autres pièces, comme les curettes, la tige qui supporte la partie active glisse à frottement dur dans un canal creusé dans le manche métallique et peut y être fixée, par une vis de pression, en un point quelconque de son étendue. L'articulation est mobile; le tenon, au lieu d'être rivé dans un orifice cylindrique, est à base carrée; il est fortement encastré dans l'instrument et ne peut plus y tourner.

M. Mariaud, de son côté, s'en est tenu à une articulation à tenon et en huit de chiffre. L'ancien tenon est vissé dans la branche mâle, sans rivet; il est toujours formé d'une tête circulaire de façon qu'on ne puisse pas le fausser et au-dessous d'un pas de vis tel qu'il se visse de lui-même au fur et à mesure de l'usure; il ne peut s'engager dans l'orifice de la branche femelle que dans la position correspondant à la large cannelure, oblique du dehors en dedans et de haut en bas de cette branche. L'orifice représente un huit de chiffre; le trou inférieur, c'est-à-dire celui qui est

ils ne me paraissent guère encourageants et je comprends que, dans le traitement de la pneumonie, ils ne suffisent pas pour motiver l'abandon de la digitale au profit du vératre vert.

Tout récemment, un médecin de langue anglaise, M. Nelsonn, a, lui aussi, voulu réhabiliter son usage comme antipyrétique contre les grandes fièvres.

On l'avait proposé, dès l'abord — et on l'avait oublié depuis — dans le traitement des fièvres éruptives et de la fièvre typhoïde. Eh bien, c'était une erreur, paraît-il. M. Nelsonn l'affirme, dans le numéro d'avril 1883 des *Archives of medicin*. Plus fortuné que ses prédécesseurs, il a vu ce remède, dit-il, réduire le pouls et ramener la température à la normale. Il obtint même la résolution de la maladie dans l'espace de deux septénaires, par l'administration, toutes les deux heures, d'une ou deux gouttes de vératrum. Quel triomphe! En présence de si merveilleux résultats, on s'étonne et on partage le judicieux scepticisme de M. Liégois.

On fondait encore des espérances sur l'emploi du vératrum contre le rhumatisme; ces espérances n'ont été ni moins grandes, ni moins éphémères. Piedaguel, Aran et Trousseau les partagèrent, on ne l'a pas oublié, et préconisèrent le vératrum contre cette affection au double titre de sédatif et d'antipyrétique. C'était presque l'antithermique analgésique des thérapeutes de l'époque. On l'a oublié depuis au profit d'autres agents plus fidèles. De tout temps, ce semble, la gloire des antithermiques analgésiques paraît avoir été bien éphémère.

Au demeurant, l'avis formulé naguère par M. E. Labbée continue de prévaloir. Oui, sans doute, le vératrum abaisse le pouls des fébricitants; oui, sans doute, il agit sur la tension sanguine; mais s'il modifie leur température c'est en provoquant une sorte de collapsus; cette remarque a suffi et suffira longtemps encore, pour modérer l'engouement et engager les thérapeutes à faire un discret usage d'un antithermique si peu fidèle et parfois si dangereux.

Sa réputation comme *médicament nervin* est-elle mieux établie?

Elle date aussi d'assez loin. On a prescrit le vératre vert contre la chorée. On l'a essayé contre les névralgies, voire même contre l'épilepsie. On l'ordonne contre la maladie de Basedow.

Inutile de s'arrêter à son usage contre l'épilepsie. Nordough l'a tenté, sans succès, en 1879.

Contre les névralgies, M. Liégeois en a été plus satisfait: il a pu par l'ingestion quotidienne de quatre pilules de 1 centigramme d'extrait de vératrum débarrasser un névropathe d'une névralgie intercostale gauche. Cette guérison n'était pas une coïncidence, ajoute-t-il; car il a depuis longtemps constaté l'utilité d'administrer chaque jour dix à quinze gouttes de la teinture de ce végétal pour soulager le point de côté classique de la pneumonie.

N'est-ce pas, dirai-je à mon tour, le moment de rappeler que la vératrine possède, elle aussi, des vertus antinévralgiques? Il y a des affinités familiales qui sont peut-être moins intimes que celles-là.

On a fait fond, surtout Backer (*The Lancet*, t. I, p. 22, 1882), de son action de sédatif musculaire pour diminuer les convulsions choréiques. A l'instar de ce médecin anglais, M. Liégeois a vu que l'agitation cardiaque et les tremblements musculaires s'atténuaient sous l'influence de ce médicament. Très bien, mais depuis les succès de l'antipyrine ont fait oublier ces tentatives; cependant notre distingué confrère n'a pas abandonné le vératrum, et l'associe volontiers à l'antipyrine à titre de sédatif de l'excitabilité réflexe de la moelle chez les choréiques.

En 1879, une note, publiée à la page 185 du *Medical Record*, signalait les bénéfices que les basedowiens en retirent. Vers ce temps, M. G. Sée le recommandait chaleureusement, de préférence à la vératrine, dans les leçons qu'il professait à la clinique de la Charité. En 1886, dans un mémoire pour le prix Portal, M. Liégeois témoignait à son tour en faveur de cette application thérapeutique de l'ellébore vert. A la dose journalière de vingt gouttes, sa teinture a calmé, déclarait-il, le tremblement intense des membres chez une basedowienne. Il calme aussi les palpitations cardiaques, et selon l'heureuse expression de M. G. Sée, il se rapproche de la digitale, sans avoir l'inconvénient d'augmenter la pression vasculaire.

Tout récemment enfin, le 22 février dernier, à la *Société médicale des hôpitaux*, M. Guyot déposait à son tour en sa faveur par une observation dans laquelle la guérison se maintient depuis plusieurs années.

Un fait semble acquis, c'est qu'à la dose de quatre à six gouttes, répétée trois fois chaque jour et continuée pendant des semaines et des mois, le vératrum procure aux basedowiens un soulagement durable. Comment expliquer ces effets? Par une action du vératrum sur les centres nerveux bulbo-spinaux, qu'il modifierait à la manière de l'antipyrine?

---

le plus rapproché du manche, est le plus petit; la tête du tenon ne peut s'y engager qu'en passant d'abord par la grande boucle. Les manches métalliques ont leurs lames rivées directement sur les manches eux-mêmes. En Suisse, M. Demaurex construit des manches métalliques fenêtrés, démontables et unis à la lame au moyen d'une vis.

MM. Galante, eux aussi, réunissent les lames à l'instrument à l'aide d'un rivet très solide, sans aucune soudure.

Il ne suffit pas que les instruments soient ainsi facilement nettoyés et qu'ils soient aseptiques; les récipients qui les recouvrent doivent présenter les mêmes conditions. La maison Lüer a exposé une trousse de poche entièrement métallique, formée d'une boîte en métal renfermant des bistouris à manches métalliques, des pinces démontables, etc., placés sur des chevalets mobiles qu'on peut transporter tout chargés dans un vase rempli d'une solution antiseptique; la trousse tout entière est stérilisable à l'étuve.

Dans les boîtes d'instruments, également aseptiques, de MM. Galante, toutes les garnitures sont aussi supprimées; les instruments reposent sur des plateaux mobiles en bois dur où leur place est entaillée; les plateaux s'emboîtent dans des bassins métalliques nickelés, indépendants, sans coin ni saillie, qui peuvent recevoir la solution antiseptique où doivent plonger les instruments avant l'opération; ils sont calculés de telle sorte qu'ils peuvent contenir tout le matériel nécessaire à une intervention donnée et peuvent être stérilisés à l'étuve.

De là à construire des tables aseptiques, il n'y avait que des difficultés de détail à vaincre. Presque tous les fabricants en ont aujourd'hui, au moins un modèle, soit pour les opérations gynécologiques, soit pour toutes autres. Celle de la maison Mathieu est constituée ainsi qu'il suit : les pieds sont formés par un X en fer nickelé, qu'on peut élever à volonté au moyen de rallonges, de manière que le chirurgien puisse opérer assis ou debout et quelle que soit sa

On l'a dit; mais, comme je le déclarais plus haut, c'est formuler une simple hypothèse. En l'absence d'une étude physiologique moins incomplète de ce médicament, on la propose donc et on s'en contente. Soit, acceptons momentanément cette explication faute d'autres et considérons, avec M. Huchard, le vératrum comme un des « succédanés » de l'antipyrine dans le traitement du goitre exophthalmique.

Peut-on interpréter de même les bénéfices partiels que Backer et plus récemment Jewet en auraient retirés contre les convulsions de l'éclampsie puerpérale? Ce sont de bien modestes succès : les convulsions perdaient de leur intensité; mais l'infection, comme de juste, n'en évoluait pas moins. Il est vrai que, plus heureux, John Brown (de Williamsbourg) avait, avant eux, obtenu, dit-on, la guérison de l'éclampsie dans un cas où le malade ingérait deux cents gouttes de la teinture médicamenteuse.

Le doute n'est pas seulement le commencement de la sagesse philosophique, c'est aussi parfois, — n'est-ce pas? — celui de la sagesse thérapeutique.

IV

J'arrive à l'utilisation du vératrum viride comme *agent cardio-vasculaire*.

Il y a dix ans, Linon insistait déjà sur les analogies et les différences entre les propriétés du vératre vert et celles de la digitale. Tous les deux ralentissent le pouls, et tous les deux peuvent calmer les palpitations : le premier cependant agit plus promptement; la seconde plus durablement. L'une — infériorité notoire — s'accumule dans l'organisme ; c'est un inconvénient; l'autre est exempte de ce danger : voilà un avantage en faveur du vératrum. Est-ce à dire que le vératre vert peut remplacer la digitale? Pour répondre oui, il faudrait que le mode d'action de ces deux substances sur la pression artérielle fût identique.

A doses faibles, le vératre augmente la pression sanguine; c'est vrai : cette action vasculaire ressemble à celle de la digitale mais ne saurait la remplacer. A doses réellement thérapeutiques il en est autrement. Le vératre agit à la manière d'un agent dépresseur; c'est donc le médicament des cardiopathies avec hypertension artérielle.

Ceux qui prétendraient substituer le vératrum à la digitale, commettraient donc une erreur. Notons d'ailleurs que cette prétention téméraire n'a été formulée par aucun des partisans les plus enthousiastes du premier de ces médicaments. Ils se disaient bien dès l'abord : c'est un agent cardiaque. En sa qualité de médicament musculaire, il doit agir sur la fibre myocardique. Pour ce motif et pour un moment, l'emploi du vératre vert séduisit quelques thérapeutes. Un exemple suffit, je cite celui de Murrel (*The med. Times*, t. I, 1865, p. 2770), qui l'un des premiers le prescrivit contre les hypertrophies cardiaques. Les hypertrophies cardiaques résistèrent : il ne pouvait en être autrement; parfois les palpitations et l'arythmie diminuèrent. C'était un résultat; mais il était partiel, car dans d'autres cas elles ne cédèrent pas. Pourquoi?

C'est que l'opportunité d'administrer le vératrum est une question de tension artérielle. Celle-ci est-elle abaissée, et existe-t-il de l'hyposystolie, on prescrira la digitale : c'est le médicament des cardiopathes avec hypotension artérielle. Est-elle exagérée; existe-t-il de l'hypersystolie? L'heure où le vératrum viride pourra rendre des services est venue : c'est l'un des médicaments à employer contre les cardiopathies avec hypertension artérielle.

Ainsi donc, on peut l'ordonner contre les palpitations symptomatiques des lésions valvulaires compensées à l'excès. C'est là qu'il faut chercher la raison de ses succès ou de ses revers, souvent inexpliqués, dans le traitement des hypertrophies cardiaques.

On l'a trop considéré comme un médicament cardiaque; il aurait fallu le regarder, un peu plus, comme un médicament vasculaire.

Il est donc indiqué, d'après M. Liégeois, contre les arythmies cardiaques et les palpitations fonctionnelles avec hypertension artérielle et contre celles des cardiopathies artérielles au début, ou bien des cardiopathies valvulaires dans la période d'hypersystolie.

Ce n'est pas tout; M. H. Huchard donne l'appui de son autorité clinique à cette manière de voir. Il estime, en effet, dans ses récentes et remarquables *Leçons sur les cardiopathies artérielles*, qu'on peut l'utiliser contre les palpitations de la puberté, de la première période de l'artériosclérose et aussi peut-être, ajouterai-je à mon tour, contre celles de la période cataméniale, du tabagisme, du théisme et des névropathes.

Voici une objection : pourquoi, dira-t-on, préférer le vératrum vert à la vératrine? Elle aussi diminue la pression artérielle. Pour répondre, il me faudrait entrer dans le débat actuellement pendant sur la valeur thérapeutique relative des alcaloïdes et des végétaux d'où ils proviennent.

---

taille. Sur ces pieds est la table elle-même, formée de quatre plaques métalliques nickelées percées de trous à 5 ou 6 centimètres de distance, consolidées et fixées par un cadre formé par une grosse tringle cylindrique en métal; à la partie antérieure du cadre peuvent s'adapter les jambières pour ovariotomie ou les montants de Doléris. L'opération terminée, sur le ventre par exemple, les deux valves qui soutiennent le bassin peuvent se détacher au milieu et s'abaisser, la tringle formant charnière en dehors; on peut alors entourer le ventre d'un pansement ouaté sans être obligé de soulever la malade. L'opération a-t-elle porté sur le tronc, la poitrine, une amputation du sein par exemple, on peut abaisser de même les valves supérieures et faire un pansement ouaté autour du corps. Le pansement terminé, on retire tout ce qui tient au cadre, jambières ou montants; on remet en place les valves, on prend la table par deux poignées fixées de chaque côté, on l'enlève de l'X et on transporte ainsi l'opéré dans son lit. Pour enlever les valves sans soulever celui-ci, la table peut se séparer en deux parties, en son milieu ; on retire successivement chaque moitié droite et gauche, et la chose est faite.

M. Mariaud a construit une nouvelle table d'opération en acier, qui se compose de deux parties, dont un lit à ovariotomie, pouvant se plier de façon à n'avoir que 20 centimètres de haut et d'une rallonge pour les opérations sur les membres. Elle peut, en outre, être transformée en lit à laparotomie par l'adjonction de deux gouttières pour les jambes, remplaçant la rallonge. Très légère et pliée, elle peut être emportée en voyage très facilement ; des crémaillères permettent d'opérer debout ou assis ; les pieds se plient comme les autres parties, si bien que l'appareil peut tout entier tenir dans une boîte n'ayant que 20 centimètres de hauteur.

La plupart des instruments chirurgicaux construits depuis plusieurs années ont été présentés soit à l'Académie de médecine, soit à la Société de chirurgie ; on nous per-

Je m'en garde bien et je me contente après Von der Heide (*Arch. für experim. Path.*, 1885, Bd XIV), après M. Liégeois et je l'avoue, après tout le monde, de rappeler les dangers de l'administration continue de la vératrine et son action irritante sur la muqueuse gastro-intestinale. A égalité d'effets thérapeutiques, voilà donc un motif pour lui préférer le vératrum, que le malade peut ingérer pendant longtemps sans troubles digestifs et sans effets cumulatifs.

Que ces faits servent d'arguments aux plaideurs dans le procès dont je parlais tout à l'heure; cela est d'intérêt secondaire. Qu'ils justifient en partie l'emploi de ce remède, c'est là ce que je retiens, et c'est là ce qui nous importe à nous autres praticiens.

V

Comment administrer ce médicament? On peut le prescrire sous la forme d'extrait alcoolique et en pilules à la dose de 1 à 5 centigrammes par jour. Cette préparation n'est guère en faveur.

On peut ordonner la solution au centième de son extrait aqueux à raison de dix à vingt gouttes; cette formule n'est guère adoptée. On lui préfère généralement la teinture alcoolique obtenue par macération, et pour ma part je l'administre à la dose quotidienne de dix à vingt gouttes.

Pour compléter cet abrégé de l'histoire thérapeutique du vératrum, il me faudrait citer encore l'emploi qui en a été fait par Ragland contre la dysenterie (*Rankings Abstract.*, 1878, t. II, p. 177), par Backer contre la fièvre puerpérale (*Med. Times and Gaz.*, 1858 et 1859), enfin par Jones contre les laryngites. A quoi bon? Les fantaisies thérapeutiques ont été de tous les temps. Il y a eu, il y a encore et il y aura toujours des thérapeutistes à l'imagination trop féconde. On s'égare quand on veut les suivre.

Je reste donc sur les chemins fréquentés et je me résume en disant : les échecs justifiés du vératrum viride en tant qu'agent antithermique ne doivent pas mettre en oubli ses propriétés cardio-vasculaires et ses vertus nervines. M. Liégeois avait donc quelque courage de rappeler ces vertus, dans un temps où la renommée bien éphémère de certains remèdes nouveaux fait trop négliger l'étude plus modeste et cependant féconde des médicaments anciens.

La chimie n'a pas fait connaître tous les principes auxquels le vératrum viride emprunte son activité. La physiologie n'en a pas déterminé exactement l'action sur les animaux. L'observation clinique de ses effets est incomplète.

Bref, au laboratoire et au lit du malade cette drogue est encore à étudier.

Ch. Éloy.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

De la médication antiseptique de la fièvre typhoïde des enfants par le naphtol.

A l'instar de la méthode employée par M. Bouchard chez l'adulte, on peut, comme M. Legroux le fait, prescrire la médication par le naphtol aux jeunes typhoïsants.

Voici les indications de cette médication :

1° Prescrire, dès que la maladie est confirmée, une dose purgative de calomel, 30 à 60 centigrammes, et la faire ingérer en deux prises;

2° Deux jours après, administrer le naphtol seul ou associé au salicylate de bismuth ou bien au salicylate de magnésie.

Existe-t-il une diarrhée de *moyenne* intensité?

Prescrire toutes les heures un des paquets suivants :

Naphtol β........................ 2 grammes.

F. s. a. et diviser en 10 paquets.

La diarrhée est-elle *abondante?* Faire ingérer d'heure en heure un des paquets ainsi formulés :

Naphtol β....................
Salicylate de bismuth......... } ãã 2 grammes.

Pour 10 paquets.

Prendre 10 paquets dans les vingt-quatre heures.

3° Il y a de la constipation? Remplacer le salicylate de bismuth par le salicylate de magnésie, administrer le médicament de la même manière. On formulera donc :

Naphtol β....................
Salicylate de magnésie........ } ãã 2 grammes.

Pour 10 paquets.

Ch. Éloy.

mettra en conséquence de ne signaler que ceux qui caractérisent le mieux les tendances de la chirurgie actuelle.

Dans l'importante exposition de la maison Collin, nous avons tout particulièrement remarqué : le davier-trépan de Farabeuf destiné, une fois une première couronne de trépan effectuée, à agrandir, par l'ablation successive de petites portions d'os du crâne en forme de croissant ou de cercle, le pourtour de l'orifice déjà obtenu. De cette façon, on peut explorer une portion plus étendue de la substance cérébrale quand on n'a pas rencontré la lésion du premier coup. Cet appareil se compose, comme un davier, de deux branches articulées; l'un des mors (branche d'appui ou branche morte) est constitué à son extrémité par une petite plaque de métal circulaire qu'on insinue sous la voûte crânienne par la couronne de trépan déjà faite. Sa face supérieure est pourvue à son centre d'une petite pointe aiguë qui s'enfonce dans l'os et qui sert à maintenir l'instrument en place. L'autre branche (branche active) est pourvue d'une couronne de trépan, qui vient s'appliquer fortement sur la face externe des os du crâne, immédiatement au-dessus de la plaquette de l'autre branche, là où l'os doit être attaqué. Cette couronne est mise en mouvement par un mécanisme spécial, analogue à une clef anglaise : l'articulation est à tenon, elle est double. L'instrument est démontable et peut être stérilisé à l'étuve. Notons aussi un ouvre-bouche ou écarteur des mâchoires; une pince courbe pour l'ablation des polypes du nez; des aiguilles Reverdin à pédale; la seringue de Straus pour injections aseptiques, à piston en verre de sureau et à verre non collé; la seringue à injections sous-cutanées ou intra-musculaires de Gimbal; la seringue à instillations de Guyon; la seringue à quantités dosées de Roux pour les vaccinations chez les animaux; la seringue à injections anatomiques de Farabeuf; une pince à langue pour l'anesthésie, imaginée par Lucas-Championnière et modifiée par Berger; une série de lithotriteurs à bascule; un crochet destiné à extraire de la vessie de la femme les épingles

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

De l'apparition tardive des kystes dermoïdes, par M. le docteur Etienne Rollet (de Lyon).

(Fin. — Voy. le numéro 39.)

Certains kystes dermoïdes que leur siège superficiel rend facilement accessibles à l'exploration ne se montrent donc réellement que vers l'âge adulte. M. Poncet admet que dans ces cas la tumeur congénitale sommeille et reste à l'état latent. Peut-être sans une cause occasionnelle ne se serait-elle jamais révélée. Dans quelques observations, on a, en effet, noté l'apparition de la tumeur après un traumatisme, qui paraît avoir joué, vis-à-vis d'elle, le rôle de cause occasionnelle et irritative. Il a fallu ce coup de fouet traumatique pour que la tumeur latente révélât sa présence.

L'observation suivante semblerait le prouver :

Obs. IX. *Femme de trente-deux ans; kyste dermoïde fessier remarqué sept mois auparavant à la suite d'un traumatisme.* — R... (Claudine), trente-deux ans, entrée dans le service de M. le professeur Poncet, le 5 avril 1887, salle Saint-Paul, Hôtel-Dieu.

Adénites sous-maxillaires suppurées dans son enfance. Il y a sept mois environ, chute dans un escalier sur la fesse gauche.

En se relevant, la malade constata que, au point où le traumatisme avait eu lieu, siégeait une tumeur volumineuse. Dans la suite, une ecchymose apparut, et celle-ci disparue, il resta une tumeur que la malade n'avait pas remarquée auparavant. La malade entre à l'hôpital pour cette tumeur. Elle est molle, fluctuante, indolore, du volume d'un œuf; elle présente les caractères d'un hématome.

Le 19 avril. — Incision de la tumeur; il s'écoule un liquide séro-sanguinolent, mélangé de gouttelettes graisseuses. M. Poncet enlève une poche à paroi épaisse, d'apparence cutanée. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un kyste dermoïde.

Dans cette observation, le kyste dermoïde est resté latent pendant trente-deux ans, et le traumatisme a été la cause déterminante de son apparition. Peut-être la tumeur avait-elle déjà auparavant un certain volume. Son indolence, son siège dans une région rarement explorée, laissent place au doute. Dans tous les cas, son accroissement est devenu manifeste après une contusion.

Cet accroissement des kystes congénitaux, après un traumatisme, nous l'avons noté plusieurs fois, entre autres chez le malade dont nous rapportons l'histoire quelques lignes plus loin et qui a vu vers l'âge de trente-six ans, après une chute violente sur la tête, survenir deux tumeurs cervicales.

Obs. X. *Homme de cinquante et un ans; kystes dermoïdes de la tête remarqués à l'âge de trente-six ans. Traumatisme.* — D... (Jules), âgé de cinquante et un ans, entré dans le service de M. le professeur Poncet, salle Saint-Louis, n° 70, Hôtel-Dieu, février 1889.

Fracture probable du crâne il y a quelques années, pas d'autres antécédents pathologiques.

Il y a quinze ans environ il vit après sa chute sur la tête une tumeur se développer vers la région mastoïdienne droite, puis bientôt une deuxième tumeur apparut au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure. Ces deux tumeurs sont du volume d'un marron, elles sont fluctuantes et la peau à leur niveau n'est pas recouverte de poils. Teinte rougeâtre de la peau sans phénomènes inflammatoires appréciables.

M. Poncet pratique l'extirpation de ces deux kystes et par l'examen histologique on reconnaît que la poche a le caractère d'un kyste dermoïde. Les deux kystes sont en somme réunis vers la même fente branchiale.

Mais le traumatisme peut-il n'être que la cause occasionnelle d'apparition de kyste, ne peut-il pas en être la cause originelle?

M. Masse (de Bordeaux) (*Congrès de chirurgie*, Paris, 1885) a donné il y a quelques années à la théorie de l'enclavement une sanction expérimentale. Depuis lors, M. Gross (de Nancy) (*Revue médicale de l'Est*, 1884) a décrit des tumeurs perlées des doigts, dues aux éléments épithéliaux refoulés vers les parties profondes au moment d'un traumatisme et qui, subissant une véritable implantation, deviennent les germes d'une tumeur. Poulet (*Bull. Soc. chirurgie*, 1886, p. 461) a rapporté un cas de kyste dermoïde du doigt, d'origine traumatique, et tout dernièrement M. Kirmisson (*Dict. encycl. des sc. médicales*, Kystes, 1889) se demande s'il n'y a pas lieu de décrire à côté des kystes dermoïdes congénitaux, des kystes dermoïdes acquis et dûs à l'enclavement accidentel de lambeaux épidermiques dans la profondeur des tissus.

Dans les faits que nous avons rapportés précédemment, on ne peut invoquer pareille pathogénie. Elle nous semble également devoir être écartée dans l'observation suivante, où il s'agit d'une jeune fille âgée de vingt-six ans, qui portait une tumeur dermoïde apparue dans l'enfance peu après une chute sur la tête. Nous n'avons, en effet, comme témoignage, que celui de la mère, et la simple indication d'une chute vers l'âge de six mois ne saurait nous suffire pour admettre une inclusion traumatique d'un fragment cutané.

Obs. XI. *Fille de vingt-six ans; kyste dermoïde frontal, développement lent et progressif depuis l'enfance. Traumatisme antérieur.* — B... (Marie), vingt-six ans, entrée dans le service de M. le professeur Poncet, Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, le 8 janvier 1887.

La malade se rappelle avoir toujours eu une tumeur au front. A l'âge de treize ans elle offrait le volume d'un œuf. Peu à peu

---

à cheveux, qui a été utilisée trois fois avec succès; une pince pour extraire de la vessie de l'homme des corps étrangers cylindriques, courts et un peu gros, tels que des crayons ; des explorateurs variés; un spéculum de Cusco articulé, à valves démontables, avec articulations à tenon ; de nombreux instruments de gynécologie, tels qu'un ligateur à long manche, le dilatateur utérin de Segond ; en obstétrique, l'écarteur de Tarnier et enfin plusieurs membres artificiels des plus ingénieux, ainsi que l'appareil de Lannelongue pour l'extension continue chez les enfants et celui de Trélat pour le pied bot.

(*A suivre.*)

Corps de santé militaire. — Ont été promus : *Au grade de médecin principal de deuxième classe:* M. le médecin-major de 1re classe Roux.

Au grade de médecin-major de première classe : M. le médecin-major de 1re classe Lelorrain.

Corps de santé de la marine. — Ont été promus: *Au grade de directeur du service de santé:* M. le médecin en chef Martialis.

Au grade de médecin en chef: M. le médecin principal Gardies.

Au grade de médecin principal : M. le médecin de 1re classe Bohan.

Au grade de médecin de première classe : MM. les médecins de 2e classe du Bois Saint-Sévrin, Durbec, Gauran, Castellan, Salaun et Pons.

la tumeur a augmenté de volume, l'apparition des règles n'a point accru son développement. Sa mère a constaté cette tumeur dès son plus bas âge et l'attribue à une chute du haut d'un berceau.

Actuellement cette tumeur siège sur le milieu du front, elle a le volume d'une mandarine et répond à la suture médio-frontale. Elle est dure, rénitente et non réductible.

Le 11 janvier. — Ponction aspiratrice; par la pression on fait sourdre une matière blanchâtre et graisseuse.

Le 13. — Extirpation de la tumeur par M. Poncet.

Le contenu de la tumeur est formé de matières grasses et de cheveux. La poche présente à sa partie interne quelques cheveux. L'examen histologique montre que la paroi est constituée par une couche épidermique et un derme épais avec glandes sébacées et follicules pileux.

M. Trélat (Josias, *Soc. clin.*, 1878) en 1878 a opéré un kyste dermoïde de la région trochantérienne chez une femme âgée de quarante-six ans, survenue trois ans après un traumatisme. En 1879, M. Gironde (*Lyon médical*, p. 541) a rapporté un cas de kyste dermoïde de la région mastoïdienne, développé selon lui à la suite d'un coup de pierre.

On voit donc que l'on devra toujours rechercher dans les antécédents du malade s'il existe un traumatisme antérieur.

En tout cas, si l'observation XI peut laisser subsister des doutes au sujet de l'action du traumatisme comme cause d'un kyste dermoïde, il n'en pouvait être de même de l'observation XII, qui nous paraît tout à fait confirmative des expériences de M. Masse.

Obs. XII. *Homme de trente-cinq ans; kyste dermoïde du milieu du sourcil survenu après un traumatisme remontant à quatorze ans.* — X..., âgé de trente-cinq ans, se présente à la consultation de M. Poncet. Il est porteur d'une tumeur du volume d'un pois siégeant au milieu du sourcil gauche et donne les renseignements suivants :

Étant au régiment en 1875, chute sur la tête et plaie au sourcil. Guérison au bout de quinze jours, mais persistance d'une tumeur de la grosseur d'un petit pois au niveau de la cicatrice.

En 1883, cette tumeur ayant le volume d'un œuf de pigeon, il se fait opérer à Paris à l'hôpital Saint-Louis. En 1886, la même tumeur apparaît de nouveau, seconde opération. Depuis deux ans environ, nouvelle réapparition de la petite tumeur. Opération faite par M. Poncet, extirpation; l'examen histologique montre qu'il s'agit d'un kyste dermoïde exclusivement épidermique.

Pour nous résumer, parmi les douze observations que nous avons recueillies dans le service de M. Poncet, il en est cinq où le kyste dermoïde a été constaté dès l'enfance. Son volume maximum, qui a déterminé une intervention chirurgicale, a été atteint à seize, dix-sept, vingt-quatre, vingt-six et vingt-huit ans. Dans sept cas, la tumeur est survenue à quinze, dix-neuf, vingt et un, vingt-huit, trente et un et trente-six ans, soit à un âge moyen de vingt-trois à vingt-quatre ans. L'opération a été pratiquée à seize, vingt et un, vingt-cinq, trente, trente-deux, trente-cinq et cinquante et un ans, c'est-à-dire en moyenne vers l'âge de trente ans. Il résulte donc de nos observations que, si les kystes dermoïdes apparaissent souvent chez l'enfant en bas âge et prennent plus ou moins rapidement un volume qui rend l'opération nécessaire, parfois aussi leur évolution est différente.

Le kyste d'un volume insignifiant pendant l'enfance, augmente au moment de la puberté; le chirurgien n'intervient alors qu'à un âge plus avancé, qui a varié dans les cas que nous avons cités de seize à vingt-huit ans.

Parfois la tumeur, dont on n'avait pas constaté l'existence pendant l'enfance, ne se montre qu'après la puberté, à l'âge adulte; dans ces faits, il s'agit d'une apparition tardive, c'est ainsi que le malade de notre observation X a été opéré à l'âge de cinquante et un ans.

La question d'âge ne saurait donc au point de vue du diagnostic avoir une valeur aussi grande qu'on le pense généralement. Dans le développement des kystes dermoïdes, il faut aussi grandement tenir compte de certaines causes occasionnelles, telles que la puberté, la grossesse, un traumatisme antérieur. Cette dernière cause peut agir de deux façons bien différentes, soit en provoquant la prolifération d'éléments cutanés congénitalement inclus, soit en les faisant pénétrer au sein des tissus sous-jacents (obs. XII).

Au point de vue du traitement, la seule intervention vraiment curative est l'ablation complète de la tumeur, alors que l'on a pris soin d'enlever la poche dans sa totalité.

Cette extirpation nous paraît soumise à certaines règles opératoires, qui la rendent plus facile. C'est ainsi que la poche, suivant M. Poncet, ne saurait être le plus souvent disséquée avec son contenu. En raison de ses adhérences à la peau, aux parties profondes, alors qu'il est nécessaire de voir exactement ce que l'on fait, il est préférable de l'inciser suivant son plus grand diamètre, et de la disséquer après l'évacuation de son contenu.

La tumeur a-t-elle de grandes dimensions, on donnera la préférence à l'incision cruciale, qui permet une énucléation plus rapide et plus facile. Aujourd'hui, du reste, avec l'absence de suppuration, la forme et l'étendue des incisions sont sans importance, il faut avant tout avoir du jour pour opérer bien et rapidement.

Il est telles circonstances cependant où l'excision complète de la poche ne saurait être conseillée, c'est ainsi que la nécessité de ménager le facial, par exemple, ou de gros troncs vasculaires adhérents à la paroi, imposera une ablation partielle. M. Poncet a dû plusieurs fois, pour des tumeurs congénitales volumineuses de la région cervico-faciale, procéder de la sorte. Si l'on a soin alors, comme il l'indiquait au Congrès de chirurgie de 1887, de vider la poche, de panser antiseptiquement à plat, on peut compter sur une guérison définitive. Dans ces opérations, l'anesthésie doit être particulièrement surveillée; il résulte, en effet, des observations publiées par M. Poncin (Thèse de Lyon, 1889, *Des accidents survenant pendant l'anesthésie dans l'ablation des tumeurs congénitales de la face et du cou*), que l'anesthésie par l'éther expose davantage à des accidents d'asphyxie.

CORRESPONDANCE

Mort subite après une injection d'éther.

Nous avons publié il y a quelques semaines (n° 36) une lettre de M. le docteur Giquel (de Vannes), rapportant une observation de mort subite survenue à la suite d'une injection d'éther. En accueillant cette communication, signée du nom d'un médecin qui s'en portait garant, nous ne pouvions discuter les hypothèses émises par son auteur. La lettre de M. le docteur de Closmadeuc (n° 38) nous a appris qu'il s'agissait non d'un fait observé par M. le docteur Giquel, mais bien d'un accident survenu, il y a près de dix années, dans des conditions différentes de celles qui avaient motivé la lettre que nous avions insérée. Notre très honorable confrère M. le docteur Mauricet nous écrit à son tour pour protester contre le récit de son confrère. Il nous apprend que l'hypothèse émise par M. le docteur Giquel ne repose sur aucun fondement scientifique. Sans doute, au mois de juin 1880, un malade soigné par M. le docteur Mauricet et vu en consultation par M. le docteur Fonssagrives a succombé après une injection sous-cutanée d'éther; mais celle-ci faite à la partie externe de l'avant-bras droit n'avait lésé aucun vaisseau, puisque ni au moment de l'introduction de l'aiguille, ni après sa sortie aucune gouttelette de sang n'était apparue. D'autre part, aucune constriction n'avait pu être faite au-dessus de la région où la piqûre avait été pratiquée, puisque le malade était déshabillé et que sa chemise seule avait été relevée. Enfin, il convient de faire remarquer que ce malade était un cardiaque arrivé à un état d'asystolie grave. Comme le fait remarquer M. de Closmadeuc, il ne s'agit donc dans l'observation rapportée incomplètement par M. Giquel, que d'un accident subit indépendant de la piqûre hypodermique.

En terminant la lettre qu'il nous adresse M. le docteur Mauricet exprime le regret que son confrère ait fait publier, pendant son absence, une observation dont il aurait pu, si elle lui avait été communiquée, préciser et rectifier les détails. Dès son retour à Vannes, il a tenu à protester contre un récit qui ne repose que sur des allégations vagues. La question scientifique de l'opportunité des injections hypodermiques ou des inconvénients qu'elles peuvent présenter n'a donc rien à voir avec le fait en question.

De son côté, M. le docteur Giquel nous écrit pour affirmer qu'en demandant la publication d'une observation qu'il avait tout lieu de croire exactement rapportée, il n'avait d'autre intention que de savoir si des accidents semblables avaient été observés par d'autres médecins. Le débat nous semble donc définitivement clos.

A propos de la bronchite syphilitique chez les adultes.

En lisant les travaux de MM. Dieulafoy et Taberlet sur la syphylose des voies respiratoires et en particulier sur la bronchite syphilitique, je n'ai pu résister au désir d'apporter un modeste contingent sur ce sujet, en rapportant dans l'observation suivante un cas de bronchite syphilitique chez un malade de ma clientèle.

F. M..., âgé de trente-huit ans, est venu me consulter pour une bronchite dont il est atteint depuis deux mois environ. A l'auscultation je note dans les deux poumons des râles muqueux, gros et abondants vers la base des poumons principalement. Toux fréquente, expectoration très abondante, mais difficile; un peu de fatigue pulmonaire. Pas d'antécédents de tuberculose; le père du malade a succombé à une lésion cardiaque; sa mère n'a jamais souffert des poumons.

Considérant la maladie comme une bronchite simple, je prescris les expectorants connus, les balsamiques et quelques révulsifs. Après une trentaine de jours de ce traitement je ne constate aucune amélioration. C'est alors que, très découragé, F. M... me rappelle que quelques mois auparavant il avait été atteint d'une bronchite non moins grave que celle-ci et qu'il n'avait guéri qu'après avoir subi un traitement antisyphilitique motivé par d'anciens accidents spécifiques.

Je m'empresse de déférer à cet avis et de prescrire la médication suivante :

Sirop de baume de Tolu....	300 grammes.
Bi-iodure de mercure.......	10 centigrammes
Iodure de potassium..........	10 grammes.
Arséniate de soude........	5 centigrammes.

A prendre de deux à trois cuillerées à soupe dans la journée.

L'amélioration fut très rapide et elle se maintint assez longtemps pour qu'il soit possible d'en inférer qu'il s'agissait d'une bronchite syphilitique.

Je me borne à citer ce fait qui me semble de nature à engager les médecins à ne point oublier, dans les cas de bronchite rebelle, de s'enquérir des antécédents de leurs malades.

Dr Cursino de Moura.

Taubaté (Brésil), le 18 août 1889.

REVUE DES CONGRÈS

Troisième Congrès de la Société allemande de gynécologie tenu à Fribourg en Brisgau du 12 au 14 juin.

(Suite. — Voyez les numéros 29 et 33.)

Gynécologie (1).

Sur la tuberculose génitale, par M. *Werth* (de Kiel). — L'auteur ne s'occupe que des déterminations justiciables de la chirurgie, et par conséquent avant tout de la salpingite tuberculeuse. Les lésions tubaires de la tuberculose généralisée l'arrêtent peu, avec leurs caséifications étendues. Les salpingites tuberculeuses isolées sont plus importantes; là la paroi tubaire est épaissie, infiltrée, mais non caséeuse, les bacilles sont rares. Le contenu, formé de pus tuberculeux, peut acquérir une grande abondance. Ainsi, en 1885, Werth a enlevé une trompe qui contenait 2 litres de liquide. La malade est morte un an après, avec des symptômes d'hémorrhagie interne. Une autre observation concerne une phthisique de vingt-deux ans, qui souffrait dans le ventre depuis trois mois et portait une tumeur de chaque côté de l'utérus. Laparotomie. Guérison. Il y avait des bacilles dans le liquide tubaire. Lorsqu'il y a péritonite tuberculeuse, même, Hégar conseille l'ablation des trompes; dans un cas de ce genre, Werth s'est borné à évacuer le liquide péritonéal par une incision, et la malade se porte bien. *Elischer* (de Budapest) appuie cette manière de voir. Il est partisan de l'incision et non de la ponction, mais la façon de se comporter vis-à-vis des trompes ne peut être fixée à l'avance. *Hégar* (de Fribourg en Brisgau) rectifie, il est vrai, l'assertion qu'on lui prête. Il conseille d'enlever les trompes quand elles sont la cause du mal et qu'autour d'elles le péritoine n'est pas trop malade. Dans les autres circonstances il n'a jamais rien dit de semblable.

Ventro-fixation, par M. *Küstner* (de Dorpat). — Küstner vient toujours à bout des rétroflexions mobiles par le traitement orthopédique. Pour les adhérentes, il ne fait la laparotomie que quand la méthode de Schultze a échoué. C'est en effet, en principe, une opération défectueuse chez les femmes encore exposées à une grossesse, car deux fois Küstner a noté l'avortement chez des femmes qui avaient subi l'hystéropexie. *Frommel* (d'Erlangen) pense à peu près de même pour cette opération qui, en somme, substitue une position vicieuse à une autre. *Sänger* (de Leipzig) a pratiqué douze fois la ventro-fixation, dont sept fois après castration. Des cinq autres malades, une en est actuellement au cinquième mois d'une grossesse assez pénible au début (douleurs, quelques pertes sanguines). Une fois il y a eu récidive. *Veit* (de Berlin) pense que si l'on fait la castration, la ventro-fixation est inutile; si la rétroflexion se produit, elle n'aura plus guère d'inconvénients. Contrairement à Küstner, il ne croit guère à la possibilité de la restitution *ad integrum* par la mobilisation et le redressement. D'après *Skutsch* (d'Iéna), la méthode de Schultze ne doit pas être brutale. Il faut rompre les adhérences avec précaution, et au besoin en plusieurs séances. On doit toujours l'essayer avant d'en venir à la laparotomie. *Ziegenspeck* (de Munich) prend parti contre la ventro-fixation pour le massage de Thure-Brandt. *Hégar* a fait une ventro-fixation; quoique les sutures fussent faites au fil de soie, l'utérus s'est à nouveau déplacé. Hégar est opposé à la ventro-fixation, même pour les rétroversions adhérentes. *Léopold* (de Dresde) pense que c'est une opération à n'entreprendre qu'après mûre réflexion, mais qui donne certainement de bons résultats.

Dégénérescence micro-cystique des ovaires, par M. *Butius* (de Fribourg en Brisgau). — On a dit qu'il s'agit là d'un processus physiologique, c'est une erreur, et le processus est bien pathologique, irritatif. L'irritation relève des causes les plus diverses, mais surtout des tumeurs ovariennes, des fibromes utérins, des phlegmasies péritonéales. Les lésions des follicules sont constantes, mais non celles du stroma. L'altération folliculaire n'est donc pas secondaire. D'autre part, on trouve parfois de petits kystes uniloculaires, gros comme une noisette ou une châtaigne, qui ont une paroi lisse et brunâtre. On en fait parfois des corps jaunes, devenus kystiques. En réalité, il s'agit en général de follicules dilatés dans lesquels se sont faites des hémorrhagies.

Fistule urétéro-vaginale, par M. *Kehrer* (de Heidelberg). — La fistule a été faite au cours d'une opération chirurgicale pour myome utérin par la voie vaginale (énucléation après amputation du col). Vu l'échec ordinaire des opérations plastiques dans les cas de ce genre, Kehrer a immédiatement pris la résolution de n'y pas recourir. Il a donc établi une fistule vésico-vaginale, puis il a fait l'occlusion du vagin quelques mois après. Pour obtenir une fistule vésico-vaginale permanente, il ne lui a pas suffi de suturer les deux muqueuses après incision complète; il a vu la cicatrisation se produire. Il a dû réséquer un morceau de la cloison, ayant environ 2 centimètres de diamètre. C'est une opération à tenter avant d'en venir à la néphrectomie.

Salpingites, par M. *Skutsch* (d'Iéna). — Observations pour démontrer qu'on peut se passer parfois de l'ablation des annexes. Sur une jeune femme de vingt-huit ans, stérile, une hydro-salpingite fut diagnostiquée, avec occlusion de l'orifice abdominal de la trompe. Laparotomie, évacuation de liquide par la ponction.

(1) D'après le *Centralblatt f. Gynäkologie*, juillet et août 1889, nos 27 et suivants.

Puis un orifice fut créé, par résection, à l'extrémité libre de la trompe et la muqueuse y fut suturée à la séreuse. Introduite par là, une sonde pénétra facilement, des deux côtés, dans l'utérus. Cette *salpingostomie* guérit bien. Martin, Wallau, Schröder, ont fait des opérations semblables, intéressantes, car elles sont conservatrices et permettent une conception ultérieure.

Discussion sur la grossesse extra-utérine. — Les deux rapporteurs se sont partagé la question de la manière suivante: *Veit* (de Berlin) s'occupe des grossesses n'ayant pas dépassé cinq mois; les cas plus anciens sont réservés à *Werth* (de Kiel). Sur les cas récents, Veit pense que la masse fœtale peut toujours être enlevée en totalité; la grossesse abdominale primitive est encore douteuse (quoique en 1876 Fick en ait décrit une pièce, aujourd'hui présentée, il est vrai, par *Küstner* et attribuée par lui à une grossesse ovarienne), la grossesse ovarienne est attaquable comme une tumeur de l'ovaire; la grossesse tubaire est facile à opérer tant qu'elle ne s'est pas rompue ou qu'elle ne s'est pas incluse dans le ligament large. Une des difficultés est de poser un diagnostic précoce, car on n'a pour cela à cette époque que des signes de probabilité, et dans la discussion *Olshausen* a insisté sur ce fait que la persistance de la menstruation induit ici souvent en erreur. Dès le diagnostic posé il faut intervenir, et *Werth* a bien montré que la vie de l'enfant ne doit pas entrer en ligne de compte; le fœtus doit être considéré comme non viable.

Le traitement de la grossesse au début de ses complications comporte les moyens suivants: les injections de morphine dans la poche fœtale, l'électrisation, la laparotomie. *Winckel* préconise les injections de morphine, et il a présenté au Congrès une femme guérie de la sorte; il a relaté neuf observations, à des périodes variées. Souvent il suffit d'une seule injection. Mais la plupart des chirurgiens qui ont pris part à la discussion ne sont pas enthousiastes de la méthode: *Freund*, *Schwarz*, *Olshausen* sont, comme les rapporteurs, partisans, en principe, de la laparotomie précoce, d'autant que la mort des fœtus ne met pas à l'abri des accidents ultérieurs de rupture et d'hémorrhagie intra-péritonéale.

En présence d'une grossesse rompue dans le péritoine, *Veit* conseille de distinguer les cas où on sent encore à la palpation une tumeur limitée et ceux où, au contraire, la tumeur a disparu. Pour les premiers, on différera l'opération pour se procurer un outillage approprié. Pour les seconds, l'indication vitale est de laparotomiser immédiatement.

Passé le cinquième mois, dit *Werth*, l'opération devient plus compliquée, et jusqu'en 1880 Litzmann n'avait pu trouver qu'une laparotomie heureuse. De 1880 à 1887, sept cas mortels. Mais depuis, neuf cas avec deux morts seulement; dans l'un, il y avait des adhérences considérables (Braun); dans l'autre, la septicémie était antérieure à l'acte chirurgical. Donc, il faut opérer et, si possible, pratiquer l'ablation totale de la poche. Le traitement du placenta est délicat. Avec Freund, on peut le saupoudrer d'un mélange de tanin et d'acide salicylique; pratique qui cependant ne met pas complètement à l'abri de l'hémorrhagie. Toutes les fois que c'est possible il faut l'extirper en entier.

Les opérations par le vagin sont de beaucoup inférieures à la laparotomie. Werth conseille cependant, avec Hermann, d'y avoir quelquefois recours lorsque la poche est suppurée.

Freund junior (de Strasbourg) a communiqué deux opérations heureuses pour grossesse extra-utérine rompue et ayant causé une hémorrhagie intra-péritonéale. Dans les deux cas, il n'est pas intervenu dès la première alerte, mais a mis la malade en observation; puis, quelques jours après, les accidents ayant récidivé, il a immédiatement ouvert le ventre.

Schwarz (de Halle), quatre laparotomies, dont une après rupture. Il pense que Veit exagère la facilité de l'opération. Une fois, il a eu à vaincre de très grandes difficultés d'hémostase pour un kyste fœtal intra-ligamentaire.

Olshausen (Berlin), cinq opérations récentes, pour des grossesses déjà avancées (deux à terme). Deux ablations complète; deux sutures de la poche à la paroi (dont une avec ablation du placenta); une fois le fœtus était au milieu des anses intestinales. Les opérations par la voie vaginale sont en principe mauvaises.

Wiedow, une laparotomie heureuse; le fœtus était presque à terme.

Abcès pelviens. — M. *Wiedow* (de Fribourg en Brisgau) insiste sur la difficulté de deux points de diagnostic: 1° la collection est-elle intra ou extra-péritonéale; 2° est-elle ou non purulente. Dès que l'on a reconnu la présence du pus, il faut opérer. A ce point de vue, trois catégories sont à établir: 1° abcès pointant sous la peau ou sous la muqueuse; là, incision simple, avec une contre-ouverture qui a de l'importance; 2° abcès dans la profondeur du bassin. Il faut les aborder par la laparotomie (incision en deux temps), ou par la résection du sacrum et du coccyx. Wiedow a présenté une malade opérée de salpingite par cette dernière voie. Pour les abcès extra-péritonéaux, on peut passer par la fosse ischio-rectale ou par la voie périnéale, récemment préconisée par Zuckerkandl, pour l'extirpation de l'utérus; 3° abcès fistuleux où, suivant le cas, on agit comme dans l'une ou l'autre des deux catégories précédentes. *Elischer* montre bien la nécessité d'une opération précoce; sans cela, la dégénérescence amyloïde des reins vient rapidement compliquer l'affection et causer la mort. *Hirschberg* (de Francfort-sur-le-Mein) a pratiqué sur une malade deux ponctions par le rectum, puis une incision vaginale. Il y a eu une fistule recto-vaginale qu'il a opérée plus tard. Une autre fois il a incisé avec succès par le vagin. C'est moins grave que la laparotomie. *Wiedow* s'élève contre les opérations par voie rectale, car le foyer s'infecte.

Calculs vésicaux chez la femme. — M. *Elischer* a fait voir deux pierres qu'il a enlevées par la taille uréthro-vésicale à des femmes de cinquante-six et soixante et un ans. L'ablation par l'urèthre dilaté avait été essayée sans succès. Suture. Réunion immédiate.

M. *Dohrn* (de Kœnigsberg) a présenté une pierre ayant pour centre une épingle à cheveux. Pas de commémoratifs sur le mode d'introduction du corps étranger. Le calcul avait ulcéré la cloison vésico-vaginale et faisait saillie dans les deux cavités. L'urèthre était ulcéré, en partie détruit. Quelque temps après l'ablation des calculs, la cloison vésico-vaginale et l'urèthre furent reconstitués avec succès.

Rupture de l'utérus gravide. — Deux laparotomies heureuses, avec amputation supra-vaginale de l'utérus, publiées par *Wiedow* et *Kehrer*.

Hystérectomie. — M. *Munschmeyer* a publié les résultats obtenus à la clinique de Dresde depuis 1883. 160 *hystérectomies vaginales* avec 5,40 pour 100 de mortalité. Défalcation faite de 48 cas, déjà publiés par Léopold, il en reste 80 pour cancer avec 4 morts. Des 76 guéris, 14 morts rapides (dont 10 récidives); 63 encore vivants, dont 4 seulement avec récidive. Soit donc 59 bons résultats, ce qui n'est dû qu'à la précocité de l'intervention (depuis quand?). Les 52 dernières opérées ont toutes guéri de l'acte chirurgical. 32 opérations diverses : pour myomes (17); prolapsus (5); accidents nerveux (5); maladie des annexes (5). Pour les petits myomes on peut mettre en parallèle l'hystérectomie et la castration : en général, l'hystérectomie, plus facile et pas plus dangereuse, donne de meilleurs résultats définitifs. Léopold n'a pas essayé lui-même le traitement électrique, mais il a opéré des femmes qui n'en avaient pas retiré grand bénéfice.

Freund senior (Strasbourg) a opéré par laparotomie, en 1878, une femme atteinte d'un cancer du col avec un noyau isolé dans le corps. La guérison se maintient depuis. Depuis la même époque, *Olshausen* (Berlin) suit une femme à laquelle il a amputé le col seul; deux récidives rapides ont été enlevées. Bon résultat depuis. Un succès, datant de trois ans et demi, d'hystérectomie vaginale pour cancer circonscrit du corps.

Hégar est partisan de la castration pour les myomes, même quand la tumeur va jusqu'à l'ombilic. Il conteste l'assertion de Werth, pour qui les femmes ainsi opérées deviennent folles : la statistique de Werth doit être faussée par un concours fortuit de circonstances. *Werth* cependant maintient son dire : les troubles psychiques sont fréquents après toutes les opérations sur les organes génitaux.

A ce propos, *Léopold* a affirmé que par la voie vaginale il a toujours eu tout le jour nécessaire pour enlever l'utérus. *Hégar* le croit sans peine, mais ajoute que par ce procédé on se rend difficilement compte de l'état des ligaments larges, et c'est précisément pour cela, comme il l'a dit à propos d'une communication de *Sänger*, qu'il considère comme un progrès réel les opérations faites par la voie périnéale où, après résection au besoin du sacrum et du coccyx, on a nettement sous les yeux tous les organes du bassin.

Sur ces méthodes opératoires nouvelles, *Wiedow* a présenté deux malades (un cancer utérin, une salpingite avec résection du sacrum), et surtout *Frommel* et *Sänger* ont fait des communications.

Frommel (d'Erlangen) a employé le procédé de Zuckerkandl. Il a abordé l'utérus en dédoublant la cloison recto-vaginale après une incision transversale allant d'un ischion à l'autre. On arrive avec grande facilité dans le cul-de-sac de *Douglas* et on enlève, en y voyant, et l'utérus et les parties malades du vagin, des ligaments larges. Pour le cancer, cet acte est sans doute bien plus radical que l'hystérectomie vaginale. La guérison est un peu plus lente, mais pas beaucoup. On peut aussi ouvrir de la sorte les abcès pelviens.

Sänger (de Leipzig) a attaqué, par la voie périnéale un *kyste dermoïde sous-péritonéal du bassin*, mais il a passé par la région latérale. Incision longitudinale allant de la grande lèvre droite à 2 centimètres au delà de l'anus, section du releveur de l'anus et arrivée sous le péritoine. Le kyste fut alors extirpé. Tamponnement de la cavité ainsi obtenue. Guérison. Sänger a trouvé dix observations de kystes de ce genre. Une seule fois, l'extirpation a été faite par Mikulicz, par la voie périnéale. Des incisions analogues ont été faites par Hégar pour des abcès pelviens. D'expériences cadavériques faites avec Unger, Sänger conclut que cette « périnéotomie » latérale donne un large accès sur le cul-de-sac de Douglas. Cette opération est différente de « l'incision *para* sacrée » de Zuckerkandl et Wöllfer, par laquelle on aborde l'espace sous-péritonéal par derrière. Six hystérectomies, faites sur le cadavre par cette dernière méthode (que Frommel, le premier, a appliquée sur le vivant avec succès), font conclure à Sänger que c'est une opération difficile, surtout parce que le champ opératoire est conique, se rétrécit à mesure qu'on s'élève. Autant que possible, malgré les succès de Gersuny, Hochenegg, Hégar, mieux vaut éviter les résections osseuses.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 23 SEPTEMBRE 1889.

Recherches physiologiques sur l'acide cyanhydrique, par M. *N. Gréant*. — « On sait, dit Orfila, que l'acide cyanhydrique anhydre est un des poisons les plus actifs; il suffit d'en mettre une goutte ou deux sur la conjonctive pour déterminer presque instantanément la mort des chiens les plus robustes; il agit sur le système nerveux. »

J'ai commencé l'étude du mode d'action de ce poison : deux procédés m'ont permis de diminuer à volonté l'activité de l'acide cyanhydrique en évitant une action foudroyante et en donnant le temps à l'expérimentateur de reconnaître la succession des phénomènes :

1° J'ai réussi chez le chien la belle expérience de Claude Bernard, qui consiste à injecter successivement dans le sang de l'amygdaline et de l'émulsine et à provoquer ainsi la production d'acide cyanhydrique et d'essence d'amandes amères, expérience que l'on a faite jusqu'ici chez le lapin.

2 J'ai dilué beaucoup, par addition d'eau, l'acide cyanhydrique au quart que je me suis procuré. J'ai injecté lentement, dans la veine jugulaire d'un chien pesant 8 kilogrammes, 4 grammes d'amygdaline dissoute dans 80 centimètres cubes d'eau distillée, puis j'ai injecté dans le même vaisseau 80 centimètres cubes de lait d'amandes provenant de 58 grammes de graines d'amandes fraîches décortiquées que l'on a fait hacher et que l'on a traitées par l'eau tiède. Au bout de trois minutes, l'animal s'est agité et a présenté une forte extension des pattes; au bout de cinq minutes, le chien était devenu insensible à la cornée, la respiration était complètement arrêtée; les battements du cœur continuèrent pendant quelques minutes; on ouvrit le thorax et, dix minutes après le début de l'empoisonnement, on trouva le cœur arrêté.

En établissant tout d'abord la respiration artificielle chez un autre animal empoisonné de la même manière, je n'ai pas obtenu la continuité des battements du cœur.

En ajoutant à 1 centimètre cube d'acide cyanhydrique au quart, 99 centimètres cubes d'eau distillée, j'ai obtenu une solution à 1/400; j'ai injecté dans la veine jugulaire d'un chien 1^{cc},3 de cette solution, il y eut de l'agitation et un commencement d'extension des pattes; mais l'animal continuait à respirer; trois minutes après la première injection, on introduisit dans le sang 0^{cc},9 de la solution; il y eut extension des pattes antérieures; au bout d'une minute, on observa un long arrêt de la respiration; le cœur battait encore; la respiration devint agonique et la cornée était insensible; au bout de cinq minutes et demie, arrêt complet des mouvements respiratoires, les battements du cœur durèrent encore quatre minutes; ainsi 2^{cc},2 de solution du poison à 1/400 injectés dans le sang ont suffi pour tuer l'animal; les mouvements respiratoires se sont arrêtés avant le cœur.

Des expériences faites chez des grenouilles ont conduit aux mêmes résultats : j'ai injecté sous la peau de la cuisse d'une grenouille 3 centimètres cubes de solution d'acide cyanhydrique à 1/400, les mouvements respiratoires se ralentirent, présentèrent de longues pauses et puis un arrêt complet. Les battements du cœur persistaient, mais ils devinrent de moins en moins fréquents; les mouvements réflexes par immersion d'une patte dans l'acide acétique étendu que l'on obtint d'abord cessèrent complètement; une heure vingt minutes après l'injection, le thorax fut ouvert, et l'on vit le cœur coloré en rouge vif qui battait encore, mais lentement. Les nerfs moteurs avaient conservé leur excitabilité.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 1er OCTOBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

La *Correspondance* comprend : 1° un travail manuscrit de MM. Montané et Duponchel, médecins-majors au 51° de ligne, sur *les épidémies au 51° d'infanterie pendant l'hiver et le printemps 1888-1889 et en particulier sur la pneumonie infectieuse et contagieuse;* 2° un travail manuscrit de M. le docteur Bobrie de Cozes, intitulé: *Contribution à l'étude des oreillons;* 3° une lettre de M. le docteur Saudras sur un *cas de vaccine anormale.*

La liqueur d'absinthe et l'essence d'absinthe. — M. *Laborde*, au nom d'une Commission dont il fait partie avec M. Ollivier, donne lecture d'un rapport sur le travail lu récemment à l'Académie par MM. Cadéac et Albin Meunier. Ce travail se termine par les conclusions suivantes:

1° L'essence d'absinthe vraie est de toutes les essences qui entrent ou peuvent entrer dans la composition de la liqueur de ce nom la plus toxique et conséquemment la plus dangereuse. Elle seule est capable de produire l'attaque épileptique vraie, systématisée.

Elle est et reste le type des convulsivants, épileptisants, parmi les substances de cette nature, d'origine végétale, ainsi que l'ont établi les travaux de Magnan, confirmés depuis par tous les expérimentateurs autorisés.

2° C'est donc une erreur capitale scientifiquement et pratiquement de nature à égarer l'opinion publique que d'attribuer le titre de bienfaisant et de correctif à la substance fondamentale qui imprime à la liqueur de son nom ses caractères toxiques les plus dangereux.

3° En principe, la liqueur d'absinthe, de même que toutes les liqueurs de cette sorte, dites *apéritifs*, telles par exemple que le vermouth et le bitter, de même que l'alcool pur et à fortiori, les alcools non purifiés ou adultérés, constituent des poisons que condamne et réprouve l'hygiène.

Dans la pratique et à l'usage ces poisons sont d'autant plus violents et d'autant plus préjudiciables à la santé, que les substances qui les composent sont elles-mêmes personnellement douées de propriétés toxiques plus dangereuses par leur nature comme par leur intensité: telle est pardessus tout l'essence d'absinthe, grâce à son action épileptisante.

4° Le mot *absinthisme* est en dernière analyse et demeure le qualificatif vrai et approprié de cette action qui, comme l'action toxique de l'alcool, ou l'*alcoolisme*, constituent les deux grands ennemis, les deux fléaux de la santé publique et du développement de l'espèce, ennemis auxquels il ne faut point se lasser de déclarer et de faire la guerre.

Lecture. — M. le docteur *Corlieu* lit un travail sur l'enseignement pratique au collège de chirurgie.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

De la valeur de la naphtaline dans le traitement de la fièvre typhoïde, par M. Schawald. — C'est au point de vue de la puissance microbicide de cette substance que l'auteur se place.

A la températuure ordinaire de la chambre, la naphtaline, écrit-il, n'exerce qu'une action microbicide partielle sur les microbes de la putréfaction et le bacille de la fièvre. Cette action désintectante et parasiticide augmente quand on opère à la température du corps humain et que l'on multiplie le contact de cette substance avec des matières à stériliser. Cette condition est réalisée par les mouvements péristaltiques de l'intestin.

M. Schwartz a constaté que la naphtaline administrée à l'intérieur diminue le nombre des bacilles dans les matières fécales, dans la proportion d'un tiers à un quart. Quand on cesse de l'administrer, cette proportion augmente de nouveau. Il admet de plus que le calomel augmente la puissance de la naphtaline et, en se fondant sur ses expériences, conseille le traitement méthodique de la fièvre typhoïde par le calomel associé à la naphtaline. (*Berliner klin. Woch.*, 1889, n°s 20 à 22.)

De l'emploi de l'hydracétine comme antithermique, par M. Guttman. — Sous ce nom on désigne l'acétylphénylhydrazine pure. C'est une poudre blanche cristalline, peu odorante, soluble dans cinquante parties d'eau et dans l'alcool.

A faibles doses, d'après M. Guttmann, elle produit des effets antithermiques manifestes, surtout contre le rhumatisme articulaire. De plus on l'a employée avec quelques succès contre le psoriasis au moyen d'onctions pratiquées avec une pommade au dixième.

On doit l'administrer à la dose quotidienne de 5 à 20 centigrammes; une dose de 30 centigrammes est exceptionnelle. Enfin la dose moyenne serait de 10 centigrammes que l'on divise en deux prises de chacune 5 centigrammes. Il ne faut pas d'ailleurs oublier que, à des doses plus élevées, l'hydracétine peut provoquer des accidents. (*Pharm. Central.*, 16 mars 1889.)

Du traitement de la coqueluche par le bromoforme, par M. Stepp. — L'action de ce médicament diffère de celle des bromures alcalins. C'est un stimulant plutôt qu'un sédatif. On l'administre à la dose quotidienne de cinq à vingt gouttes et en solution dans l'eau alcoolisée.

M. Stepp a traité ainsi soixante-cinq cas de coqueluche chez des enfants âgés de six mois à douze ans. La durée maxima de la maladie a été de quatre semaines. Le catarrhe bronchique et la pneumonie n'en contre-indiquent pas l'emploi.

Quel est le mode d'action de ce médicament? D'après l'observateur allemand il s'élimine après dédoublement dans l'organisme. Le brome est excrété par la voie pulmonaire. (*Deutsche medic. Wochens.*, juillet 1889.)

Des propriétés narcotiques du chloral-amide, par MM. Hagen et Hafter. — Cette substance a été administrée en solution dans l'eau à vingt-huit individus dont trois étaient en état de bonne santé. Vingt-six en éprouvèrent des effets narcotiques; deux résistèrent à son action : l'un était atteint de paralysie avec démence, l'autre de myélite aiguë. La dose était de 2 grammes et le sommeil se manifestait dans l'espace d'une demi-heure.

En comparant ce médicament avec le chloral, ces observateurs ne lui reprochent que son goût un peu désagréable et lui accordent une supériorité sur le second par la rapidité de son action et l'absence de phénomènes pénibles au moment du réveil. Par contre ils constatent son impuissance contre le symptôme douleur.

Son emploi serait indiqué contre l'insomnie des neurasthéniques, des individus atteints d'affections de la moelle et dans le cours des cardiopathies. (*Munch. medic. Wochens.*, juillet 1889.)

Des lavements à la créoline contre la dysenterie, par M. le docteur Nicolaï P. Ossowsky. — A l'exemple de Kortum, Neudoerfer et Esmarch, cet observateur a employé ce médicament dans seize cas de dysenterie chez des soldats.

Ce lavement était constitué par une solution à 1/2 pour 100 de créoline et administré deux, trois et même quatre fois par jour au moyen d'une longue canule en caoutchouc. Dans neuf cas les selles sanglantes cessèrent dès le troisième jour; dans quatre, du cinquième au septième. Chez les quatre derniers malades, la disparition de ce symptôme fut immédiate. D'après M. Ossowsky, le pouvoir désinfectant de cette médication est considérable. La créoline est moins toxique que l'acide phénique et le sublimé. Son administration ne fait pas seulement disparaître le sang des selles, elle diminue aussi les autres symptômes et le ténesme. Ce n'est pas tout : les lavements à la créoline préviennent le catarrhe du gros intestin et peuvent être suivis, s'il y a lieu, d'irrigations avec une solution à 1/2 pour 100 d'acétate de plomb ou à 1 ou 2 pour 100 d'acide tannique. Ajoutons que M. Kolokoff en a obtenu des résultats aussi heureux. Ces observateurs attachent une grande importance à la position du malade pendant l'administration du lavement. Ils doivent être debout, le tronc courbé en avant et les mains appuyées sur leur lit. (*Vratch.*, 1889, n° 14.)

Des résultats de la suspension dans le traitement du tabes et des maladies nerveuses, par MM. Eulenburg et Mennel. — Depuis trois ou quatre mois, trente et un hommes et neuf femmes ont été traités à la policlinique des maladies nerveuses de Berlin, par cette médication. Au total on a pratiqué 975 suspensions dont la durée a été d'une à quatre minutes, soit en moyenne une demie à trois quarts de minute.

Les maladies ainsi traitées sont : trente-quatre cas de tabes, un de sclérose en plaques, un de myélite chronique, trois cas de paralysie agitante et un cas de névrose traumatique.

Parmi les ataxiques, vingt et un furent soumis à une observation régulière; cinq d'entre eux s'améliorèrent beaucoup, et onze à douze partiellement seulement; cinq n'éprouvèrent aucune modification. Voici quels sont les symptômes dont l'amélioration relative fut notée; celle de l'état général dans 14 cas, du signe de Romberg et des troubles vésicaux dans 14 cas, des douleurs fulgurantes dans 10 cas, de la marche dans 9 cas, de l'anesthésie dans 3 cas et de la paresthésie dans 5 cas. Un malade fut atteint de crise gastrique durant le traitement, et un autre d'amblyopie.

MM. Eulenburg et Mennel considèrent donc la suspension comme un bon traitement du tabes, sans cependant le déclarer supérieur ni à l'électrothérapie, ni à l'hydrothérapie.

A l'instar de M. Motchukowski, ils pensent qu'elle n'agit pas seulement en produisant l'allongement de la moelle, mais bien aussi en modifiant la circulation des centres nerveux. Enfin, ils déclarent que l'action exercée sur le moral doit entrer pour une bonne part dans les succès obtenus. (*Neurologisches Centr.*, 1889, n° 11.)

Des propriétés antihémorrhagiques de la bryone blanche, par M. Petrescu. — A la suite de recherches expérimentales et d'essais cliniques, l'auteur se croit autorisé à regarder la racine de bryone comme un hémostatique puissant.

Il la prescrit en décoction à raison de 25 parties de racine pour 300 parties d'eau. La décoction réduite de moitié par l'ébullition est filtrée et administrée de demi-heure en demi-heure à raison de 30 à 45 grammes. Un alcaloïde a été retiré de cette substance; enfin l'extrait alcoolique de bryone serait efficace contre la métrorrhagie, les hémoptysies, l'épistaxis et l'hématurie à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme. (*Berliner klin. Woch.*, 1889, n° 8.)

Les propriétés du dithiosalicylate de soude, par M. le docteur H. LINDENBORN. — Sous le nom d'acide dithiosalicylique I et II, on désigne deux substances isomères dans lesquelles deux molécules d'acide salicylique sont remplacées par deux molécules de soufre.

D'après Huppe, une solution à 20 pour 100 de dithiosalicylate II détruit le bacille de l'anthrax en quarante-cinq minutes. M. Lindenborn a fait usage de cet antiseptique à la dose de 20 centigrammes par jour contre le rhumatisme articulaire aigu et le rhumatisme blennorrhagique. Dans l'espace de deux à six jours, il a obtenu la résolution de l'arthrite et la chute de la fièvre.

Quels sont les avantages de ce médicament? La rapidité de son action, même aux plus faibles doses; la tolérance de l'estomac pour lui; enfin, l'absence de phénomènes désagréables à la suite de son ingestion. (*Berl. klin. Wochensch.*, 1889, n° 26.)

De la valeur thérapeutique des inhalations d'oxygène, par M. GILMAN THOMPSON. — L'auteur a entrepris une série d'expériences, en collaboration avec M. J. Codwell (de New-York), dans le but de résoudre cette question au point de vue de la physiologie. Voici les conclusions qu'il formule:

Les inhalations d'oxygène sont utiles contre la dyspnée nerveuse pour combattre les phénomènes subjectifs.

Si la surface nécessaire à l'hématose est diminuée, elles soulagent la cyanose, atténuent la dyspnée et diminuent la gêne respiratoire.

Elles rendent des services dans les cas où, pour une cause quelconque, l'ampliation pulmonaire est gênée.

Parmi leurs indications, il faut noter: la dyspnée de la maladie de Bright, de l'urémie, de la pneumonie, de la bronchite capillaire, de l'asthme, de la congestion et de l'œdème pulmonaire.

On doit les pratiquer avec un gaz chimiquement pur, et dans leur emploi, faire l'inhalation par l'une des narines, l'autre aspirant l'air atmosphérique. Il est dangereux de pratiquer ces inhalations par les deux narines simultanément ou bien à pleine bouche. (*The med. Record*, 6 juillet 1889.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité des maladies du cœur. Étiologie et clinique, par M. le professeur G. SÉE. Tome I, avec 21 fig. intercalées dans le texte. — 1 vol de 640 pages. Paris, 1889. Lecrosnier et Babé.

Dans une série de leçons cliniques professées l'an dernier à l'Hôtel-Dieu, et dont plusieurs ont été reproduites par la presse médicale, M. Sée a déjà développé une partie de la doctrine qu'il a adoptée relativement à la genèse et à la nature des affections cardiaques. On la retrouve aujourd'hui plus complètement exposée dans le premier volume de son *Traité des maladies du cœur*, qui comprend l'étiologie et la clinique de ce groupe morbide. On a pu se convaincre dans ces leçons, et la lecture du livre de M. Sée ne fait que confirmer cette impression, que l'auteur part d'un point de vue spécial, « révolutionnaire » comme il l'appelle lui-même, et que, pour lui, les maladies du cœur ne sont pas distinctes entre elles, mais que c'est pour ainsi dire toujours la même maladie qui revêt des aspects différents, des types divers.

Dès lors, les types multiples de cette maladie cardiaque unique devaient avoir une origine commune, un lien pathogénique permettant de les grouper ainsi en faisceau: ce processus univoque, c'est l'encocardite, ou pour être plus exact l'*endocardie*. Ici encore l'auteur, s'appuyant sur certains faits établis par les recherches modernes, pose en principe l'unité pathogénique des diverses formes de l'endocardie, auxquelles il refuse entièrement l'origine inflammatoire pour admettre la nature microbienne constante: il ne fait exception que pour les processus chroniques des valvules aortiques, qui concordent avec les transformations graisseuses, athéromateuses ou scléreuses des artères et se montrent en réalité comme leurs conséquences. « Abstraction faite de cette éventualité, l'endocardite microbique préside à toutes les altérations, à toutes les dégénérescences du cœur. »

Telles sont les idées générales, les principes cardinaux qui ont présidé à la classification adoptée par M. Sée; c'est là la partie vraiment originale de son livre. L'étude des cardiopathies y gagne-t-elle en simplicité et en clarté: nous ne saurions l'affirmer; mais, si la nosologie y gagne en exactitude, nous n'osons nous en plaindre.

Il nous suffira, dès lors, d'indiquer les divers chapitres qui composent l'ensemble pour avoir donné une esquisse bien rapide de cet ouvrage, faute d'en pouvoir analyser chaque partie successivement.

M. Sée entreprend la description de neuf types différents de la cardiopathie: ce sont d'abord les types endocardique, valvulaire et artérique. Dans l'exposé du deuxième type, ou type valvulaire, rentre l'étude des signes et des troubles généraux des altérations valvulaires: dyspnées, asthme cardiaque, modifications du pouls, souffles cardiaques, choc précordial; enfin les signes éloignés, qu'il nomme extracardiaques, fournis par l'estomac, le foie, les reins: les œdèmes, la cyanose, les thromboses, les embolies, les troubles de la circulation cérébrale. C'est en un mot, à propos du second type, une étude de pathologie générale du cœur. Puis on trouve une description des quatre principales maladies du cœur qui composent le type valvulaire, description peut-être un peu trop condensée, et basée plutôt sur la physiologie pathologique que sur la clinique.

Dans le troisième type, ou type artérique, rentre l'étude de l'artério-sclérose, dont l'importance s'est notablement accrue depuis un certain nombre d'années, et qui donne la clef de phénomènes morbides multiples intéressant à la fois l'organe central de la circulation et les fonctions des principaux viscères. On pourrait y rattacher les types coronaire, angineux, et les myocardites dégénératives, au moins dans leur ensemble, qui constituent pour l'auteur autant de types distincts. C'est affaire de classification.

Les accidents cardiaques d'origine neuro-musculaire, septième type de M. G. Sée, sont l'objet d'une intéressante description, qui porte un cachet bien personnel: sans parler des chapitres consacrés à la maladie de Basedow, ceux qui traitent des arythmies et du cœur forcé renferment d'utiles enseignements sur lesquels il convient d'attirer l'attention.

Enfin les péricardies et les anévrysmes de l'aorte et du cœur représentent les deux derniers types de la série.

Telle est d'une façon sommaire l'œuvre importante que M. Sée vient de soumettre au public médical, et que complétera bientôt le volume consacré à la thérapeutique, parfois si délicate, de ces diverses formes de la cardiopathie.

A. P.

MÉTHODE DE DOUCEUR DANS LA RÉDUCTION DES LUXATIONS DE LA HANCHE EN ARRIÈRE, par M. le docteur S. CATOIR, membre correspondant de la Société anatomo-clinique de Lille. — Thèse de Paris, 1888-1889.

Dans la luxation la plus commune de la hanche, la tête fémorale sort par la partie inférieure de la capsule et se dirige soit en haut (luxation iliaque), soit en arrière (luxation ischiatique) en laissant intact le ligament en Y. Le mécanisme se résume toujours en un effort pendant la flexion suivi ou non d'impulsion du membre en arrière. Aucune tentative de douceur n'est praticable si la cuisse n'est préalablement fléchie (premier temps) sur le bassin. Les manœuvres deviennent beaucoup plus faciles si la flexion est poussée jusqu'à conduire le genou sur

le ventre. La meilleure flexion est celle qui se fait dans l'adduction.

Le second temps est essentiellement composé de la rotation en dehors; mais des tâtonnements presque inévitables amènent le chirurgien à pratiquer tour à tour la rotation en dehors et en dedans.

Le troisième temps (coaptation) ne doit être pratiqué qu'au moment où la tête se trouve amenée exactement au-dessus du cotyle : on l'obtient soit par l'impulsion directe à l'aide de la main, soit par un coup de genou. Il est nécessaire d'ajouter à ce moment une très légère déflexion de la cuisse. La méthode de douceur est encore applicable lorsque la luxation de la hanche est devenue ancienne.

ÉTUDE SUR LE MÉCANISME DES FRACTURES INDIRECTES DE LA COLONNE VERTÉBRALE, RÉGION DORSALE ET DORSOLOMBAIRE, par M. le docteur G. MÉNARD, membre correspondant des Sociétés anatomique de Paris et anatomo-clinique de Lille; avec 44 figures intercalées dans le texte. — Thèse de Paris, 1888-1889.

M. G. Ménard, élève de MM. Guermonprez et Duret (de Lille), a pris pour sujet de sa thèse inaugurale l'étude du mécanisme des fractures du rachis. Par l'analyse de nombreuses observations et expériences cadavériques, il arrive aux conclusions suivantes :

1° Les fractures indirectes du rachis sont de beaucoup les plus communes et se produisent généralement par flexion forcée; 2° il y a d'abord tassement, ensuite arrachement, enfin écrasement, ce dernier est souvent indépendant de l'arrachement; 3° le tassement isolé existe régulièrement à la région dorsolombaire, il n'est pas connu à la région dorsale; 4° l'écrasement est plus fréquent à la région dorsale, et l'arrachement existe dans les deux régions; 5° les fractures dorso-lombaires ont pour cause ordinaire les chutes sur le siège ou sur les membres inférieurs pour cause plus rare; les pressions exercées par des corps pesants sur la nuque et le haut du dos avec flexion du tronc; 6° les fractures dorsales ont pour cause ordinaire les chutes sur la nuque, ou les flexions exercées par des corps pesants sur la nuque et le haut du dos, le tronc restant vertical; 7° les fractures dorsales s'accompagnent presque toujours de fractures de côtes, elles s'accompagnent quelquefois de fractures du sternum; 8° la compression de la moelle et de ses enveloppes est généralement produite par le bord postéro-supérieur du fragment inférieur du corps vertébral; 9° il est indiqué de réduire et de maintenir la réduction pendant un temps suffisant; 10° la trépanation est très peu indiquée dans les cas ordinaires (fractures indirectes), et doit être réservée, jusqu'à nouvel ordre, aux fractures directes et aux enfoncements de l'arc postérieur.

DES FRACTURES SIMPLES DES OS DU CARPE, par M. Henri DELBECQ, membre de la Société anatomo-clinique de Lille. — Thèse de Paris, 1887-1888.

Souvent méconnues, les fractures des os du carpe ont été appréciées par les auteurs de la façon la plus contradictoire. Les fractures superficielles ne sont généralement que des éléments accessoires de la lésion, ou des fractures de l'extrémité inférieure de l'avant-bras.

La fracture par torsion peut être complète sans déplacement des fragments. La fracture par flexion forcée, résultat de chute de lieu élevé, se complique ordinairement de lésions de la synoviale tendineuse palmaire.

Les principaux symptômes sont : une douleur vive avec sensibilité très localisée à la pression, une impuissance totale du membre, une tuméfaction énorme et de la crépitation en un point très précis de la région carpienne.

Les fractures superficielles et les fractures par torsion guérissent en quelques semaines et sont généralement exemptes de complications. Les autres nécessitent des soins pendant plusieurs mois, se compliquent primitivement d'une synovite tendineuse palmaire et se terminent trop souvent par l'ankylose osseuse.

Pour les fractures superficielles il suffit d'un peu de massage au début et d'une immobilisation déjà requise par les lésions concomitantes.

Pour la fracture par torsion, qui est généralement réduite pendant l'exploration diagnostique, il suffit d'une attelle palmaire pour assurer la contention pendant une quinzaine de jours.

Pour les fractures les plus graves, une première indication résulte de l'acuité des accidents inflammatoires du début, une autre plus importante encore impose la nécessité d'une immobilisation prolongée par des appareils inamovibles, la dernière se rapporte à l'atrophie musculaire et aux adhérences de la synovite tendineuse.

RESTAURATION FONCTIONNELLE DU POUCE, par M. le docteur Gabriel HANOTTE, membre adjoint de la Société anatomo-clinique de Lille. — Thèse de doctorat, avec 94 figures intercalées dans le texte. Lyon, 1888.

Quoique cette thèse ait été passée devant la Faculté de Lyon, elle a été inspirée par un chirurgien de Lille, M. le docteur Guermonprez, qui s'est occupé depuis longtemps, et à plusieurs reprises, des lésions traumatiques de la main et de la conduite chirurgicale qu'elles commandent. Voici les conclusions de l'auteur :

La restauration fonctionnelle du pouce non mutilé se fait conformément aux procédés actuels de la chirurgie, soit par la suture nerveuse, soit par la suture tendineuse, soit par l'autoplastie, après excision des cicatrices vicieuses. Elle peut se faire par l'une des opérations indiquées, lors de la luxation irréductible du pouce. La restauration du pouce partiellement supprimé se fait par l'opération d'Huguier, parfois encore par la suppression des moignons encombrants d'index et même de médius. Quand le pouce fait complètement défaut, on peut tenter d'utiliser un débris d'index ou de médius pour en faire un élément qui sert de base aux mouvements d'opposition. On peut encore changer la direction de l'auriculaire pour l'amener à se porter au-devant des débris du bord radial de la main et sauvegarder ainsi l'opposition, qui est l'élément principal de l'activité physiologique, la préhension.

VARIÉTÉS

EXPOSITION UNIVERSELLE. — *Récompenses.* — Dans la liste des récompenses décernées à ceux qui ont pris part à l'Exposition universelle, nous ne voulons signaler que celles qui intéressent plus particulièrement le corps médical. Parmi celles-ci il nous est tout particulièrement agréable de mentionner les hautes distinctions qu'a values à notre éditeur et ami M. G. Masson, le dévouement avec lequel il s'est toujours préoccupé d'aider aux progrès des sciences médicales en éditant avec autant de luxe que de goût un si grand nombre de publications utiles, à la tête desquelles on nous permettra bien de rappeler le *Dictionnaire encyclopédique*, le *Dictionnaire usuel*, la *Gazette hebdomadaire*, la *Revue des sciences médicales*, la *Revue de l'hygiène*, etc. C'est pour bien affirmer le caractère de ces publications que le jury de la classe 8 (organisation, méthode et matériel de l'enseignement supérieur) a décerné un grand prix à M. G. Masson. Le jury de la classe 9 (imprimerie et librairie) lui a voté la même récompense.

— La classe 14 (médecine et chirurgie) a décerné les récompenses suivantes :

Grands prix. — Baretta (France), Mariaud (France), Claude Martin (France), Raoul Mathieu (France), Tramond (France).

Médailles d'or. — Aubry (France), veuve Auzoux (France), Challandes (France), Chardin (France), Crétès (France), Gaiffe et fils (France), Ernest Giroux (France), Institut vaccinal suisse (Suisse), Laskowski (Suisse), Préterre (France), J.-B. Simon (Belgique), Walter-Lécuyer (France), Wiesnegg (France), Lüer Wulfing (France).

Médailles d'argent. — Bergstrom (France), Joseph Burlot (France), José Clausolles (Espagne), Delogé (France), Demaurex (Suisse), Desnoix (France), docteur Desprez (France), Eternod (Suisse), Favre (France), docteur F.-J. Feighine (Russie), docteur Forstetter (Russie), G.-A. Frees (États-Unis), Froger (France), Auguste Gamichon (France), Graillot (France), Joseph Gray and Son (Grande-Bretagne), Hay (Autriche-Hongrie), Heymen-Billard (France), Karmanski (France), Lacroix (France), Office vaccinogène d'Athènes (Grèce), Seabury and Johnson (États-Unis), Surgical appliance (société), Talrich (France), Henri Vergne (France), Wirth (France), Yvon et Berlioz (France), plus un grand nombre de médailles de bronze et de mentions honorables.

— Dans la classe 64 (hygiène et assistance publique) nous signalerons parmi les *grands prix :* les diverses associations de

secours aux blessés; le Ministère de l'intérieur, la Préfecture de la Seine et la Préfecture de police, puis MM. Geneste et Herseher, les ingénieurs constructeurs dont les étuves de désinfection à la vapeur humide sont si connues, M. le docteur Janssens (de Belgique, etc.), et parmi les médailles d'or et d'argent, la plupart des établissements français d'eaux minérales, des commissions de surveillance d'asiles d'aliénés, des sociétés de charité, la Société d'hydrologie médicale, M. le docteur Gibert, M. Jennings, MM. le docteur Saint-Yves-Ménard et Chambon, M. le docteur Chervin, MM. les docteurs Petrescu et Urbeanu (Roumanie), M. G. Trélat, etc.

Bourses de doctorat. — Par arrêté minstériel en date du 25 septembre 1889, l'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 28 octobre 1889. Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 19 octobre, à quatre heures. — Conformément aux prescriptions du règlement du 15 novembre 1879 susvisé, sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878. Les épreuves porterent sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicale;

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques. Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie;

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions, qui ont subi ave la note *bien* la première partie du deuxième examen probatoire. Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie;

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions, qui ont subi avec la note *bien*, la seconde partie du deuxième examen probatoire. L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe;

5° Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès science restreint, qui ont subi chacun de ces examens avec la note *bien* peuvent obtenir, sans concours, une bourse de première année.

Congrès international d'hydrologie et de climatologie. — Le Congrès international d'hydrologie et de climatologie se réunira du 3 au 10 octobre prochain. La séance d'ouverture a eu lieu le jeudi 3 octobre, à dix heures du matin, au palais du Trocadéro. Les séances de sections se tiendront à la Faculté de médecine, du vendredi 4 au jeudi 10 octobre, à neuf heures du matin et deux heures de l'après-midi.

A dater du mardi 1er octobre, le secrétariat du Congrès sera ouvert, à la Faculté de médecine, de neuf heures à midi, et de deux heures à cinq heures.

Du 11 au 21 octobre, le Congrès visitera les stations hydrominérales de la région de l'Est. Les excursionnistes jouiront d'une réduction de 50 pour 100 sur tout le parcours.

Les personnes qui veulent participer à ces grandes assises de l'hydrologie et de la climatologie sont invitées à envoyer sans retard leur adhésion et leur cotisation (20 francs), au trésorier du Congrès, M. O. Doin, libraire-éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris. Elles recevront immédiatement, avec leur carte, tous les documents, entre autres les rapports sur les questions proposées par le comité d'organisation.

École de médecine de Clermont. — M. Ledru, professeur de clinique externe, est nommé, pour trois ans, à partir du 20 septembre 1889, directeur.

L'eau de source a Paris. — Dans sa dernière séance, le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine s'est occupé des moyens d'augmenter l'approvisionnement de la ville de Paris en eau de source.

M. le docteur A. Ollivier a donné lecture d'un travail dans lequel il insiste sur la nécessité d'augmenter, au plus vite, la provision d'eau de source de la ville de Paris, ainsi que l'a déjà demandé le Conseil de salubrité en donnant son entière approbation à des rapports qui lui ont été présentés par MM. Léon Colin et Riche.

M. le docteur Ollivier estime qu'on pourrait utilement créer dans chaque immeuble une double canalisation, l'une de faible dimension pour les eaux de source, l'autre plus large pour les eaux de rivière. Il constate une fois de plus que, dans un quartier où l'eau de rivière est substituée à l'eau de source, les cas de fièvre typhoïde sont plus nombreux. Il a terminé en demandant que la provision d'eau de source soit augmentée, et que cette eau ne serve qu'à l'alimentation.

M. Chautemps, président du Conseil municipal, a répondu que le Conseil tout entier partageait évidemment cet avis: il serait bien désirable que l'eau de source fût seule donnée à l'alimentation et, par conséquent, que le projet de captation des sources, voté par le Conseil municipal et qui a été soumis au Parlement, reçût son exécution. Quant à la seconde partie de la proposition de M. Ollivier, il ne lui paraît pas possible d'empêcher complètement le gaspillage des eaux dans l'intérieur des habitations; le seul remède à la situation, c'est de doubler ou de tripler le volume d'eau de source amené journellement à Paris.

La discussion qui s'est ouverte ensuite a trait surtout à l'influence de l'eau de boisson sur la propagation de la fièvre typhoïde. MM. Larrey, Rochard, L. Colin, Lagneau, Lancereaux et Proust sont unanimes à reconnaître la nécessité de l'augmentation du volume journalier d'eau de source, et, sur la proposition de M. Proust, le Conseil a adopté les vœux suivants:

1° Le Conseil renouvelle, instamment et d'une manière toute spéciale, le vœu, qu'il a formulé à plusieurs reprises, de l'adduction, aussi rapide que possible, des nouvelles sources achetées par la ville;

2° Il estime qu'il y a lieu d'insister auprès de l'administration pour que les eaux de source actuellement amenées ne soient utilisées que pour l'alimentation.

Le Conseil a décidé l'impression du rapport de M. Ollivier.

Société médicale des hôpitaux. — La Société médicale des hôpitaux reprendra ses séances le vendredi 11 octobre.—*Ordre du jour:* Communications diverses.

Enseignement libre. — M. Lafon, chimiste-expert, lauréat de l'Académie de médecine, commencera le 18 octobre 1889 un cours pratique de chimie, bactériologie et microscopie médicales. S'inscrire à l'avance de trois à quatre heures au laboratoire, rue des Saints-Pères, 7.

Mortalité a Paris (38e semaine, du 15 au 21 septembre 1889.—Population: 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 29. — Variole, 3. — Rougeole, 8. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 22. — Diphthérie, croup, 20. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 183. — Autres tuberculoses, 21. — Tumeurs: cancéreuses, 55; autres, 6. — Méningite, 26. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 39. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 46. — Bronchite aiguë, 19. — Bronchite chronique, 26. — Broncho-pneumonie, 16. —Pneumonie, 32. — Gastro-entérite: sein, 24; biberon, 74. — Autres diarrhées, 10.—Fièvre et péritonite puerpérales, 1. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 26. — Sénilité, 30. — Suicides, 19. — Autres morts violentes, 10. — Autres causes de mort, 161. — Causes inconnues, 15. — Total: 935.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique. Directeur: M. Jules Rochard. Collaborateurs: MM. Arnould, Bergeron, Bertillon, Brouardel, Léon Colin, Drouineau, Léon Faucher, Gariel, Armand Gautier, Grancher, Layet, Le Roy de Méricourt, A.-J. Martin, Henri Monod, Morache, Napias, Nocard, Pouchot, Proust, De Quatrefages, Richard, Riche, Eugène Rochard, Straus, Vallin.

L'*Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique,* se composera de dix livres. A partir du 1er juillet, il paraîtra chaque mois un fascicule de dix feuilles, avec figures et planches. Paris, Lecrosnier et Babé. Prix de chaque fascicule. 3 fr. 50

Souscription à forfait à l'ouvrage complet. 120 fr.

Aide-mémoire d'hygiène et de médecine légale, par M. Paul Lefort. 1 vol. in-18. Paris, J.-B. Baillière et fils. Cartonné. 3 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

20528. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

TRENTE-SIXIÈME ANNÉE N° 41 11 OCTOBRE 1889

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 9 octobre 1889.

Académie de médecine : **L'iodure de potassium.**

La nouvelle communication due à M. G. Sée peut être envisagée à deux points de vue différents. Elle est tout à la fois physiologique et clinique, — et c'est à dessein que nous distinguons ainsi les deux parties dont elle se compose. La partie physiologique, en effet, ne saurait être analysée ni surtout appréciée par ceux qui n'ont pu reproduire quelques-unes au moins des expériences faites par MM. G. Sée et Lapicque ; car les résultats de celles-ci diffèrent sensiblement de ceux que l'on avait coutume de regarder comme acquis à la science. Il appartient donc aux physiologistes de décider si l'iodure de potassium, introduit dans l'organisme par injection intraveineuse, augmente ou diminue la pression intravasculaire et détermine ensuite une dilatation vaso-motrice généralisée. Mais, quelque intérêt que présentent ces expériences au point de vue physiologique, elles n'ont, au point de vue pratique, qu'une importance secondaire. En particulier elles ne sauraient, à notre avis, trancher définitivement la question de savoir si l'iodure de sodium est ou non préférable à l'iodure de potassium.

Qu'arrive-t-il en effet lorsque l'on administre à un cardiaque ou à un sujet atteint de sclérose artérielle de *faibles* doses d'iodure de potassium ? Ce malade ne reçoit pas le médicament par injection intraveineuse. Il l'avale et dès lors le met dans son estomac en présence de chlorure de sodium, de suc gastrique acide, etc. Aussitôt l'iodure de potassium se trouve décomposé ; il se forme du chlorure de potassium, sel éminemment toxique, dit M. G. Sée, et de l'iodure de sodium, lequel se retrouve (à l'état d'iodure de sodium) dans les urines. Quant à l'iode mis en liberté dans des proportions insignifiantes, il forme un composé albumino-iodé encore assez mal défini et parfois, lorsque les proportions d'iodure sont trop considérables, ou lorsque les voies digestives sont en mauvais état, il donne lieu à une irritation gastro-intestinale assez vive.

D'un autre côté, il serait inexact de prétendre qu'aux doses thérapeutiques la nature du métalloïde associé à l'iode joue un rôle quelconque au point de vue toxique. C'est l'iode surtout qui agit sur le cœur, les vaisseaux et les tissus. Les sels de potassium ou de sodium, formés par décomposition, devront être administrés à doses infiniment plus considérables pour agir activement. Pourquoi dès lors préfère-t-on depuis nombre d'années l'iodure de sodium à l'iodure de potassium ? C'est d'abord parce que tous les cliniciens ont observé chez certains malades une intolérance spéciale pour l'iodure de potassium. Chacun connaît les observations de Moos (d'Heidelberg), de Sokolowski, de H. Huchard, de Th. Auger, etc. Il est peu de médecins qui n'aient vu eux-mêmes des sujets supportant difficilement des doses même très faibles d'iodure de potassium. Or ces malades tolèrent infiniment mieux l'iodure de sodium. Il est donc avantageux de le leur prescrire. En second lieu, lorsqu'il s'agit d'administrer pendant très longtemps les iodures, lorsque les reins fonctionnent mal, ce qui est très fréquent chez les malades atteints d'artério-sclérose, lorsque par conséquent au lieu d'être terminée en quelques heures, l'élimination du médicament ne se fait qu'au bout de plusieurs jours et quelquefois de plusieurs semaines, l'accumulation dans l'organisme du chlorure de potassium peut devenir dangereuse.

Enfin, et c'est là le point essentiel du débat, depuis que M. Potain et le regretté Gueneau de Mussy ont conseillé de préférer dans les cardiopathies artérielles et dans les dilatations de l'aorte l'iodure de sodium à l'iodure de potassium, un très grand nombre d'observations incontestables démontrent l'efficacité très réelle et très rapide de ce médicament aussi bien que son innocuité.

Il n'en est point de même dans les affections strumeuses, dans la syphilis, etc. Dans ces maladies diathésiques l'iodure de potassium paraît préférable. Et, à doses très élevées et continuées pendant très longtemps, il reste toléré, sinon toujours inoffensif. La diurèse qu'il provoque alors contribue sans doute à assurer cette tolérance, et, dans les urines, c'est toujours de l'iodure de sodium que l'on retrouve.

Ces quelques réflexions, que nous inspire le travail dont nous venons d'entendre la lecture devront être développées à propos de la discussion qu'il ne manquera pas de soulever devant l'Académie. Nous ne ferons donc aujourd'hui que signaler les conclusions que nous reproduisons plus loin, et surtout la première de ces conclusions : le vrai médicament

du cœur, c'est l'iodure de potassium. C'est là une vérité clinique qu'on ne saurait trop proclamer. Il est peu de cardiaques qui ne se trouvent bien de l'administration des iodures. Parmi les maladies énumérées par M. G. Sée et déclarées justiciables de cette médication, il n'en est pas qui puisse être aussi favorablement modifiée par d'autres agents thérapeutiques. Toute cette partie clinique de la communication de M. G. Sée est donc à retenir, et nous aurons plaisir à la discuter plus longuement quand nous en aurons sous les yeux le texte définitif.

— Le savant et consciencieux rapport lu par M. Verneuil, à propos d'une nouvelle opération destinée à guérir le prolapsus rectal, mérite plus qu'une analyse succincte. Le travail de notre éminent maître fera donc très prochainement le sujet d'une revue générale, dans laquelle seront mieux exposées les considérations de thérapeutique chirurgicale magistralement exposées par M. Verneuil sur ce sujet si intéressant.

— Nous commençons aujourd'hui le compte rendu du Congrès de chirurgie qui vient de s'ouvrir sous la présidence de M. le baron Larrey, et nous reproduisons ci-dessous l'allocution par laquelle le vénéré doyen de nos chirurgiens militaires a souhaité la bienvenue à ses nombreux collègues. Le savant académicien, ancien professeur au Val-de-Grâce, était mieux qualifié que tout autre pour faire ressortir ce que la pratique chirurgicale doit à la chirurgie militaire. Il n'a voulu qu'indiquer les éminents services rendus à la science et à la patrie par son illustre père. Les applaudissements de ses auditeurs lui ont montré qu'ils en gardaient le souvenir.

Quatrième Congrès français de chirurgie tenu à Paris du 7 au 12 octobre 1889.

La quatrième session du Congrès français de chirurgie a été ouverte lundi dernier, au milieu d'une grande affluence de chirurgiens de la province et de l'étranger. Cette session promet d'être brillante et, comme l'a fait avec raison remarquer M. le Président, il serait injuste de ne pas faire entrer en ligne de compte les attraits de l'Exposition. Aussi bien est-ce précisément le motif qui, l'an dernier, avait fait fixer comme date les premiers jours d'octobre.

M. le baron Larrey, président, a bien voulu donner à la *Gazette* la primeur de la courte allocution qu'il a prononcée et dont voici le texte :

Messieurs et honorés confrères, mes chers collègues et vous, mes camarades de l'armée présents à cette séance, je vous remercie tous d'avoir accueilli la désignation qui m'appela, l'an dernier, à l'honneur de présider, cette année-ci, la quatrième session du *Congrès français de chirurgie*.

C'est en effet pour moi un insigne honneur que je n'aurais pas recherché, dans ma position de retraite, car elle me sépare déjà depuis longtemps de la carrière chirurgicale militaire et de mes devoirs officiels d'autrefois. Dispensé aujourd'hui des devoirs libres de la pratique civile, dont je me suis toujours abstenu, j'ai pris à tâche de consacrer les derniers temps de ma vie aux réminiscences de quarante-cinq ans d'activité.

Je ne voudrais pas, Messieurs, que mon attachement fidèle à de tels souvenirs me fît exprimer une pensée de tristesse, dès les premiers mots de cette allocution, mais je considère comme un devoir de vous rappeler, tout d'abord, deux noms, dont l'un est inscrit sur la liste des membres fondateurs de ce Congrès. Tous les deux avaient figuré avec distinction à la Société de chirurgie en premier lieu, et en second lieu, à l'Académie de médecine. C'est désigner, selon votre attente, les noms de Legouest et de Maurice Perrin.

Legouest, par sa remarquable aptitude pour la chirurgie, par ses services militaires et ses titres scientifiques de vraie valeur, était parvenu au grade le plus élevé d'inspecteur général et à la double présidence du Comité de santé de l'armée, ainsi que de l'Académie de médecine.

Maurice Perrin, dans des conditions et avec des titres analogues, avait pu joindre à sa carrière de professeur, puis de directeur de l'Ecole du Val-de-Grâce, le mérite de l'enseignement spécial de l'ophthalmologie, en formant des élèves, devenus à leur tour des maîtres qui lui font honneur. Perrin, déjà retraité comme inspecteur, occupait le fauteuil présidentiel de l'Académie, pour cette année même, lorsque, pendant de courtes vacances, il a été atteint, presque subitement, de l'affection grave qui entraîna sa mort.

Cette double perte, à peu de mois d'intervalle l'une de l'autre, atteignait ainsi, coup sur coup, deux des chirurgiens les plus considérés de la médecine militaire.

L'éloge à faire de chacun d'eux est réservé à leur ancien et très distingué disciple, à l'un de leurs prochains successeurs dans l'inspection médicale de l'armée. Vous connaissez de près, Messieurs, le savant professeur de l'Ecole du Val-de-Grâce, secrétaire général de la Société de chirurgie et membre titulaire de la commission permanente de ce Congrès. Sa modestie m'empêche de le désigner par son nom.

C'est à la Société de chirurgie qu'a été organisé le *Congrès français*, dont l'idée première ou la proposition appartient à M. Demons, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Cette motion, examinée par une commission spéciale, a été l'objet d'un rapport judicieux et complet de M. Pozzi, démontrant l'utilité, en France, d'un Congrès annuel de chirurgie, analogue à ceux d'autres contrées de l'Europe. La proposition de M. Demons en indique une complémentaire : ce serait d'inscrire le nom de notre honorable collègue de Bordeaux sur la liste des prochains présidents du *Congrès français de chirurgie*. Son nom suivrait de près celui si sympathique de M. le professeur Félix Guyon, que je suis heureux de voir auprès de moi comme vice-président.

M. le professeur agrégé Pozzi, notre secrétaire général, aura bien mérité, avec M. Demons, de l'œuvre instituée par leur active coopération et par le comité spécial d'organisation définitive. Les travaux accomplis déjà par le Congrès semblent garantir les succès de son avenir.

J'aurais voulu, Messieurs, pour ma faible part consacrer cette allocution à un sujet de chirurgie militaire, mais quel qu'en fût le choix, il m'eût embarrassé. Il devait m'interdire de faire, soit une leçon, soit une conférence, ou de soulever une discussion technique, appartenant davantage à de plus savants collègues, dont l'activité, le savoir et le talent représentent aujourd'hui l'élite de la chirurgie française.

Fallait-il rappeler telle ou telle des questions importantes de l'ancienne chirurgie des armées? Je ne le crois pas non plus, parce que j'aurais cédé à l'émotion que m'eût inspirée le premier de mes maîtres et le plus cher à mes souvenirs. Voilà pourquoi, Messieurs, je ne pouvais vous parler de mon père.

Je n'ai point à revenir davantage sur les considérations générales, exposées avec tout son talent par le premier des présidents du Congrès, M. le professeur Trélat; ni sur les progrès de de la grande chirurgie, facilitée par les agents anesthésiques et par les antiseptiques, comme l'a démontré, d'après sa grande expérience, le président du deuxième Congrès, M. le professeur Ollier; ni même sur les entraînements de la médecine opératoire, jusqu'à ses extrêmes limites, entraînements modérés avec une sage raison et une haute autorité par mon éminent confrère de l'Institut, M. le professeur Verneuil, président du troisième Congrès.

Cette question complexe aurait pu fixer le choix de celui qu'une longue expérience des hôpitaux et des ambulances de l'armée avait conduit à soutenir et à professer les avantages de

la chirurgie conservatrice, appliquée au plus grand nombre des blessures de guerre.

La première condition réclamant les méthodes de traitement les plus simples, les plus faciles, telles que les pansements rares, les appareils amovo-inamovibles, s'applique aux blessures sans gravité, comme aux suites des simples opérations d'urgence, ou de nécessité.

La seconde condition est substituée aux opérations inutiles *in extremis* ou plus redoutables que la lésion elle-même et indiquant l'emploi seul des moyens palliatifs ou de l'expectation.

Cependant, Messieurs, et je me hâte de le reconnaître, en dehors des blessures de guerre, la chirurgie conservatrice reste impuissante, s'il s'agit de certaines lésions organiques profondes jugées incurables, si ce n'est par l'intervention opératoire la plus complète, la plus radicale.

Cette intervention réclame, en même temps, outre l'emploi méthodique de l'anesthésie et de l'antisepsie, les précautions d'hygiène les plus parfaites, les garanties antérieures de la santé du sujet à opérer, ainsi que les principales qualités inhérentes à l'opérateur en personne.

Telles sont, sommairement énoncées, les conditions dans lesquelles la chirurgie de conservation doit être remplacée par la chirurgie de suppression d'un organe essentiel, comme d'un membre tout entier. Ainsi doit s'imposer et s'accomplir ce sacrifice.

Un dernier mot, Messieurs et chers collègues, je croirais manquer à mon devoir de président, si je ne terminais cette simple allocution par un souhait cordial de bienvenue à nos confrères des départements et à ceux des pays étrangers, amis de la France, rassemblés dans l'enceinte hospitalière de la Faculté de médecine de Paris.

Arrivés pour assister au *Congrès français de chirurgie*, comme à un Congrès international et prendre part à ses travaux, nos confrères ont droit à nos sincères remerciements de leur présence parmi nous.

Félicitons-les, enfin, hautement de pouvoir, à leur passage et durant leur séjour à Paris, admirer, avec le monde entier, les merveilles de l'Exposition universelle de 1889.

Après ces quelques paroles du président, M. Pozzi, secrétaire général, a souhaité la bienvenue à nos hôtes étrangers. Il a dit qu'on avait demandé au comité permanent de donner à la réunion un caractère international, à l'occasion de l'Exposition. Mais le comité n'a pas cru devoir accueillir ces sollicitations. Au reste, sauf quelques abstentions volontaires, les chirurgiens étrangers ont, à toutes les sessions, profité volontiers de l'hospitalité du Congrès français, « qui a toujours voulu, qui veut tout particulièrement, en cette année hospitalière, tenir ses rangs grands ouverts au concours sympathique du dehors... Du reste, ajoute M. Pozzi, comme par le passé, et plus encore que dans les précédentes sessions, nous avons l'honneur de compter parmi nous plusieurs étrangers éminents. Je citerai au nombre des nouveaux venus: sir Thomas Longmore, professeur à l'école militaire de Netley (Angleterre), envoyé par le gouvernement britannique; le docteur Oscar Bloch, professeur à l'Université de Copenhague; le docteur Farkas, chirurgien de l'hôpital de la Croix-Rouge à Budapest; le professeur Démosthène, de Bucarest, spontanément délégué par le ministère de la guerre de Roumanie; le docteur Boutaresco, chirurgien de l'hôpital de Braïla, du même pays; le docteur Maydl, de Vienne, etc. Parmi ceux que vous avez déjà vus parmi nous et qui reviennent nous donner des preuves de de leur précieuse sympathie, je nommerai le professeur Tilanus, d'Amsterdam; le docteur Thiriar, chirurgien de l'hôpital Saint-Jean, de Bruxelles; le docteur Roux, chirurgien de l'hôpital cantonal de Lausanne; les professeurs Jacques et Auguste Reverdin, de Genève; le docteur Ziembicki, chirurgien en chef de l'hôpital de Lemberg (Galicie), etc. Je dois m'abstenir, pour ne pas abuser de votre attention, de désigner ici nominalement beaucoup d'autres chirurgiens distingués venus de divers pays. Cependant je ne puis m'empêcher de vous signaler le concours toujours fidèle de nos collègues d'Alsace-Lorraine. Qu'ils me pardonnent seulement d'être amené à parler d'eux à cette place, comme s'il s'agissait d'étrangers : ils connaissent nos sentiments; s'ils sont au delà de nos frontières, ils ne sont pas pour nous en dehors de la patrie. »

M. Pozzi termine par des renseignements sur l'état matériel et financier du Congrès.

La séance a été terminée par des communications de MM. Bloch (de Copenhague), Roux (de Lausanne), Demons (de Bordeaux), Lannelongue (de Paris).

Au début de la séance du mardi matin (7 octobre), M. le Président communique la liste des Présidents d'honneur : *Étrangers*, MM. Longmore (Angleterre), Tilanus (Amsterdam), Thiry (Bruxelles), Démosthène (Bucarest), Roux (Lausanne), J. Reverdin (Genève), Bloch (Copenhague); *Français*, MM. Rochard (Paris), Heydenreich (Nancy), Tripier (Lyon), Demons (Bordeaux), Combalat (Marseille), Pamard (Avignon), Tédenat (Montpellier).

Puisque nous parlons de cette séance, ajoutons qu'elle a été brusquement interrompue par un incendie. Le feu, parti du calorifère, a pris sous l'estrade du Bureau. Les tentures ont rapidement pris feu et les flammes ont détruit les remarquables tableaux de Matout qui ornaient la salle. Il y a dix-huit mois environ le feu avait pris de même et les gradins inférieurs avaient dû être remplacés. Il est probable qu'on avait oublié de modifier le système défectueux du calorifère sous-jacent. La première fois, il n'y avait pas de tentures et les tableaux, fort élevés, avaient été épargnés.

Cet incident nous force à remettre au prochain numéro le compte rendu de la discussion, aujourd'hui inachevée, sur les *Tuberculoses locales*.

Communications diverses.

Pansement antiseptique simplifié. — M. le professeur *Oscar Bloch* (de Copenhague) pense qu'on peut avec avantage simplifier le pansement antiseptique, et d'abord bannir le sublimé, dont les inconvénients et la toxicité ne sont plus à démontrer. On a de fort bons résultats en mettant directement sur la plaie de la gaze phéniquée, entourée d'ouate hydrophile non antiseptique, mais stérilisée, aseptique. Ce n'est pas encore assez simple, car: 1° la fabrication de la gaze phéniquée expose les ouvriers à des vapeurs qui irritent les yeux et les bronches; 2° cette gaze ne tarde pas à perdre ses propriétés antiseptiques. Or, si cet inconvénient est nul dans un hôpital où les approvisionnements sont sans cesse renouvelés, il devient sérieux pour le praticien ordinaire, à la campagne surtout. M. Bloch a donc tenté de supprimer la gaze phéniquée. De la gaze simple, en un rouleau entouré de deux enveloppes en papier à filtrer, est stérilisée à la vapeur d'eau, puis séchée au four. L'enveloppe externe peut être aussi souillée qu'on voudra : les inoculations sur milieux nutritifs démontrent que l'intérieur du paquet reste toujours aseptique. De même pour l'ouate hydrophile. Le chirurgien appliquera sur la plaie de cette gaze, légèrement imbibée, extemporanément, de solution phéniquée à 3 pour 100. Autour, on met de la gaze aseptique, puis de l'ouate. Les tampons employés au cours de l'opération sont faits en ouate aseptique, immergée dans la solution phéniquée à 3 pour 100.

Occlusions intestinales traitées par les ponctions multiples. — Le professeur *Demons* (de Bordeaux) pense que cette opération médico-chirurgicale est injustement délaissée. Il rappelle qu'elle a depuis quelque temps un regain de faveur en Angleterre (Les lecteurs de la *Gazette* se souviennent sans doute qu'elle a été préconisée par plusieurs auteurs, médecins surtout, au cours de la discussion du Congrès de médecine de Wiesbaden, p. 514). Les auteurs anglais font des ponctions non aspiratrices, avec d'assez grosses aiguilles; ce calibre plaît peu à M. Demons, car sur les parois intestinales souvent altérées, il faut craindre que le trou ne reste béant. M. Demons emploie donc l'aiguille n° 1 de l'aspirateur Dieulafoy et fait, à des profondeurs variables, des ponctions multiples et, au besoin, des séances multiples. Il n'a pas eu d'accidents à enregistrer et au contraire relate six observations heureuses, où le soulagement a été immédiat et où la guérison a été observée. Un des malades, il est vrai, est mort un an après d'un cancer du côlon. Il est à remarquer que tous ces faits concernent des occlusions chroniques, incomplètes même. Sans doute les accidents étaient graves, le traitement médical ne les avait pas enrayés, le ballonnement était intense; mais, dans la plupart, quelques selles persistaient et dans aucun les vomissements n'étaient fécaloïdes. En tout cas, cette méthode n'est que palliative, mais chez plusieurs des malades de M. Demons, elle a permis d'attendre, d'analyser la cause anatomique une fois diminué le météorisme, et de traiter cette cause, cause qui trois fois était une compression par un abcès: iliaque, lombaire, rétro-utérin. Cet abcès fut ouvert ou s'ouvrit et les malades guérirent. Un de ces abcès était manifestement pérityphlitique; au reste, on sait que les occlusions incomplètes sont une conséquence fréquente de la pérityphlite.

Traitement des abcès de la pérityphlite. — M. *Roux* (de Lausanne) montre qu'actuellement presque tous les abcès sont rapportés à des perforations de l'appendice vermiforme et sont précédés de poussées provoquées par le corps étranger, cause habituelle de la perforation. Il n'est cependant pas au nombre des chirurgiens qui conseillent d'aller immédiatement, par la laparatomie, dès la première alerte, à la recherche de l'entérite probable. Mais il ne se range pas non plus parmi ceux qui reculent l'intervention jusqu'à ce que l'abcès pointe, volumineux; trop souvent, alors, on le laisse se rompre dans le péritoine. Vingt et un malades, traités médicalement pendant très longtemps, ont fourni neuf péritonites dont une seule a guéri par la laparotomie. Il faut donc inciser dès qu'on reconnaît l'abcès. La fièvre n'est pas toujours un bon guide, la fluctuation est tardive. M. Roux insiste sur l'empâtement du cæcum au-dessus de l'appendice malade; on peut le confondre avec un amas stercoral, ce dont un purgatif fait la preuve. Il faut opérer sans tarder, s'il y a des accès de fièvre; si les crises de météorisme se répètent. On fera une incision parallèle à la fosse iliaque et, par l'exploration digitale, on ira à la recherche du foyer. Si on ne trouve pas l'abcès, il s'ouvrira bien plus volontiers dans la plaie opératoire, et l'on aura fait une besogne utile On peut craindre que le doigt explorateur n'aille déchirer des adhérences péritonéales: l'expérience prouve qu'il n'en est rien et que, dès le troisième jour, les adhérences ont une solidité suffisante. L'abcès siège souvent derrière le cæcum.

Greffes par la méthode de Thiersch et cicatrices vicieuses. — M. le professeur *Heidenreich* (de Nancy), après avoir rappelé les méthodes autoplastiques employées contre les cicatrices vicieuses, préconise l'emploi de greffes épidermiques, d'après la méthode de Thiersch. De larges lambeaux épidermiques sont appliqués sur une surface cruentée, de façon à la recouvrir entièrement : c'est donc tout différent des greffes de Reverdin, où l'on dissémine quelques petits îlots épidermiques à la surface d'une plaie granuleuse. La plaie cruentée peut résulter soit d'une opération immédiate, soit d'un raclage de bourgeons charnus. Soit donc une cicatrice vicieuse : on l'extirpera, on redressera la difformité qu'elle entraîne et l'on tapissera de greffes la surface qui bâillera; si la plaie est très anfractueuse, on attendra que les bourgeons l'aient en partie nivelée, et l'on procédera par avivement secondaire. M. Heydenreich diffère de Thiersch sur les deux points suivants : 1° il ne proscrit pas l'emploi des antiseptiques, et ne voit nul inconvénient à l'acide phénique faible; 2° il ne fait qu'effleurer avec le rasoir le corps papillaire et se garde bien d'entamer profondément le derme (ce en quoi il imite Socin). De la sorte, le rasoir enlève aisément des languettes longues de 8 à 10 centimètres et larges de 2 à 3. Le pansement doit être sec et ne pas adhérer aux greffes : aussi faut-il recouvrir la plaie cutanée d'une mosaïque épidermique. Au-dessus est une couche de gaze iodoformée. Le premier pansement reste cinq jours en place. Les résultats sont excellents. La rétraction est nulle ou à peu près, et c'est à peine si l'on peut voir, dans quelques cas, une différence extérieure entre la région greffée et les voisines. M. Heydenreich relate trois opérations heureuses, toutes deux pour cicatrices vicieuses de brûlure : l'une au pouce; les deux autres, sur le même sujet, à l'aine et au creux poplité. Dans ce dernier cas, les plaies avaient, l'une 9 centimètres sur 5, l'autre 6 sur 12.

Des greffes autoplastiques, par M. *Ollier*.—Il s'agit de larges greffes, ayant 6, 8, 10 centimètres carrés, prises sur la peau du sujet lui-même ou sur un membre fraîchement amputé. Ces greffes dermo-épidermiques ont été étudiées en 1871 par M. Poncet, alors interne de M. Ollier. C'était le moment où M. Reverdin venait de faire connaître ses greffes épidermiques, dont le but est différent, car M. Ollier ne voulait pas se borner à créer quelques centres d'épidermisation, mais se proposait une véritable greffe autoplastique. Les fragments transplantés ont toute l'épaisseur de la peau, et ils vivent définitivement au point où on les a transportés. On ne réussit bien que si on ne laisse pas de tissu inodulaire dans la profondeur. Ces travaux de M. Ollier ont été oubliés, et M. Ollier a été étonné de voir décrire une « méthode de Thiersch » à peu près identique. Ces greffes peuvent être faites sur des plaies fraîches; elles réussissent encore mieux sur des plaies granuleuses. M. Ollier s'élève contre les greffes hétéroplastiques (peau de lapin, de grenouille). Au reste, il en est de même pour la greffe osseuse, qui ne persiste pas si elle est faite avec un os d'animal, mais est utile il est vrai par une sorte d'action de présence.

Des résultats éloignés des greffes osseuses dans les pertes de substance étendue du squelette. — M. *Poncet* (de Lyon) a publié au Congrès, il y a trois ans, une observation démontrant le bon résultat immédiat de ces greffes. L'opération a aujourd'hui trois ans et demi de date : on peut donc juger du résultat définitif. Or il est excellent. Les greffes ont certainement eu ici une action remarquable, qu'on n'aurait osé espérer. L'enfant, actuellement âgé de dix-sept ans environ, fait, sans appareil, des marches de 18 à 20 kilomètres. Il y a cependant 8 centimètres de raccourcissement. Le sujet s'en tire fort bien avec une semelle épaisse de 3 à 4 centimètres, et on n'y voit extérieurement à peu près rien.

Déformations consécutives a la tuberculose osseuse des doigts. — Le professeur *Lannelongue* (de Paris) étudie les suites de la tuberculose osseuse, appelée spina ventosa dans les livres anciens. Il affirme, d'abord, que les complications du côté des articulations digitales y sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le dit classiquement. Avec ou sans séquestre, le processus est avant tout destructeur, et l'on conçoit la possibilité, s'il n'y a pas de régénération ultérieure, du *doigt ballant* où une bride fibreuse réunit les deux épiphyses séparées; ou, s'il y a consolidation, d'un *raccourcissement* que signalent tous les auteurs. Le travail de réparation peut être exagéré, et de là un *allongement des phalanges*, soit avec hyperostose en tous sens, soit avec incurvation de l'os resté grêle, en sorte qu'il n'y a pas d'allongement apparent du doigt. Mais aussi, la deuxième phalange ayant été malade, avec ou sans une des déformations précédentes,

il peut y avoir irritation de l'épiphyse de la première phalange, et de là un allongement qui compense plus ou moins le raccourcissement de la deuxième phalange. Des phénomènes analogues se passent quand les lésions portent sur un *métacarpien*, dont l'épiphyse peut être, suivant les cas, irritée ou soudée prématurément : de là le *doigt repoussé* (variété rare, vue par M. Lannelongue au pouce et au gros orteil), où le doigt lui-même est normal; et le *doigt rentrant*, plus fréquent, facilement méconnu, car si l'articulation métacarpo-phalangienne est remontée de 2 ou 3 centimètres dans la paume de la main, rien n'apparaît à examiner le pli digito-palmaire.

Les *changements d'axes* résultent des ulcérations compressées des *surfaces articulaires*, de là des usures, des subluxations. La cause en est, comme pour toutes les tumeurs blanches, dans les attitudes vicieuses d'origine musculaire. La première phalange se déplace en avant, les deuxième et troisième phalanges se déplacent en arrière. Dans ces tuberculoses osseuses, les lésions tendineuses sont fréquentes, surtout au niveau des extenseurs.

On peut voir des doigts où les déviations s'associent; des mains où les divers doigts présentent les divers types.

(*A suivre.*)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

L'hérédité dans les maladies infectieuses.

La transmission héréditaire de certaines maladies infectieuses a été démontrée depuis longtemps par la clinique; il suffit de citer la variole et la syphilis. Mais il est d'autres affections où le problème est plus complexe et plus difficile à résoudre. On sait combien de travaux contradictoires a suscités l'histoire de l'hérédo-tuberculose : on a soutenu la possibilité d'une contamination fœtale par le père ou par la mère; on a décrit des cas d'hérédité précoce ou tardive, calquant les divisions sur celles qu'on admet pour la syphilis. D'autres auteurs ont totalement rejeté l'idée d'une transmission directe et n'ont compris l'hérédité tuberculeuse que comme une prédisposition congénitale à contracter la maladie : ce qui se transmettrait dans cette hypothèse, ce ne serait pas le bacille, ce serait le terrain favorable à son développement.

La pathologie expérimentale s'est emparée du problème et le nombre des travaux qu'a suscités la question est très considérable.

En se plaçant à un point de vue général, on peut citer tout d'abord les magnifiques recherches de M. Pasteur sur les maladies des vers à soie. On sait qu'il existe chez ces animaux deux infections principales, la pébrine et la flacherie. La pébrine se transmet de génération en génération, par les œufs qui renferment l'agent pathogène; celui-ci s'incorpore à l'œuf dans le sein de la chrysalide femelle, puis devient partie intégrante de l'embryon et du ver qui en naît; le mâle ne transmet pas la maladie, mais il peut exercer sur la progéniture une influence nuisible qui se traduit par la faiblesse du ver et la qualité moindre de son cocon. Dans la flacherie, au contraire, l'agent de la maladie siège dans l'intestin et n'envahit pas les œufs. Les vers qui naissent d'animaux contaminés, n'ont pas la maladie, mais ils sont faibles et débiles et presque fatalement condamnés à la contagion; ce qui se transmet c'est la prédisposition morbide, l'aptitude à contracter la flacherie. Ne trouvons-nous pas, dans l'histoire de ces affections des vers à soie, la reproduction de ce qui se passe ou du moins de ce qu'on admet pour deux maladies des êtres supérieurs, la syphilis et la tuberculose.

I

Pour les mammifères, c'est avec le charbon, cette maladie expérimentale par excellence, qu'on a essayé tout d'abord de résoudre le problème et de déterminer si les germes infectieux peuvent ou non traverser le placenta et envahir le fœtus.

Les premiers savants n'obtinrent que des résultats négatifs. Brauell en 1858 rapporta quatre expériences, portant sur une jument et trois brebis; l'examen microscopique ne montra dans le fœtus aucune bactéridie, et l'inoculation aux animaux n'amena aucun accident; il est vrai que ces inoculations furent faites au moyen de scarifications et de sétons, c'est-à-dire par des procédés qui ne permettaient d'introduire que des quantités de sang extrêmement faibles. Davaine ajouta un autre fait : sur un fœtus de cobaye il n'observa pas non plus le passage du charbon et, plus récemment, en 1876, Bollinger en opérant avec une brebis, une chèvre et une lapine, arriva à la même conclusion négative. Dès lors la question semblait jugée : la loi de Brauell-Davaine fut admise sans conteste et le placenta fut considéré comme un filtre parfait.

Une première opposition partit de MM. Arloing, Cornevin et Thomas; ces savants montrèrent que le charbon symptomatique se transmet de la mère au fœtus : ils regardèrent même ce résultat comme établissant un nouveau caractère différentiel entre la maladie qu'ils étudiaient et le charbon bactéridien.

En 1882, MM. Straus et Chamberland publièrent quelques faits qui semblaient encore confirmer la loi de Brauell. Mais continuant leurs études, ces auteurs reconnurent que, dans quelques cas, la transmission est possible. Leurs recherches portèrent sur vingt cobayes; l'examen microscopique du sang, du foie, de la rate, ne montra rien d'appréciable : les fœtus ne présentaient aucune altération et, comme l'avait déjà noté Brauell, le sang n'offrait pas l'aspect agglutinatif qu'on observe chez les animaux qui succombent au charbon. Mais le résultat fut tout différent lorsque ces auteurs s'adressèrent à une autre méthode, c'est-à-dire lorsqu'ils eurent recours aux cultures et aux inoculations; ils obtinrent ainsi plusieurs résultats positifs, surtout par la culture, car les inoculations échouèrent assez souvent. En opérant sur vingt-six fœtus, ils purent déceler quatorze fois la présence de bactéridies. Leurs recherches leur permirent d'établir que, dans quelques cas assez rares, le charbon ne se transmet à aucun des fœtus d'une portée; ailleurs la maladie frappe tous les fœtus; le plus souvent elle n'en atteint que quelques-uns. Dans tous les cas, le nombre des bactéridies qui pénètrent dans l'organisme fœtal est extrêmement minime; ainsi s'expliquent les résultats négatifs obtenus par les premiers observateurs. Aussi, pour arriver à une conclusion légitime, faut-il avoir soin avec chaque fœtus, d'ensemencer plusieurs ballons et d'introduire dans chacun d'eux une grande quantité de sang ou de gros fragments d'organes. Encore est-il que, malgré ces précautions, plusieurs ballons restent stériles.

Les expériences de MM. Straus et Chamberland eurent un retentissement considérable et suscitèrent un grand nombre de travaux qui vinrent confirmer les conclusions des deux savants français. Tels furent ceux de Perroncito, de Koubassoff, de Birsh-Hirschfeld, de Rosenblath. Il est

vrai que Wolff n'obtint que des résultats négatifs, sauf dans deux expériences; il admit, sans qu'on sache trop pourquoi, que ces deux faits positifs devaient s'expliquer par une contamination accidentelle; nous croyons au contraire que ces résultats sont tout à fait semblables à ceux des autres expérimentateurs; si Wolff et Rosenblath ont échoué plus souvent que d'autres, c'est que les ensemencements ont été faits avec des fragments d'organes trop petits : en ensemençant la presque totalité du foie de dix-sept fœtus de lapines charbonneuses, MM. Chamberland et Roux constatèrent neuf fois la présence de bactéridies.

Enfin il existe encore quelques observations intéressantes, parce qu'elles ont été recueillies chez l'homme. Une des premières est due à Marchand : une femme meurt du charbon peu d'heures après l'accouchement; l'enfant succombe à la même infection quatre jours plus tard; il y avait de nombreuses bactéridies dans le placenta et on trouva des ulcérations au niveau des villosités choriales. Paltauf rapporte un cas où l'on découvrit des bacilles dans le poumon d'un fœtus de cinq mois provenant d'une femme atteinte du charbon. Dans deux faits observés par Eppinger, et dans un autre dû à Morisani, les résultats furent négatifs.

On peut conclure de toutes les expériences et des observations publiées jusqu'ici, que le charbon peut traverser le placenta; mais le fait est loin d'être constant et le nombre des bactéridies qui envahissent le fœtus est toujours fort minime. Ainsi s'explique que jamais, sauf quelques cas exceptionnels (Birsh-Hirschfeld, Koubassof), on n'ait observé de bactéridies à l'examen microscopique.

Il est donc difficile d'établir quelle est la fréquence de la transmission héréditaire du charbon. Du reste dans ce cas, comme dans tous les autres cas du même genre, la statistique ne peut donner que des résultats illusoires et ne présente aucun intérêt au point de vue scientifique. Si la bactéridie charbonneuse ne passe au fœtus que d'une façon assez variable, c'est que les faits en apparence identiques sont en réalité dissemblables, c'est que les animaux réagissent différemment suivant une foule de circonstances qu'il est souvent bien difficile d'expliquer, c'est qu'en un mot l'expérience est modifiée par diverses conditions qui favorisent ou entravent ce passage. Aussi l'effort du savant devra-t-il tendre, non à discuter sur la fréquence du phénomène, mais à établir pourquoi ou plutôt comment il se produit, c'est-à-dire à rechercher son déterminisme expérimental. C'est pourquoi on saura gré à M. Malvoz d'avoir repris la question et d'avoir tenté de pénétrer le mécanisme par lequel se fait le passage intraplacentaire du charbon. Il résulte des recherches de l'auteur que la condition indispensable réside dans l'existence d'altérations placentaires. Aussi comprend-on que les microbes non pathogènes, comme le prodigiosus, soient incapables de franchir la barrière; il en est de même pour les matières inertes, telles que le sulfate de baryum ou l'encre de Chine; si d'autres corps peuvent passer, c'est qu'ils pénètrent par effraction, par suite des lésions que déterminent les substances solides ou résistantes. On peut donc conclure que s'il n'y a pas d'altération du placenta, il n'y a pas de passage des éléments figurés. M. Malvoz fait remarquer encore que les bactéridies se transmettent au fœtus plus facilement chez le cobaye que chez le lapin, ce qui s'explique par une plus grande fréquence des altérations placentaires chez le premier de ces animaux.

Ces expériences fort intéressantes ne font évidemment que reculer la solution du problème; elles amènent à rechercher quelles sont les conditions qui favorisent les altérations du placenta et qui font que, dans des cas en apparence identiques, il puisse y avoir des lésions différentes. Sans doute le problème est difficile à élucider; nous ne voyons guère, pour le moment, dans quel sens doivent être entreprises les recherches. Mais c'est déjà beaucoup de pouvoir poser les termes d'un problème et de montrer comment les découvertes successives ne font souvent que déplacer une question en y introduisant une inconnue nouvelle.

On conçoit facilement que la transmission intraplacentaire ne puisse se faire que pour les microbes pathogènes qui, à un moment donné, peuvent infecter le sang; c'est ce qui arrive dans le charbon; c'est ce qui arrive également dans les septicémies. Dans ce dernier cas, la transmission héréditaire se fait avec la plus grande facilité; mais ici encore on n'obtient le plus souvent que des résultats négatifs par l'examen microscopique; il faut avoir recours à l'ensemencement ou à l'inoculation. C'est ce qui résulte des recherches de Kroner sur la septicémie des lapins, de celles de Bordoni-Uffreduzzi sur une maladie produite chez le lapin et le cobaye par le *Proteus hominis capsulatus*, de celles de Straus et Chamberland et de Barthélemy sur le choléra des poules. Dans cette dernière maladie, M. Malvoz a trouvé, comme dans le charbon, de petites hémorrhagies au niveau du placenta; la lésion de cet organe serait donc ici aussi indispensable au passage des microbes.

Nous avons déjà vu que les recherches de MM. Arloing, Cornevin et Thomas, confirmées par celles de MM. Straus et Chamberland et de M. Kitt, ont établi que le charbon symptomatique envahit facilement le fœtus; c'est là encore un fait qui trouve son explication dans la généralisation des microbes à la fin de la maladie.

La gangrène gazeuse, dont l'agent se rapproche beaucoup de celui du charbon symptomatique, se comporte de même. Mais la transmission se fait plus difficilement et le nombre de microbes qui traversent le placenta est toujours fort minime; il faut garder le sang du fœtus à 35 degrés et à l'abri de l'air pendant plusieurs jours pour y trouver la bactérie septique (Straus et Chamberland).

II

Nous nous sommes occupés jusqu'ici des maladies frappant surtout les animaux. Avec la pneumonie, nous trouvons un microbe qui présente peut-être plus d'intérêt au point de vue de la pathologie humaine.

L'existence de pneumonies congénitales est admise depuis longtemps. Grisolle dit que cette affection n'est pas rare chez le nouveau-né et amène la mort en quelques heures; à l'autopsie, on trouverait des foyers disséminés et même des abcès du poumon, ce qui peut laisser quelques doutes sur la nature de la maladie transmise.

Netter, qui a fait sur ce sujet d'intéressantes recherches, signala en 1886 la transmission du pneumocoque chez le cobaye; sur quatre fœtus, issus d'une mère contaminée, deux renfermaient le microbe. Foa et Uffreduzzi sur le lapin, Ortmann sur le cobaye, ont observé des faits analogues. La transmission du pneumocoque est donc possible chez les animaux, elle l'est également dans l'espèce humaine.

Thorner rapporte un cas où la mère accoucha à terme,

après la défervescence d'une pneumonie; l'enfant succomba en trente-six heures; l'autopsie montra une hépatisation du lobe inférieur gauche et l'examen microscopique permit de retrouver le pneumocoque. Les faits de Marchand et de Strachàm sont moins démonstratifs parce que la recherche des microbes n'a pas été pratiquée. L'observation la plus complète est celle de Netter; l'enfant succomba au bout de cinq jours; ce laps de temps, un peu long, pourrait faire supposer à la rigueur, si l'observation était unique, qu'il s'agissait d'une contamination après la naissance; quoi qu'il en soit, les lésions étaient fort marquées et consistaient en une hépatisation rouge du sommet droit, avec fausses membranes pleurales, péricardiques, exsudats fibrino-purulents dans les méninges et les caisses du tympan. C'était donc un cas de pneumonie infectante, dont la nature fut démontrée par l'examen bactériologique; la généralisation des lésions s'explique facilement par l'entrée directe des germes morbides dans le sang.

Peut-être le passage intraplacentaire du pneumocoque est-il plus fréquent qu'on ne le croit, seulement le microbe détermine des phénomènes septicémiques et l'avortement qui en résulte est trop facilement attribué à des causes banales, telles que l'hyperthermie.

Des recherches bactériologiques permettront sans doute de trouver encore le pneumocoque dans les fœtus issus de mères atteintes d'une des affections que peut déterminer ce microbe, méningite cérébro-spinale, endocardite ulcéreuse, etc. Netter cite à ce propos une observation de Hecker, datant de 1876: une femme succombe à une méningite suppurée; l'enfant, retiré par une opération césarienne, meurt au bout de trente-quatre heures et l'autopsie montre une pneumonie lobaire gauche avec exsudats pleuraux et péricardiques.

Enfin, il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que c'est surtout lorsque le pneumocoque détermine une infection générale qu'il traverse le plus facilement le placenta. C'est ce qui explique sans doute que le passage au fœtus semble plus fréquent chez les animaux que dans l'espèce humaine.

Le microbe de Friedlander qui, s'il ne produit pas la pneumonie franche, paraît pourtant capable de déterminer des lésions pulmonaires, pourrait aussi, d'après Netter, se transmettre au fœtus. Par contre, Foa et Rattone pensent qu'il favorise l'avortement, mais ne traverse pas le placenta; ces auteurs inoculent dans le péritoine des cobayes femelles pleines; les animaux avortent au bout de trente-six à quarante-huit heures, et l'on ne trouve de microbes ni dans le fœtus ni dans le placenta.

Puisque nous parlons de maladies humaines, nous sommes immédiatement amené à dire quelques mots de la fièvre typhoïde: sa transmission au fœtus semble bien établie par les observations récentes; mais nous sommes forcés de rejeter les faits anciens. Ainsi dans le cas de Charcellay, publié en 1840, nous voyons un enfant succomber huit jours après la naissance; l'autopsie révèle des lésions qui rappellent peut-être celles de la fièvre typhoïde, mais pourraient bien mieux s'expliquer par une septicémie, contractée après la naissance, d'autant plus que la mère n'eut de symptômes typhiques, ni pendant la grossesse, ni après l'accouchement. Les seules observations incontestables sont évidemment celles où l'on a fait l'examen bactériologique. Nous trouvons trois cas à citer: Reher, puis Neuhauss, ont décelé dans les organes de fœtus, provenant de mères typhiques, des microbes analogues aux bacilles d'Eberth; mais ils notèrent l'absence d'hypertrophie splénique et d'altérations des plaques de Peyer. Plus récemment, Eberth a rapporté l'observation d'un fœtus de cinq mois, qui fut expulsé avec un chorion intact; l'autopsie ne montra aucune altération appréciable, mais l'examen des organes et surtout la culture permirent de trouver le microbe caractéristique.

Enfin nous rappellerons que Chantemesse et Widal ont constaté dans un cas la présence de bacilles typhiques dans le placenta d'une femme atteinte depuis douze jours et qui avorta au quatrième mois de la grossesse. Les mêmes auteurs, en inoculant une femelle de cobaye pleine, l'ont vue avorter au bout de quarante-huit heures et ont trouvé le bacille dans les fœtus expulsés.

Il semble donc démontré que le bacille typhique peut, lui aussi, traverser le placenta, et ce fait nous explique la fréquence de l'avortement au cours de la dothiénentérie; l'examen bactériologique est indispensable pour affirmer la présence du microbe, d'autant que dans tous les cas publiés jusqu'ici on n'a constaté aucune altération viscérale. Le bacille d'Eberth pénétrant directement dans le sang tue le fœtus en produisant une vraie septicémie: c'est là un nouvel exemple des variations symptomatiques qu'on peut observer suivant la porte d'entrée du virus.

III

La transmission intraplacentaire des fièvres éruptives est établie sur des observations cliniques assez nombreuses. Vogel, Heine, Rilliet et Barthez ont publié plusieurs cas de rougeole congénitale, la mère étant elle-même atteinte avant l'accouchement. Nous connaissons aussi quelques cas congénitaux de scarlatine, observés par des auteurs plus ou moins anciens, Baillou, Ferrario, Portier, etc.

C'est la variole qui a fourni le plus grand nombre d'observations de transmission congénitale; les faits recueillis ont d'autant plus de valeur que l'enfant, en venant au monde, porte des lésions caractéristiques; il ne peut donc y avoir de doute sur la nature de la maladie; quelques cas mêmes ont la certitude des résultats expérimentaux: ils ont servi à des inoculations qui ont été positives (Gervis, Jenner).

L'hérédo-variole est surtout fréquente à la fin de la grossesse. De même que pour le charbon, on peut, dans les cas de grossesse gémellaire, n'observer la contamination que d'un seul fœtus. Dans une observation de Kaltenbach, une femme atteinte de variole mit au monde trois enfants: deux portaient des pustules; le troisième n'en avait pas. Souvent la variole du fœtus est plus récente que celle de la mère; celle-ci peut être en convalescence et accoucher d'un enfant en pleine éruption. Dans quelques cas le fœtus a contracté la maladie, la mère étant indemne. Enfin, alors même qu'il n'y a pas transmission à proprement parler et que le fœtus ne présente aucune altération, son organisme a pu être profondément modifié sous l'influence de la maladie maternelle, et l'enfant naît vacciné, ayant acquis l'immunité dans l'utérus. Ce sont là des faits fort curieux sur lesquels nous aurons à revenir dans une autre partie de cet article, où nous parlerons en même temps de l'immunité que peuvent acquérir les fœtus contre la vaccine et la clavelée.

Parmi les autres maladies infectieuses dont la transmission au fœtus a été démontrée expérimentalement, nous citerons d'abord la morve; Loeffler a rapporté sur ce sujet un cas fort curieux: une cobaye femelle inoculée fut malade,

mais guérit; elle mit au monde cinq mois après l'inoculation un petit qui, à la naissance, ne présentait aucune manifestation morbide; il mourut après une semaine et l'autopsie montra une morve viscérale.

MM. Cadéac et Mallet, opérant sur treize femelles pleines, observèrent deux fois le passage de la mère au fœtus. Ferraresi et Guarnieri trouvèrent des bacilles dans le foie du fœtus; et, ce qui donne un certain intérêt à leur observation, c'est qu'il existait dans le placenta des foyers hémorrhagiques contenant également l'agent pathogène.

La transmission de la rage a d'abord été démontrée par l'observation clinique: Lafosse a vu une vache enragée mettre bas un veau, qui présenta les premiers symptômes de la rage le troisième jour après la naissance. Bouley cite un cas semblable de Canillac. Plus récemment, MM. Perroncito et Carita ont étudié la question au point de vue expérimental: une lapine, inoculée de la rage, mit bas quatre petits la veille du jour où commencèrent les symptômes paralytiques; la moelle de deux fœtus fut inoculée à deux cobayes, l'un prit la rage, l'autre résista. Néanmoins la transmission du virus rabique ne semble se faire que d'une façon tout à fait exceptionnelle; on sait d'ailleurs que jamais ou presque jamais on n'a trouvé au sang de propriétés infectantes et qu'il est bien établi que seuls les microbes qui peuvent envahir le sang sont capables de traverser le placenta. Du reste, au laboratoire de M. Pasteur, on a fait plusieurs expériences, qui sont restées négatives; on a inoculé le bulbe de huit petits, nés d'animaux enragés, et aucun de ces bulbes ne s'est montré virulent. On peut répondre, il est vrai, que chez le fœtus, le virus ne siège peut-être pas dans les centres nerveux. Les expériences de Zagari infirment cette objection: l'auteur a opéré sur quatorze femelles pleines inoculées avec le virus fixe; trente-deux fœtus servirent aux expériences: on prit les centres nerveux, le foie, quelquefois même le fœtus entier; les inoculations faites sur des lapins ou des cobayes n'eurent aucun résultat.

Pour le choléra, nous pouvons citer le fait de Tizzoni et Cattani: une femme atteinte de cette infection mit au monde un fœtus de cinq mois; ici encore, comme pour la plupart des autres maladies, l'examen microscopique ne montra aucun microbe, tandis que les cultures permirent de trouver le bacille-virgule.

Nous signalerons encore la transmission au fœtus de la fièvre intermittente, c'est du moins ce que semblent établir quelques observations anciennes. Stokes a observé une femme enceinte ayant des accès tierces et dont l'enfant avait des mouvements convulsifs les jours d'apyrexie de la mère. Pitre, Aubanais, ont vu des paludéennes mettre au monde des enfants ayant une hypertrophie de la rate et des accès fébriles aux mêmes jours et aux mêmes heures que leur mère. Schurig, Hoffmann, Russel, ont publié des observations analogues.

On a vu aussi la fièvre récurrente se transmettre au fœtus et, dans un cas, Spitz a pu trouver chez l'embryon les spirilles d'Obermeier.

Enfin, nous indiquerons pour mémoire une observation d'Aubert (1840): une femme atteinte de la peste accoucha pendant sa maladie d'un enfant de sept mois, qui avait un charbon sur le front.

Il serait intéressant de savoir comment se comporte le streptocoque de l'érysipèle, puisque ce microbe semble être l'agent le plus fréquent de la septicémie puerpérale. Il est probable que cette transmission peut se faire, puisque Lorain a observé des péritonites chez des enfants issus de femmes puerpérales et que Simone a démontré le passage intraplacentaire du streptocoque de la suppuration, qui est, comme on sait, analogue, sinon identique, à celui de l'érysipèle. Lebedeff a publié à ce propos une observation fort curieuse. Il s'agit d'une femme enceinte ayant un érysipèle aux extrémités inférieures. Au sixième mois, elle avorta d'un fœtus, qui succomba au bout de dix minutes. La peau du fœtus était altérée et renfermait de nombreux microbes, ayant les caractères de ceux de l'érysipèle, et siégeant dans les lymphatiques de la peau; on n'en trouvait ni dans le sang, ni dans le placenta; mais il y en avait dans les tissus du cordon ombilical. L'auteur admit que les microcoques avaient passé à travers les villosités épithéliales dans le placenta et dans les voies lymphatiques du cordon et de là dans la peau. Il y aurait donc là une voie de transmission que nous n'avons pas encore observée dans les autres maladies.

G.-H. Roger.

(A suivre.)

REVUE DES COURS ET DES CLINIQUES

HÔPITAL NECKER : M. LE PROFESSEUR DIEULAFOY.

Sciatique double symptomatique du diabète sucré.

La sciatique double symptomatique du diabète sucré signalée et étudiée par M. Worms, en 1879, doit être mise au rang des signes dits révélateurs de cette maladie. L'apparition du signe de Worms, comme celle d'un anthrax, d'un prurit préputial, d'une rétraction de l'aponévrose palmaire (Dreyfus-Brisac), doit toujours inviter à rechercher le sucre dans les urines. Ce syndrome peut aider ainsi à dépister une forme fruste ou lente de glycérine.

M. le professeur Dieulafoy montrait récemment aux élèves qui suivent son service comment l'apparition d'une sciatique double lui avait permis de déceler la présence du diabète sucré chez un malade couché dans ses salles.

Un homme de trente-trois ans entre à l'hôpital Necker pour des douleurs irradiant à la partie postérieure des cuisses et des jambes. Il ne se plaignait d'aucun autre trouble morbide et n'accusait d'autres antédents qu'une attaque de rhumatisme polyarticulaire aigu. En examinant avec soin les membres endoloris, M. Dieulafoy retrouve, du côté droit comme du côté gauche, les signes classiques de la sciatique: points trochantériens, poplités, péroniers, malléolaires, crises spontanées qui réveillent le malade au moins une fois par nuit, exacerbation de la douleur dès que le patient met pied à terre.

Les douleurs siégeaient symétriquement dans les mêmes branches nerveuses, mais les filets supérieurs du sciatique semblaient indemnes, car les premiers points douloureux rencontrés en procédant de haut en bas étaient les points trochantériens.

En présence de cette sciatique double, survenue chez un homme ne portant dans le bassin aucune tumeur pouvant causer une compression sur l'un et l'autre nerf, M. Dieulafoy n'hésita pas et, à première vue, avant tout examen ultérieur, diagnostiqua le diabète sucré.

L'urine fut ensuite analysée; elle contenait 7 grammes de sucre par litre.

En reprenant avec soin l'interrogatoire du malade, en recherchant d'autres stigmates diabétiques, on ne put retrouver qu'un seul symptôme flagrant: la frigidité. Cet homme, jeune encore, finit par avouer que depuis dix-huit mois il ne se sentait plus d'appétit sexuel. La perte des

aptitudes viriles était d'ailleurs acceptée par lui avec résignation et indifférence, comme c'est la règle chez le diabétique.

M. Dieulafoy n'institua d'autre traitement que le repos et le régime alimentaire. Après quelques jours seulement de cette thérapeutique, les douleurs s'étaient apaisées en même temps que la glycosurie diminuait. Au bout de quinze jours les névralgies bilatérales avaient complètement disparu et le malade ne rendait plus dans ses urines qu'une quantité insignifiante de sucre. Voici donc un cas de sciatique double d'origine diabétique, présentant tous les caractères assignés par M. Worms à cette forme de névralgie; les douleurs étaient symétriques en même temps que partielles; elles s'atténuaient parallèlement à la glycosurie.

Tout se réduit encore à des hypothèses sur la pathogénie de ces névralgies doubles, que l'on peut observer même sur les nerfs dentaires. M. Worms et M. Peter admettent que la dyscrasie est la cause de la névralgie symétrique. Il y a quelques années, Romberg disait déjà, dans un langage imagé, que ces névralgies étaient les plaintes des nerfs implorant un sang non vicié. Cette manière de voir est d'accord avec ce que nous savons aujourd'hui des désordres occasionnés sur les nerfs périphériques par les substances toxiques. Ces désordres se traduisent par des névralgies ou des paralysies symétriques; la preuve en est dans les paralysies et névralgies symétriques des saturnins. Or les névralgies diabétiques peuvent être comparées aux névralgies saturnines; ce sont des névralgies par auto-intoxication et l'on peut admettre l'hypothèse que le sucre charrié par le sang joue vis-à-vis les nerfs périphériques le même rôle que le plomb ou l'alcool.

Fernand Widal.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale.

L'ostéopériostite externe primitive de l'apophyse mastoïde et l'inflammation purulente primitive des cellules mastoïdiennes (Mémoire lu au Congrès international d'otologie et de laryngologie de Paris, septembre 1889), par M. le docteur Lévi, ancien médecin des hôpitaux militaires.

I

Ostéopériostite externe primitive de l'apophyse mastoïde.

Chaque fois qu'un chirurgien se trouve en présence d'une inflammation non traumatique de la région mastoïdienne, il procède, et avec raison, à l'examen du conduit auditif externe et de la caisse du tympan; c'est là, en effet, que se trouvent d'ordinaire et la cause, et le point de départ de la maladie.

On rencontre cependant quelques malades, rares il est vrai, chez lesquels l'examen le plus minutieux ne permet de découvrir ni otite externe profonde, ni otite moyenne purulente : force est alors de reconnaître que la lésion qu'on a sous les yeux, n'est pas une lésion secondaire, venue de l'intérieur de l'oreille, mais bien une lésion idiopathique et primitivement externe.

Les auteurs les plus anciens d'otologie, qui avaient parfaitement reconnu les relations qui existent entre les suppurations de l'oreille et celles de l'apophyse mastoïde, ne font nulle mention des inflammations primitives de cette dernière région. Wilde, le premier, parle, mais très sommairement, de la périostite externe primitive, dans le passage suivant de son *Traité de chirurgie auriculaire* (1):

(1) Wilde, *Practical observ. on aural. surgery*, 1855.

« La quatrième espèce de tumeur, dit l'auteur anglais, est la suite d'une inflammation aiguë, qui a pour point de départ une périostite de l'apophyse mastoïde et qui s'étend jusqu'au pariétal, ou une accumulation de pus dans les cellules mastoïdiennes, à la suite d'otite moyenne purulente. Cette tumeur peut aussi être le résultat d'une otorrhée chronique qui a d'abord amené la carie. »

Voltolini, dans la *Monatschrift für Ohrenheilkunde*, n° 12, 1875, décrit une inflammation primitive de la région mastoïdienne dont l'existence est encore mise en doute par quelques auteurs étrangers, notamment par Buck (1) et Roosa (2), et qui est à peine mentionnée par les auteurs français. Le chirurgien de Breslau a publié trois observations de tumeurs inflammatoires post et sub-auriculaires, dont une suivie de mort; mais il considère ces tumeurs comme le résultat d'une inflammation du tissu cellulaire sous-cutané.

Sous le titre de périostite primitive des deux apophyses mastoïdes, Knapp a communiqué, au Congrès international d'otologie de New-York (septembre 1876), l'observation d'une malade atteinte de tumeurs mastoïdiennes primitives, avec lésions périostiques évidentes. Cet auteur appelle l'attention sur un phénomène qui, d'après lui, permet d'affirmer l'existence de l'inflammation du périoste, à savoir : la tuméfaction de la partie supérieure du muscle sterno-mastoïdien, dont les attaches, par suite de leur rapport intime avec le périoste, s'enflamment en même temps que lui, et favorisent ainsi les fusées purulentes qui se produisent quelquefois le long de ses fibres (3).

Dans les observations ultérieures de Voltolini, de Jacoby (*A. f. O.*, t. XV), de Turnbull, de Swann Burnett (*Z. f. O.*, t. IX), de Hotz (*Z. f. O.*, t. IX), de Politzer, de Kirchner, etc., l'inflammation aurait envahi tantôt le tissu cellulaire sous-cutané seul, tantôt ce tissu et le périoste sous-jacent. Mais, dans tous les cas, l'oreille externe et l'oreille moyenne étaient restées saines; on n'avait constaté ni surdité, ni écoulement, ni bruits subjectifs.

L'étiologie de l'inflammation primitive de la région mastoïdienne externe est encore très obscure. Voltolini attribue à cette affection un caractère spécifique parce qu'elle est souvent bilatérale, et qu'au début elle occupe toujours la même place.

Le plus souvent, elle se développe sans cause connue, ou à la suite d'un refroidissement, soit général, soit localisé à la tête seulement. Elle est tantôt unilatérale, tantôt bilatérale, envahit toujours la région supra et post-auriculaire. Les deux apophyses peuvent être atteintes simultanément, ou successivement, à des intervalles plus ou moins éloignés.

Le nombre des cas publiés, jusqu'à ce jour, n'est pas encore suffisant pour permettre d'établir par la statistique la part d'influence qui revient à l'âge, au sexe ou à d'autres facteurs sur la production de cette maladie dont les symptômes sont extrêmement pénibles. Elle s'annonce par des douleurs vives, déchirantes, qui, partant de l'apophyse mastoïde, s'irradient à la nuque, à l'occiput, à la région pariétale, à l'œil, aux dents; elle évolue sans fièvre, mais le plus souvent elle s'accompagne d'un mouvement fébrile intense, d'anorexie, d'insomnie, avec recrudescence de douleurs au milieu de la nuit.

En très peu de jours, la région mastoïdienne et, avec elle, la région supra-auriculaire se tuméfient, deviennent rouges, luisantes, tendues, chaudes et douloureuses au moindre contact. Du neuvième au douzième jour, il se forme une suppuration qui, en raison de l'épaisseur de la peau, arrive rarement à se faire jour au dehors, sans intervention chirurgicale; et, si le malade est abandonné à lui-même,

(1) Buck, *Diseases of the ear*, p. 315.
(2) Roosa, *Lehrbuch der praktischen Ohrenheilkunde*, traduit de l'anglais par Weiss. 1889.
(3) Knapp, *Monatschrift fur Ohrenheilkunde*, 1877.

fuse vers le conduit auditif externe, en le perforant, le long du muscle sterno-mastoïdien et vers l'occiput ; produit des décollements, des fistules, des abcès par congestion interminables, susceptibles d'amener la mort par épuisement (un cas de Voltolini), provoque la carie de la corticale et des cellules mastoïdiennes, et nécessite une opération sur l'apophyse mastoïde, comme cela eut lieu chez un malade dont je ferai connaître l'histoire un peu plus loin.

La périostite primitive de l'apophyse mastoïde pourrait être confondue, au début, avec le gonflement douloureux que provoque souvent, derrière l'oreille, le furoncle de la paroi postéro-supérieure du conduit auditif externe; mais l'inspection du conduit suffira pour éviter cette erreur. L'ouverture spontanée ou chirurgicale du furoncle suffit, d'ailleurs, pour faire disparaître rapidement les symptômes observés dans la région péri-auriculaire. Il n'y a pas là de périostite réelle. Dans une période plus avancée de la maladie, la tuméfaction douloureuse pourrait être attribuée à un engorgement des ganglions sous-auriculaires qu'on observe fréquemment dans les fièvres éruptives; mais ici on sentira les ganglions, et l'on trouvera les traces d'une otite moyenne aiguë antérieure. Si les ganglions étaient arrivés à suppuration, le diagnostic ne serait possible qu'après incision.

L'absence d'otorrhée, l'apparition brusque et simultanée des douleurs et du gonflement permettent, avec la conservation de l'ouïe, d'écarter l'idée d'une suppuration secondaire des cellules mastoïdiennes.

Dans aucune des observations publiées jusqu'à ce jour on n'a enregistré de guérison spontanée de l'ostéopériostite mastoïdienne. Les antiphlogistiques, les émollients, les révulsifs, les dérivatifs, sont restés inefficaces. L'instrument tranchant seul, employé dès les premiers jours, est susceptible d'enrayer le mal et de prévenir des accidents graves, mortels quelquefois.

Alors même qu'il n'y a aucun signe de suppuration, il faut pratiquer sur la région tuméfiée une incision longue et profonde allant jusqu'à l'os (Wilde). Cette incision sera faite à 1 centimètre en arrière de l'insertion du pavillon pour ménager l'artère auriculaire postérieure; elle aura une longueur de 5 centimètres. L'opération étant extrêmement douloureuse, il sera bon de chloroformer le malade.

Obs. — M. H..., rentier, soixante-douze ans, forte constitution, sanguin, arthritique, s'adonne volontiers à la boisson (boit jusqu'à six litres de vin par jour). Sujet, tous les hivers, à des bronchites et à des rhumes de cerveau, il a, depuis longtemps, l'ouïe un peu diminuée, par suite d'un catarrhe chronique simple des deux caisses; mais il n'éprouve aucune difficulté à suivre une conversation; il entend une forte montre à 18 centimètres à droite, à 15 centimètres à gauche.

Atteint, dans les premiers jours du mois d'octobre 1878, à la suite d'une violente rhino-bronchite, d'une otite moyenne aiguë, séro-purulente, légère, à gauche, il en guérit en dix jours. Des insufflations d'air, continuées pendant un mois, améliorent sensiblement son ouïe.

Le 26 mars 1879, sans cause connue, pense-t-il, à la suite d'un froid, affirme sa femme, M. H... est pris subitement d'élancements douloureux derrière l'oreille gauche ; ces douleurs, très vives, s'irradiaient dans tout le côté gauche de la tête, au front, à l'occiput et jusque dans les dents. La région mastoïdienne était légèrement tuméfiée. Se croyant atteint d'une simple névralgie, le patient ne se soumet d'abord à aucun traitement. Après cinq nuits seulement d'insomnie et de souffrances, il consent à se faire soigner.

A mon arrivée je le trouve agité, mais sans fièvre. La région post-auriculaire est rouge, tuméfiée, chaude, dure et très douloureuse au toucher. La douleur, très vive au sommet de l'apophyse mastoïde, s'étend jusqu'à la partie supérieure du muscle sterno-mastoïdien. La tête est légèrement inclinée du côté malade; le pavillon de l'oreille n'est pas sensiblement écarté du crâne.

Le conduit auditif externe renferme un peu de cérumen; le spéculum y passe librement, et sans provoquer la moindre douleur. On ne constate ni rougeur, ni tuméfaction. La membrane du tympan, un peu trouble, présente une légère injection vasculaire le long du manche du marteau, dont la direction est normale, et quelques taches calcaires, en avant et en arrière de cet osselet. Le triangle lumineux est réduit à une petite tache irrégulière. Le cathétérisme est facile. L'air pénètre largement dans la caisse, sans provoquer ni râle, ni gargouillement d'aucune sorte.

Quoique l'ouïe fût aussi bonne qu'au mois d'octobre de l'année précédente, en l'absence d'otite externe pouvant expliquer l'inflammation de l'apophyse mastoïde, et vu la rareté de l'inflammation primitive de cette région, je ponctionnai la membrane du tympan, pour être tout à fait sûr que la caisse ne renfermait aucun liquide. Le résultat de l'opération fut absolument négatif. J'avais donc affaire à une affection primitive de la région post-auriculaire.

L'inflammation datant de cinq jours, et ayant produit déjà un gonflement et une tension considérables, je ne pouvais espérer la faire rétrograder par une application de sangsues, ou tout autre moyen. Je proposai donc au malade, pour le débarrasser rapidement de ses intolérables douleurs, de lui faire une incision derrière l'oreille ; il s'y refusa très énergiquement, sous prétexte que l'abcès n'était pas mûr. J'ordonnai alors des onctions mercurielles, des cataplasmes, un purgatif salin, du chloral pour la nuit. Ce traitement ne procura aucun soulagement. Les douleurs devinrent de plus en plus vives; le gonflement s'étendit vers la région temporo-pariétale et vers l'occiput. Le douzième jour seulement, je pus constater une fluctuation à 12 millimètres environ de l'insertion du pavillon, au niveau du bord supérieur du conduit auditif externe. Cette fois je fus autorisé à ouvrir l'abcès. Je fis une incision de 2 centimètres et demi environ, d'où s'écoula une assez grande quantité de pus jaunâtre, épais, crémeux. Le malade se sentit aussitôt soulagé. La plaie fut lavée à l'eau phéniquée et recouverte d'un cataplasme. Malheureusement l'amélioration ne fut pas de longue durée. Au bout de quarante-huit heures les douleurs revinrent plus violentes que jamais. Le gonflement des régions mastoïdiennes, sus-auriculaires et occipitales augmenta de nouveau. En introduisant un stylet dans la plaie, je sentis l'os à nu et ramolli. La douleur, la suppuration, l'insomnie, affaiblissaient visiblement le malade : une opération s'imposait ; mais il fallait le consentement du patient que la première incision n'avait pas encouragé, et qui redoutait le chloroforme. Mon ami, M. le docteur Marc Sée, voulut bien se joindre à moi pour faire comprendre à M. H.., tout le danger de sa situation, et lui faire accepter l'opération, qu'il exécuta le 27 avril au matin. A ce moment la tuméfaction de la région mastoïdienne est énorme. Les régions préauriculaire, temporale et occipitale sont œdématiées. En pressant sur la tumeur, on fait jaillir le pus par l'ouverture antérieurement pratiquée, et, pour la première fois, par le conduit auditif externe.

Le malade est chloroformé. L'ancienne incision est prolongée dans une étendue de 3 centimètres vers le sommet de l'apophyse mastoïde; une seconde incision horizontale de 3 centimètres et demi environ est pratiquée à la partie moyenne de la première, tout près de l'insertion du pavillon. Les lambeaux sont disséqués et relevés. L'auriculaire postérieure n'est pas lésée; il y a une hémorrhagie en nappe assez abondante. Le doigt introduit dans la plaie sent l'os à nu et ramolli dans une assez grande étendue. Au moyen d'une gouge, on entame facilement la corticale; mais elle n'est pas seule malade. Les cellules mastoïdiennes sont atteintes dans une certaine profondeur. Toutes les parties cariées sont soigneusement enlevées avec une curette tranchante. Une injection faite dans la plaie, immédiatement après l'opération, passe, mais en très faible quantité, par le conduit auditif externe; le lendemain seulement, le liquide traverse la trompe d'Eustache pour pénétrer dans le nez et le pharynx.

La plaie est lavée avec une solution de chloral à 2 pour 100; elle est bourrée de charpie trempée dans la même solution, recouverte d'ouate antiseptique, de taffetas gommé et d'un bandage.

Le lendemain de l'opération, le malade se lève quelques instants, pendant qu'on fait son lit ; il n'a pas de fièvre. Le surlendemain je le trouve debout, fumant sa pipe. Le 30 avril, au moment de se lever, il est pris d'une syncope de courte durée.

Le 1er mai, je constate une rougeur luisante sur toute l'étendue

du pavillon de l'oreille. Dans la journée surviennent des frissons, suivis de chaleur et de sueurs. 60 centigrammes de sulfate de quinine. Dans la nuit, douleurs vives dans tout le côté gauche de la tête.

Le 2 mai, rougeur et œdème de la région pré-auriculaire; le lendemain la rougeur s'est étendue au front et au cuir chevelu. Langue saburrale, anorexie, soif, pouls à 90, température 38°,5. Émétique en lavage.

Le 4 mai, la rougeur a presque complètement disparu sur le pavillon de l'oreille gauche et sur le côté gauche du crâne; elle persiste sur le front, sur le côté droit de la tête, et s'étend jusqu'à la nuque. Dans ces régions, la peau se couvre de véritables plaques d'urticaire.

Le 6 mai, l'érysipèle a disparu; la langue se nettoie, il n'y a plus de douleurs de tête, le malade mange avec appétit; il est levé une grande partie de la journée. La plaie n'a pas cessé d'avoir bon aspect: elle continue à suppurer; la suppuration est peu abondante.

A partir du 11 mai, les injections ne passent plus par le conduit auditif externe. Le 26 elles ne pénètrent plus dans la trompe d'Eustache; le 30, la plaie est entièrement cicatrisée.

Le 10 juin, il se forme, vers le sommet de l'apophyse mastoïde, un petit abcès, qui s'ouvre spontanément, et laisse échapper, avec un peu de pus, un séquestre long de 9mm et large de 4mm. Au bout de quatre jours la plaie est refermée.

L'examen du conduit auditif révèle un peu de rougeur, à la paroi postéro-supérieure, dont le revêtement cutané paraît un peu rétracté. La membrane du tympan est intacte. Une insufflation d'air faite à travers le cathéter produit un souffle sec avec claquement. L'ouïe est aussi bonne qu'avant l'opération. H... a continué à se bien porter jusqu'en juin 1887, époque où il a succombé à un cancer du voile du palais.

Cette observation confirme l'opinion des auteurs qui admettent l'existence d'une inflammation primitive de la région mastoïdienne; elle démontre que cette inflammation, dont il est le plus souvent impossible d'indiquer le point de départ exact (tissu cellulaire sous-cutané ou souspériostique), peut envahir le périoste, la corticale, et même les cellules mastoïdiennes dont elle provoque la carie ou la nécrose; elle prouve, une fois de plus, l'inefficacité des traitements antiphlogistiques, émollients ou résolutifs, appliqués à ce genre d'affection, et la nécessité, pour éviter au malade des douleurs intolérables, une suppuration prolongée et des accidents mortels quelquefois, de faire derrière l'oreille, dès les premiers jours, une incision longue et profonde allant jusqu'à l'os.

II

Inflammation purulente primitive des cellules mastoïdiennes.

L'inflammation purulente primitive des cellules mastoïdiennes est beaucoup plus rare que l'ostéopériostite externe de l'apophyse mastoïde. En général, lorsque du pus se forme dans les cellules, c'est consécutivement à une otite moyenne, plus rarement à une otite externe suppurée, ou à une ostéopériostite de la région post-auriculaire. L'existence de cette inflammation a été démontrée anatomiquement, par le professeur Zaufal (de Prague). Ce médecin distingué, en faisant l'autopsie d'un sujet mort à la suite d'une phlébite des sinus, a trouvé une suppuration localisée dans les cellules mastoïdiennes, sans carie, et sans participation de la caisse du tympan au processus inflammatoire.

Dans l'observation qui va suivre, l'autopsie n'a pas pu être pratiquée; mais les symptômes observés pendant la vie, et surtout la façon dont s'est produite l'issue fatale, ne laissent aucun doute sur la nature et le siège primitif de la maladie.

Obs. — M. F..., manufacturier, soixante-deux ans, tempérament nervoso-bilieux, constitution antérieurement forte, actuellement affaibli par la souffrance, n'a jamais eu de maladie fébrile grave, jamais de syphilis, ne se rappelle pas avoir eu du côté des oreilles ni douleurs, ni bourdonnements, ni écoulements. Atteint depuis plusieurs années de rhumatisme fibromusculaire, il avait l'habitude de prendre, de temps à autre, un bain de vapeur. C'est au sortir d'une étuve que, le 9 août 1881, il éprouva subitement une sensation de froid, et, bientôt après, une douleur aiguë dans et derrière l'oreille gauche. La douleur étant devenue extrêmement vive, dans la nuit, il se décida, le lendemain matin, à faire appeler un médecin qui ordonna des instillations d'huile de jusquiame dans l'oreille, et des frictions avec de l'huile chloroformée derrière le pavillon. Cette médication n'ayant produit aucun soulagement, on appliqua quelques sangsues à l'apophyse mastoïde, et l'on fit des injections de morphine la nuit. La douleur ne céda pas.

Le 19 août, dix jours après l'invasion de son mal, M. F..., me pria de le voir; je le trouvai dans l'état suivant: Sa physionomie a une expression douloureuse, son teint est jaune, cachectique; langue saburrale, peau sèche, un peu chaude, léger mouvement fébrile, pouls régulier, 85 pulsations à la minute. Intelligence nette; n'a pas eu de vomissements, mais a, tous les jours, vers quatre heures de l'après-midi, des nausées, des frissons, une chaleur vive à la peau, suivie de sueurs abondantes, un véritable accès de fièvre.

Le ventre est souple, les garde-robes difficiles. L'oreille gauche, mais plus spécialement l'apophyse mastoïde, est le siège d'élancements douloureux violents qui s'irradient dans tout le côté correspondant de la tête, depuis le front jusqu'à l'occiput, et souvent dans le côté opposé. Ces douleurs à forme névralgique s'exaspèrent au milieu de la nuit, entre minuit et deux heures du matin, et rendent tout sommeil impossible.

L'apophyse mastoïde porte les traces des sangsues qui y avaient été appliquées, mais ne présente ni rougeur, ni tuméfaction; elle n'est douloureuse ni au toucher, ni à la pression, sauf à son sommet, près de l'insertion du muscle sterno-mastoïdien, où la pression, même légère, est douloureuse; mais, en ce point, il n'y a non plus ni rougeur, ni empâtement. La percussion est douloureuse. La région antérieure de l'oreille est normale ainsi que la direction du pavillon. Le conduit auditif externe ne renferme pas de cérumen; il est large, et l'introduction du spéculum ne produit aucune douleur; on n'y découvre ni rougeur, ni tuméfaction. La partie la plus reculée de la paroi postéro-supérieure seule est un peu plus rosée que le reste du canal, mais ne paraît nullement tuméfiée.

La membrane du tympan, un peu terne, par suite des instillations qui ont été faites, est intacte, gris blanchâtre; le manche du marteau a sa direction normale, le triangle lumineux se présente sous forme d'une tache irrégulière.

L'audition pour la montre est bonne, aussi bonne que du côté droit; la perception crânienne pour une forte montre, un peu affaiblie à la région mastoïdienne gauche, est conservée sur toutes les autres régions du crâne. La perception du diapason vertex est centrale. Le cathétérisme est facile; l'air insufflé dans la caisse produit un souffle doux, avec claquement, sans aucune douleur; il n'y a ni mucus, ni pus.

Le nez et la gorge ne présentent rien d'anormal; tous les autres organes sont sains.

L'exploration organique et fonctionnelle de l'oreille m'ayant permis de rejeter toute idée d'otite externe ou moyenne, il fallait chercher ailleurs la cause de cet appareil fébrile et des intolérables douleurs qui épuisaient M. F...

L'examen ophthalmoscopique ne fit découvrir aucune trace de neuro-rétinite susceptible de faire croire à une inflammation des méninges ou du cerveau. Le retour régulier des accès de fièvre quotidienne aurait pu faire penser à une affection névralgique d'origine paludéenne; mais le malade n'avait jamais eu de fièvre intermittente, il n'avait pas habité de pays à malaria, et on n'avait pas fait des travaux de terrassement dans son quartier. Restait donc l'idée d'une inflammation purulente primitive des cellules mastoïdiennes. Mais cette affection est extrêmement rare, et la peau de la région post-auriculaire ne présente aucun des symptômes qui accompagnent d'ordinaire les suppurations profondes de l'apophyse mastoïde. Je réservai donc mon diagnostic, et, ne trouvant aucune indication d'intervention chirurgicale, j'ordonnai: 1° une purgation; 2° 80 centigrammes de bromhydrate de quinine à prendre à onze heures du matin; 3° dans la journée, trois granules de nitrate d'aconitine de Duquesnel au quart de milligramme, un toutes les quatre heures; 4° chloral pour la nuit.

Pendant les trois premiers jours de son traitement, le malade avait éprouvé un peu de soulagement; les accès fébriles du soir

arrivaient plus tard et duraient moins longtemps. La douleur s'était un peu calmée; il y avait eu quelque heures de sommeil; mais le mieux ne se continua pas. La nuit du 22 avril fut particulièrement mauvaise. Rappelé le 23 au matin, j'examinai de nouveau, avec le plus grand soin, l'oreille et la région péri-auriculaire. Il ne s'y était produit aucun symptôme nouveau susceptible d'éclairer le diagnostic. Seule, la paroi postéro-supérieure du conduit auditif était un peu plus rouge que les jours précédents. Pour être absolument sûr que la caisse ne renfermait pas de suppuration, quoique l'ouïe continuât à être bonne, je perforai la membrane du tympan.

L'opération fut suivie d'un léger écoulement de sang, mais la douche d'air ne fit sortir ni mucus, ni pus. Néanmoins le malade se dit un peu soulagé. Le surlendemain, la plaie du tympan était cicatrisée; la douleur, supportable le jour, redevenait d'une violence extrême, au milieu de la nuit, et n'était un peu calmée que par des instillations d'eau de pavot chaude. Les jours suivants, il ne se produisit rien qui motivât ou autorisât une intervention chirurgicale.

Le 31 août, au matin, comme tous les autres jours, le malade s'était levé pour s'asseoir dans un fauteuil; pendant qu'on faisait son lit; il y était depuis une demi-heure, lorsqu'on s'aperçut qu'il avait le côté gauche de la face paralysé; il ne répondait plus aux questions qu'on lui adressait, mais ne changea pas de position; aucun de ses membres ne semblait paralysé. De son oreille gauche s'écoulait un pus jaunâtre, épais, strié de sang. Transporté immédiatement dans son lit, F... expira dans le coma, au bout d'une heure. La suppuration, accumulée dans les cellules mastoïdiennes, s'était probablement fait jour, en même temps que dans le conduit auditif externe, dans la cavité crânienne, à travers une des parois postérieure ou supérieure de la cavité mastoïdienne.

La suppuration des cellules mastoïdiennes qui se produit à la suite d'une suppuration de la caisse du tympan se dirige, le plus souvent, vers l'extérieur à travers les couches osseuses, et produit, à la région postauriculaire, un certain nombre de symptômes qui permettent de la reconnaître; ce sont : des douleurs vives à l'apophyse mastoïde, et dans tout le côté correspondant de la tête, de la rougeur, de la chaleur, de l'œdème, une fluctuation plus ou moins profonde. Les mêmes symptômes s'observent, il est vrai, dans l'ostéo-périostite externe, avec laquelle on pourrait la confondre; mais, dans l'ostéopériostite, le gonflement et la douleur apparaissent presque en même temps, tandis que, dans l'empyème intramastoïdien, les douleurs existent généralement depuis longtemps, avant qu'il y ait aucune trace d'inflammation à l'extérieur. Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi. Il existe une forme particulière d'inflammation des cellules mastoïdiennes, sur laquelle M. le docteur Tillaux a spécialement appelé l'attention (1), où la suppuration, au lieu d'être diffuse, reste circonscrite dans l'intérieur des cavités osseuses, et ne se manifeste extérieurement par aucun phénomène saillant. Cette forme s'observe à la suite d'une otite moyenne suppurée, abandonnée à elle-même, et qui a guéri spontanément. L'abcès s'annonce également par des douleurs vives derrière l'oreille et dans tout le côté correspondant de la tête, les douleurs s'accompagnent de fièvre, d'anorexie, d'insomnie. La mort peut survenir en très peu de temps, sans qu'il se soit produit rien de nouveau dans l'intérieur de l'oreille, ni d'anormal à la région mastoïdienne. Cette région est simplement signalée par le malade comme étant le point de départ de ses souffrances, et quelquefois on y découvre un point fixe spécialement douloureux à la pression. Ici le diagnostic est extrêmement difficile, et si le chirurgien n'avait comme anamnestique l'existence d'une otite moyenne purulente récente, l'idée d'une suppuration des cellules mastoïdiennes serait assurément la dernière à venir à son esprit. Mais quelle doit être sa perplexité, lorsque cet élément de diagnostic lui-même fait défaut, chez un sujet dont les oreilles sont toujours restées saines, lorsque la suppuration, primitive et circonscrite, ne donne lieu à aucun phénomène morbide du côté de la peau; il n'a pour guide alors que les douleurs spontanées dont se plaint le malade, le mouvement fébrile, et la sensibilité à la pression d'une partie très limitée de l'apophyse mastoïde, sensibilité qui n'est d'ailleurs nullement pathognomonique. Est-il autorisé, d'après ces seuls symptômes, à pratiquer la trépanation, opération qui n'est pas sans gravité, pour donner issue à une suppuration douteuse; je n'hésite pas à répondre par l'affirmative : oui il faut opérer, lorsqu'il existe des douleurs de tête violentes, dont le point de départ est à l'apophyse mastoïde, si cet os présente un point limité, toujours le même, douloureux à la pression, et si ces phénomènes s'accompagnent de fièvre rémittente ou intermittente qui, jointe à d'intolérables souffrances, altère profondément et rapidement la santé générale du malade et fait craindre pour son existence. L'opération sera faite d'après les règles établies, du douzième au quinzième jour. L'exemple que je viens de rapporter montre qu'en dépassant cette limite on risque d'arriver trop tard.

(1) P. Tillaux, *Chirurgie clinique*, t. I, p. 128.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE »

Dans son intéressant travail sur la tuberculose cutanée, M. Broca signale, d'une *manière toute spéciale, les inoculations faites par succion* après la circoncision des Hébreux. Il reconnaît, il est vrai, que souvent la cause de la tuberculose, constatée après la circoncision, doit être cherchée ailleurs. Mais il ajoute que le virus, étant déposé sur le tissu cellulaire, pénètre *avec une fréquence remarquable.*

Permettez-moi de démontrer à notre honorable confrère, ainsi qu'à vos savants lecteurs, que la bonne foi du corps médical a été surprise par des faits qui n'ont pas été scientifiquement contrôlés.

Il suffira de décrire la manière dont se pratique la succion rituelle pour prouver qu'elle ne peut pas amener d'inoculation tuberculeuse.

Supposons le cas le plus grave :

L'opérateur a des lésions tuberculeuses ou des bacilles dans la bouche. Il remplit sa bouche de vin ou d'eau-de-vie et pratique une première succion. Il crache le contenu de sa bouche, la remplit de vin ou d'eau-de-vie et pratique une nouvelle succion.

Après avoir craché, il recommence la même opération une troisième fois.

Croyez-vous que, dans ces conditions, il reste encore beaucoup de bacilles à la surface de la plaie? Et, en supposant qu'il en reste, comme la plaie ne se referme pas sur eux (condition indispensable pour l'inoculation expérimentale), il leur est impossible d'être absorbés (1).

Que dirons-nous des cas nombreux qui ont été signalés et dans lesquels l'opérateur n'avait absolument aucune lésion buccale pouvant déposer le virus tuberculeux sur la plaie? Nous ajouterons que, dans nombre de cas, l'*opérateur accusé d'avoir donné la tuberculose par succion, n'a même pas été ausculté!*

Veuillez agréer, etc.

D[r] Klein.

Les faits de tuberculose dont j'ai parlé ont été contrôlés *scientifiquement* par *Lehmann*, auteur israélite, je crois. Je n'insiste pas sur ce point. Mais je me permettrai, quoique profane, quelques courtes observations *rituelles.*

La circoncision rituelle des Hébreux comporte trois temps : la section, *Milah;* la déchirure (pour éviter le paraphimosis), *Periah;* l'hémostase ou *Mezizzah.* Ce dernier temps seul est en cause et dans mon article et dans la lettre de M. le docteur Klein. C'est l'hémostase, en effet, que la succion cherche à ob-

(1) Chez les enfants, la tuberculose a toujours une tendance centrifuge (voy. Duplay, in *Archives de médecine*, 1887).

tenir. Or tout chirurgien affirmera que point n'est besoin de sucer une plaie, même à la verge, pour l'empêcher de saigner. Mais, me direz-vous, et la Loi? Eh bien, je me permettrai de faire observer que la succion n'est pas à vrai dire *rituelle*. Le Talmud considère *Periah* comme indispensable : « Mol v'lo Porah, kschloï mol », ce qui veut dire, paraît-il « La circoncision sans Periah n'est pas une circoncision. » La succion n'est pas mise sur le même rang et il semblerait même que le Consistoire israélite de Paris et la Société juive réformée de Berlin conseillent d'abandonner cette pratique. Quant au lavage à l'alcool : 1° c'est une adjonction non rituelle; 2° à mon sens, c'est une adjonction insuffisante. De plus, il ne faudrait pas incriminer les seules ulcérations de la bouche : les bacilles du crachat sont fort bien capables de s'emmagasiner dans un recoin quelconque. On parle même (excusez-moi de mêler le très profane au sacré) d'une blennorrhagie qu'une dent creuse serait seule capable d'expliquer ; il ne s'agit pas, bien entendu, d'une circoncision.

A. Broca.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 30 SEPTEMBRE 1889.

Sur le nombre et le calibre des fibres nerveuses du nerf oculo-moteur commun chez le chat nouveau-né et chez le chat adulte, par M. H. Schiller. Note additionnelle de M. Forel. — Sous les auspices et sur le conseil de M. A. Forel, l'auteur a entrepris de compter les fibres d'un nerf moteur oculaire commun chez un animal nouveau-né et chez un animal adulte.

Comme le dit M. A. Forel, les résultats obtenus par l'auteur, montrant que le nombre des fibres nerveuses n'augmente pas chez l'adulte, tendent à prouver que les éléments cellulaires nerveux des centres cérébro-spinaux ne se reproduisent pas quand ils sont détruits et, par conséquent, ne sont pas remplacés dans le cours de l'existence. La régénération des nerfs périphériques repose sur une croissance du cylindre-axe qui n'est lui-même qu'un prolongement de la cellule centrale de la cornée antérieure ou du ganglion spinal qui lui donne naissance. Lorsqu'un nerf coupé se régénère, il ne s'agit donc pas d'éléments détruits, puis reproduits, mais seulement du bourgeonnement des tentacules ou prolongements coupés de certains éléments qui eux-mêmes n'ont pas péri.

Sur la vitalité des trichines, par M. P. Gibier. — Une série d'expériences a démontré à l'auteur qu'une température de 25 degrés centigrades au-dessous de zéro, maintenue pendant deux heures, est insuffisante pour assainir les viandes trichinées. A peine réchauffées, les trichines se meuvent avec vivacité et leurs mouvements ont une activité tout à fait caractéristique. Au contraire, quand les viandes ont été salées, il suffit d'une température de quelques degrés au-dessous de zéro, prolongée pendant une heure environ, pour tuer les trichines.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 8 OCTOBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

M. *Bucquoy* présente, de la part de M. le docteur *Clément Daruty de Grandpré* (de l'île Maurice), des *Notes sur la thérapeutique coloniale de l'île Maurice, née de l'empirisme*.

M. *Laborde* dépose un ouvrage publié par la *Société et l'École d'anthropologie* à l'occasion de l'Exposition.

M. *Léon Colin* présente une *Note manuscrite au sujet de la vaccination des réservistes et des hommes de l'armée territoriale*, par M. le docteur *Lucien Collin*, médecin-major de 2° classe à la direction du service de santé du gouvernement militaire de Paris.

M. le docteur *Aubert*, médecin-major de 1re classe du 23e d'infanterie, envoie la relation manuscrite d'une *épidémie de fièvre typhoïde à Bourg-en-Bresse (Ain) en décembre et janvier 1888-1889*.

M. le docteur *Sajous* (de Philadelphie) adresse les cinq volumes de l'*Annual of the medical sciences*, publiés sous sa direction pendant l'année 1889.

Cylindromes multiples. — M. le docteur *Poncet*, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, communique l'observation d'un malade âgé de cinquante-trois ans, qui présentait un nombre considérable de tumeurs (60) tapissant le cuir chevelu, de la nuque à la naissance du front et de dimensions variant depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'une tomate ; toutes étaient mobiles sur la paroi crânienne et plusieurs comme pédiculées; la peau, rouge violacé, présentait des ulcérations plus ou moins étendues. Des tumeurs semblables existaient aussi sur le tronc et dans le dos à des degrés divers de développement. Le début de l'affection remontait à trente-deux ans ; l'état général était des plus satisfaisants. M. Poncet enleva une première fois la tumeur du côté gauche du tronc qui était la plus douloureuse du tronc et quatre autres parmi les plus volumineuses sur le thorax ; puis une seconde fois, trois des tumeurs siégeant derrière l'oreille. La cicatrisation opérée, le malade quitta le service il y a dix mois ; les tumeurs enlevées n'ont pas récidivé; les autres nécessitent, pour la plupart, une intervention opératoire.

De l'examen histologique et bactériologique pratiqué sur ces tumeurs, il résulte que l'affection de ce malade est essentiellement caractérisée par des tumeurs multiples confluentes du cuir chevelu et disséminées sur divers points du tronc. Ces tumeurs sont de nature épithéliale; d'après leur structure, leurs caractères anatomiques, elles appartiennent à la classe des tumeurs cylindromateuses. Au point de vue clinique, elles ont une demi-malignité; elles s'accroissent en effet insensiblement et restent indolentes jusqu'au jour où la peau est envahie. A en juger par la date éloignée de l'apparition des premières tumeurs, elles n'ont pas de tendance à la généralisation, mais elles peuvent infecter les ganglions qui reçoivent leurs lymphatiques de la peau secondairement envahie. Le seul traitement à conseiller est l'extirpation avec l'instrument tranchant.

Prix. — M. *Bucquoy* lit un rapport sur le concours pour le prix de la fondation Moubinne en 1889.

Prolapsus rectal. — D'après M. *Verneuil*, la thérapeutique rationnelle du prolapsus rectal consiste simplement à rendre aux ligaments rectaux leur longueur en cas de distension et leur continuité en cas de rupture, et aux muscles striés ou lisses leur contractilité et leur tonicité, puis à supprimer tous les efforts expulsifs et, en particulier, ceux de la défécation. Par malheur, dans les cas graves et invétérés, ce ne sont plus les causes premières qu'on peut combattre, mais leurs effets, par des moyens opératoires bien souvent infidèles, insuffisants ou d'une efficacité passagère; heureux lorsqu'on peut, après avoir reporté le rectum dans le bassin, mettre obstacle à sa descente nouvelle en lui créant des adhérences capables de remplacer en haut les liens suspenseurs et de s'opposer ainsi à sa sortie en reformant un anus assez étroit pour remplir en bas le rôle d'agent de contention. Mais on a trop négligé jusqu'ici les mesures nécessaires contre la constipation, la rétention stercorale, la rectite, la diarrhée, le ténesme et ces défécations laborieuses et réitérées qui entretiennent et aggravent la chute du rectum et trop souvent rendent stériles les actes chirurgicaux.

Ces considérations viennent à l'appui d'une observation de M. le docteur *Jeannel* (de Toulouse) sur laquelle M. Verneuil lit un rapport très développé et très étudié. Il s'agissait d'une femme profondément cachectique et atteinte d'un prolapsus rectal des plus graves, qui rendait la station debout tout à fait impossible. M. Jeannel se résolut à l'opération suivante: le ventre ouvert, il amena au dehors l'S

iliaque, et, à l'aide d'une traction très douce, toute la masse prolapsée fut facilement, rapidement et complètement réduite; puis l'intestin fut fixé par le procédé de M. Maydl et un pansement légèrement compressif appliqué sur le tout. Quelques jours après, selle abondante par l'anus périnéal sans réapparition du prolapsus; le lendemain de cette selle, création d'un anus artificiel par incision pratiquée avec le thermocautère sur le sommet de l'anse intestinale herniée; deux jours après, selle abondante par cet orifice. Les matières fécales se partagèrent ensuite entre les deux ouvertures, de plus en plus abondantes par l'anus normal, l'anus artificiel commençant à se rétrécir; la malade reprit sa santé; le prolapsus ne reparut pas; l'incontinence d'urine a presque disparu, sauf lorsqu'il y a de la diarrhée; la cystocèle et la chute de l'utérus n'existent plus.

M. Verneuil approuve complètement la conduite tenue par M. Jeannel dans cette circonstance et il saisit cette occasion pour étudier avec soin les indications et les contre-indications des diverses méthodes opératoires proposées contre le prolapsus rectal. (Cette question sera étudiée dans un prochain article de la *Gazette.*)

Action de l'iodure de potassium sur le cœur.—D'après les expériences de physiologie expérimentale à laquelle il s'est livré avec M. *Lapicque* et d'après ses observations cliniques, M. *Germain Sée* estime que le vrai médicament du cœur est l'iodure de potassium. Loin d'être un dépresseur comme on l'a soutenu, il s'applique, au contraire, surtout aux lésions valvulaires ou myocardiques graves avec pression faible; il relève tout d'abord l'énergie du cœur et la pression vasculaire. Puis en dilatant plus tard toutes les artérioles, il y facilite l'apport du sang, de sorte que le cœur se trouve délivré de ces résistances et recouvre sa puissance contractile. L'iodure devient ainsi un fortifiant des cœurs surmenés ou dilatés. Par la vaso-dilatation qui s'étend naturellement aux artères coronaires ou nourricières du cœur lui-même, l'iodure, à la dose de 2 à 3 grammes (et non pas aux doses insignifiantes d'un demi-gramme), rend un nouveau service en activant le mouvement du sang, ainsi que la nutrition intime dans l'organe central de la circulation, quel que soit l'état morbide de cet organe principal de la vie.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE

Naphtaline et fièvre typhoïde, par M. Sehrwald. — Recommandée par Rossbach et Bouchard, la naphtaline a été l'objet de bien des critiques; on l'a accusée de provoquer de l'irritation des voies urinaires, — ce qui n'a lieu que quand elle est impure; de produire des phénomènes d'intoxication, tels que vomissements, dépression psychique, etc., — ce que l'on ne constate qu'avec des doses très élevées. Expérimentalement on a déterminé avec elle, chez le lapin, des altérations du cristallin ressemblant à la cataracte sénile. L'auteur a étudié l'action antiseptique exercée par la naphtaline sur le bacille de la fièvre typhoïde. Il a fait des cultures dans de la gélatine et sur des tranches de pomme de terre, et constaté qu'à basse température la naphtaline en poudre n'a que des propriétés antiseptiques très faibles. A la température de 37 degrés et dans un milieu liquide ces propriétés sont beaucoup plus énergiques. Dans un milieu très chaud où l'odeur de la naphtaline est pénétrante, son action antiseptique est encore plus forte. C'est quand elle est à l'état gazeux que son pouvoir antiseptique paraît être le plus développé.

La naphtaline détruit non seulement les microbes de la fièvre typhoïde, mais encore ceux qui sont contenus dans les matières fécales, ainsi que ceux de la putréfaction; elle agit aussi sur des êtres d'une organisation supérieure, tels que les oxyures.

Elle agit d'autant plus énergiquement que les points de contact sont plus multipliés, et que les liquides qui la contiennent sont plus agités. Dans l'intestin la température en favorise la volatilisation et les mouvements péristaltiques en facilitent le mélange avec les liquides qui y sont contenus.

La fièvre typhoïde doit être considérée comme le résultat d'une infection multiple; il importe d'employer la naphtaline dès le début de la maladie, avant que les microbes aient pénétré dans la rate et dans les ganglions. Il paraît indiqué de combiner l'action de la naphtaline avec celle du calomel, parce qu'elle détruit certains microbes épargnés par ce dernier.

Bouchard avait déjà remarqué que l'urine qui est toxique dans certaines affections gastro-intestinales perd ce caractère quand le malade prend de la naphtaline. L'auteur a constaté que les parties de naphtaline qui sont absorbées ne communiquent aux humeurs de l'économie aucune propriété antiseptique qui agisse sur le bacille typhique. (*Berliner klinische Wochensch.*, 13 mai, 20 mai et 3 juin 1889.)

Pneumonies graves exclusivement traitées par des inhalations de chloroforme, par M. Clemens. — Non seulement les symptômes douloureux disparaissent, mais aussi la durée de la maladie est abrégée par le chloroforme. Dès les premières inhalations la respiration devient plus profonde, c'est le premier pas vers la disparition de l'inflammation. Déjà au bout de douze heures la fièvre est abaissée. L'auteur n'a jamais observé d'inconvénients dans l'emploi du chloroforme. Il recommande de n'employer que du chloroforme pur, non décomposé par la lumière; seul, le chloroforme anglais d'une densité de 1,490 n'est pas décomposé par la lumière. S'il est nécessaire de continuer les inhalations la nuit, il recommande de se servir d'un mélange à parties égales de chloroforme et d'esprit-de-vin. Cette méthode a fourni à l'auteur de brillants succès, et dans une pratique de 42 cas il n'a pas perdu un seul malade de pneumonie. Plus la maladie est grave, plus il faut augmenter la proportion d'alcool.

Les inhalations produisent la défibrination du sang des poumons et préviennent l'hépatisation; il y a sans doute là une action dynamique sur le cerveau et sur le nerf pneumogastrique.

Pour pratiquer les inhalations, il faut prendre une pelote d'ouate très serrée, l'arroser de 4 à 8 grammes de liquide, et l'envelopper d'une couche d'ouate épaisse et lâche; cette masse ainsi apprêtée est approchée du nez et de la bouche, dont elle reste éloignée de l'épaisseur de la main. On interrompt les inhalations de temps en temps. (*Allgem. med. Central. Zeitung*, n° 21, et *Wiener medicin Presse*, 7 avril 1889.)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de thérapeutique et de clinique médicales de l'hôpital Bichat: maladies du cœur et des vaisseaux, par M. Henri Huchard. 1 vol. avec figures dans le texte et 4 planches chromolithographiques. — Paris, 1889. O. Doin.

On ne saurait trop louer le zèle et l'activité que déploient, dans leur enseignement, libre de toute attache officielle, les médecins de nos hôpitaux parisiens. La juste renommée des cliniques de l'hôpital Saint-Louis a, depuis longtemps, démontré leur intérêt et leur utilité. Les leçons que vient de faire paraître M. H. Huchard viennent prouver à leur tour que, dans tous les services hospitaliers, un médecin laborieux et dévoué à ses devoirs professionnels peut trouver un vaste champ d'études et d'intéressants sujets de recherches et de travaux cliniques.

Déjà nous avons reproduit (p. 219) une leçon sur les causes diverses de l'artério-sclérose. La *Gazette* a aussi longuement analysé l'intéressant travail de M. Huchard sur les indications thérapeutiques et le mode d'administration

de la digitale. C'est dire combien nous avons apprécié au fur et à mesure de leur apparition les recherches cliniques qui ont servi à rédiger les leçons dont nous avons sous les yeux le texte définitif. En les réunissant dans un ouvrage de plus de 900 pages, en y ajoutant un grand nombre des observations qu'il a recueillies et qui les ont inspirées, M. Huchard a voulu, comme semble l'indiquer un chapitre préliminaire, rappeler la part qu'il a prise au mouvement médical contemporain dans l'étude des cardiopathies d'origine artérielle et résumer pour ceux qui n'en auraient point une connaissance suffisante tous ses travaux et ses titres scientifiques.

Nous n'avons point à rappeler ceux-ci. Élève de M. le professeur Potain, notre laborieux confrère a su apprendre à son incomparable école clinique les méthodes d'observation et les ingénieuses recherches qui ont permis à ce maître éminent d'établir sur des bases nouvelles la doctrine des cardiopathies. On retrouvera dans le livre de M. Huchard comme un reflet de ces leçons si suggestives dans lesquelles M. Potain émet un si grand nombre d'idées originales et d'aperçus nouveaux qu'il abandonne généreusement à ses élèves.

C'est en s'occupant plus spécialement de la séméiologie et du traitement des artério-scléroses en général et de l'angine de poitrine en particulier que M. Huchard est arrivé à donner à son œuvre un caractère tout personnel et bien fait pour appeler l'attention des praticiens.

Il nous serait impossible, sans dépasser les limites que doit toujours garder un compte rendu bibliographique, de suivre M. Huchard dans tous les développements qu'il a donnés à ses leçons. Nous devons cependant dans son chapitre préliminaire signaler ce qu'il dit des médications systématiques et en particulier de ces formules quasi-mathématiques que trop souvent encore l'on essaye d'établir, en particulier lorsqu'il s'agit du traitement de la fièvre typhoïde. Sans doute, à ce point de vue spécial, nous aurions à faire quelques réserves au sujet de l'opportunité de l'antisepsie intestinale dont M. Bouchard a si magistralement établi les indications et les avantages; mais nous tenons surtout à insister sur les sages avis que donne l'auteur à ceux qui ne voient dans la fièvre que l'hyperthermie et dans la maladie que le microbe.

Le livre commence, à proprement parler, par la quatrième leçon qui traite de la tension artérielle dans les maladies et de ses indications thérapeutiques. C'est dans ce chapitre que M. Huchard signale et décrit le symptôme qu'il a appelé *embryocardie* et qui paraît être souvent le signe avant-coureur d'une mort prochaine.

Puis vient une étude très détaillée, très complète et très intéressante de l'aortite aiguë, maladie trop peu connue de la plupart des cliniciens, plus fréquente qu'on ne le croit d'ordinaire et offrant à un médecin attentif bien des occasions de succès professionnel. N'est-ce pas en attaquant dès leur début les manifestations de ce mal si redoutable que l'on arrive à prévenir les dilatations permanentes de l'aorte et l'insuffisance artérielle qui en est la conséquence inévitable? C'est encore à M. Potain que l'on doit d'avoir appelé l'attention sur ces dilatations aortiques *curables* trop souvent méconnues. En précisant le diagnostic et le traitement de l'aortite aiguë et de ses conséquences, M. H. Huchard a certainement rendu un grand service à tous ses confrères.

Les leçons suivantes traitent de l'artério-sclérose, puis de l'angine de poitrine ou, pour parler plus exactement, de l'ensemble des maladies qui portent le nom d'angine de poitrine vraie et fausse (pseudo-angines). C'est dans toute cette série de chapitres que M. Huchard a inséré les nombreuses observations qu'il a recueillies non seulement à l'hôpital, mais encore dans sa pratique privée. C'est là qu'il a développé ses idées personnelles sur l'anatomie pathologique, la pathogénie et le traitement des cardiopathies artérielles. Nous avons eu déjà et nous aurons maintes fois encore sans doute dans les colonnes de ce journal l'occasion de discuter quelques-uns de ces sujets que l'auteur a étudiés avec une prédilection marquée. La doctrine qui tend à considérer toutes les angines de poitrine vraies comme dues à une oblitération inflammatoire des artères coronaires, a été combattue à l'aide d'arguments anatomiques qu'il semble difficile de réfuter. On peut trouver des obturations complètes des artères coronaires sans qu'il ait existé durant la vie aucun symptôme angineux; on peut, d'autre part, en pratiquant l'autopsie de sujets ayant succombé à une angine de poitrine vraie, chercher en vain la lésion des coronaires. Il est donc permis jusqu'à un certain point de contester encore la doctrine que M. Huchard défend à l'aide d'arguments si séduisants. Mais, quelque opinion que l'on ait au sujet de la nature même, de l'étiologie anatomique des angines de poitrine, on devra reconnaître comme fort précis et d'une grande exactitude clinique les caractères différentiels des angines vraies (artérielles) et des angines fausses (névralgies). Le tableau tracé à ce point de vue (p. 593) est des plus instructifs.

Que dire du traitement? Il est devenu classique et il n'est pas un médecin aujourd'hui qui, dans les maladies cardiaques d'origine artérielle et surtout dans les affections aortiques avec angine de poitrine, ne connaisse les effets merveilleux que donne la médication iodurée. Nous ne pouvons cependant ici accepter sans quelque restriction tout ce que dit M. Huchard. Avec M. Potain, nous pensons que les faibles doses d'iodure de potassium — ou de sodium lorsque la médication doit être continuée très longtemps — sont préférables aux doses élevées. Sans doute il faut toujours tenir grand compte des prédispositions individuelles. Certains malades, qui supportent impunément 2 et 3 grammes d'iodure pendant plusieurs jours consécutifs, sont au contraire atteints d'accidents d'iodisme manifestes lorsqu'on ne leur en prescrit que 30 à 40 centigrammes. Il est probable que, dans ces circonstances, la diurèse très manifeste que provoque la médication contribue à assurer la tolérance. D'autres fois, au contraire — et il nous a semblé que chez les aortiques surtout on observait ces effets d'intoxication — il est impossible, quelques correctifs que l'on apporte à la formule primitive, de dépasser la dose de 60 centigrammes ou 1 gramme, sans provoquer des accidents. Élève de Küss, nous avons vu, chez des syphilitiques, administrer l'iodure à des doses très élevées, très rapidement portées à 10 et 15 grammes par jour. Le nombre nous a paru bien restreint de ceux qui supportaient cette pratique. Nous n'oserions donc répéter après M. Huchard que, dans les cas d'angine de poitrine grave, il faut *frapper un grand coup* et faire prendre jusqu'à 20 grammes d'iodure par jour (p. 722). Nous pensons au contraire que bien peu de malades subiraient sans grand dommage cette médication.

Mais ce n'est point ici le lieu de discuter à fond les questions de ce genre. Il nous suffira d'avoir indiqué quelques-uns des sujets traités par l'auteur pour faire comprendre qu'un ouvrage de cette étendue, riche d'observations personnelles, de discussions approfondies, d'enseignements utiles, ne saurait laisser indifférents ceux qui tiennent à se tenir au courant du mouvement scientifique contemporain et à rendre justice à tous les travailleurs.

L. L.

VARIÉTÉS

L'INCENDIE DU GRAND AMPHITHÉATRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE. —Ainsi qu'on l'a vu plus haut, le feu a pris dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine mardi matin, presque à la fin de la séance qu'y tenait le Congrès de chirurgie. En quelques minutes, l'estrade où siégeait le bureau du Congrès fut consumée, ainsi que les tentures qui garnissaient les murs, les

gradins inférieurs, la chaire et les trois tableaux de Matout qui ornaient la partie supérieure du mur de façade; l'intensité du feu a été telle qu'il est peu de parties du vaste hémicycle qui ne soient détériorées. Les dégâts sont estimés à 50 000 francs pour la réfection de l'amphithéâtre et pour au moins 200 000 francs, valeur représentant les remarquables peintures que la Faculté était justement fière de posséder.

La cause de cet incendie provient, très vraisemblablement, de la mauvaise installation du calorifère; déjà en février 1887, pareil accident s'était présenté et les gradins inférieurs avaient été consumés. Cette fois, l'estrade et les tentures placées pour le Congrès de chirurgie ont causé par contre-coup les dégâts plus considérables que nous venons de rappeler. Mais il faut se hâter de reconnaître que ce matériel n'a été pour rien dans la cause de l'incendie; ce sont les gradins de la chaire qui ont pris feu en premier lieu et celui-ci a été directement transmis par le calorifère et les bouches de chaleur. Or, ce calorifère, placé sous les gradins, avait ses parois à quelques centimètres seulement des gradins, et les bouches laissaient fréquemment passer de la fumée.

Lorsque le premier incendie arriva, de nombreux vices de construction furent signalés à l'architecte; on lui prédit qu'il y avait danger à continuer de tels errements. L'avenir a justifié ces prévisions. Nous ne craignons pas d'ajouter que ce n'est pas seulement le système de chauffage du grand amphithéâtre qui est défectueux et dangereux au point de vue de l'incendie, mais que dans presque tous les bâtiments de la Faculté il en est de même; il serait facile de citer les endroits les plus menacés. D'ailleurs une commission d'enquête a été nommée hier soir par M. le ministre de l'instruction publique; elle est composée de MM. Brouardel, doyen; Gariel, professeur de physique; Michel Lévy, ingénieur des mines; Charles Herscher, ingénieur-constructeur, et Ginain, architecte.

La responsabilité de l'architecte de la Faculté paraît fortement engagée dans cette catastrophe, dont les conséquences eussent pu être extrêmement graves si le feu avait pris la nuit, l'amphithéâtre étant proche de la bibliothèque et joignant le dépôt des livres; sa responsabilité est non moins grande en raison de l'état défectueux de la plupart des installations de la Faculté, mais elle est purement morale, paraît-il. On sait quelles plaintes il ne cesse d'accumuler, avec une parfaite indifférence, depuis le nombre aujourd'hui incalculable d'années qu'il entasse les pierres de taille et les moellons dans la reconstruction de l'Ecole pratique et de la Faculté. Nommé pour procéder à cette reconstruction, il a si fortement engagé les dépenses dans les parties extérieures, accessibles à la vue du grand public, qu'il faut toujours reculer les installations intérieures; d'autre part, il se trouve officiellement dépendre de deux administrations, la ville et l'Etat, et cette situation lui permet de rester immuable au milieu des difficultés qu'il peut faire naître et durer entre les deux administrations. La Faculté a beau protester; son dévoué et infatigable doyen a beau user de toute son énergie, toutes les réclamations les plus légitimes viennent se briser contre cette force d'inertie; nombre de docteurs étrangers, revenus cette année à l'Exposition, ont eu le temps de faire leurs études à Paris, de s'installer et de devenir célèbres dans leur pays; ils ont trouvé la Faculté inachevée comme au temps où ils en suivaient les cours. L'architecte n'en reste pas moins toujours à son poste, posant de temps en temps quelques pierres, disposant des installations qui ne satisfont personne; il attend tranquillement sans s'en émouvoir autrement... *Impavidum ferient ruinæ.*

C'est vraiment une singulière situation que celle-là! La Faculté, à diverses reprises, a demandé que les constructions soient confiées à d'autres mains; elle a hâte de voir cesser cette prodigalité de pierres de taille qui empêche les installations, plus modestes, des laboratoires de s'achever, et rien n'y fait. Il est temps qu'une solution intervienne et que l'on prenne les mesures nécessaires pour faire cesser une situation aussi fâcheuse au point de vue de l'enseignement médical et qui finirait par devenir grotesque, comme on l'a dit, si l'on n'y mettait bon ordre. Mais l'architecte s'en consolera aisément, car il doit bien souffrir d'être obligé de s'occuper des détails pratiques que nécessite la construction de nos amphithéâtres, de nos laboratoires; ne se vantait-il pas, il n'y a pas bien longtemps, d'avoir la rare bonne fortune pour un architecte de construire un monument où l'on ne pourra rien mettre que quelques tableaux ou sculptures, et dans lequel les façades extérieures étaient l'unique préoccupation. C'est ainsi qu'il parlait, et nous garantissons l'authenticité du propos, du nouveau musée de Mme de Galliera. A la Faculté il n'en saurait être de même; par surcroît, un calorifère mal placé, contre toutes les règles, y brûle même de beaux tableaux.

Concours de l'internat et de l'externat. — Le jury de l'internat est provisoirement composé de la façon suivante: MM. Bouchard, Déjerine, Moutard-Martin, Marjolin, Humbert, Félizet, Bar.

— Le jury de l'externat est provisoirement composé de MM. Dreyfous, Merklen, Brault, Faisans, Doléris, Michaux, Jalaguier.

Chefs de clinique. — Par suite d'un règlement nouveau, les chefs de clinique sont nommés pour un an; toutefois, sur la proposition du professeur et après avis favorable de la Faculté, ils peuvent être prorogés d'année en année, sans qu'en aucun cas la durée totale de leurs fonctions puisse excéder trois ans.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Sont seuls admis à prendre part aux concours de chefs de clinique les docteurs en médecine français, âgés de moins de trente-quatre ans le jour de l'ouverture du concours.

Exceptionnellement, les candidats qui justifient de la double condition d'âge et de nationalité ci-dessus peuvent prendre part aux concours de chefs de clinique chirurgicale, obstétricale et ophthalmologique jusqu'à l'âge de trente-huit ans non révolus le jour de l'ouverture du concours.

Les chefs de clinique nouvellement nommés sont attachés aux professeurs dont le service devient vacant, et le plus ancien de ces professeurs a le droit de choisir celui des chefs de clinique qu'il préfère.

Légion d'honneur.—Par décret du 8 octobre ont été promus: *Officiers:* MM. Pineau, médecin-major de 1re classe, et Boutonnier, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Angoulême.

— Ont été nommés: *Chevaliers:* MM. Larger, médecin-major de 1re classe de l'armée territoriale; Rigal, médecin-major de 1re classe; Gerboin, médecin-major de 1re classe; Le Rouvillois, médecin-major de 1re classe; Lavat, médecin-major de 1re classe.

Mortalité a Paris (39e semaine, du 22 au 28 septembre 1889. — Population: 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 18. — Variole, 4. — Rougeole, 8. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 8. — Diphthérie, croup, 25. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 204. — Autres tuberculoses, 21. — Tumeurs: cancéreuses, 54; autres, 2. — Méningite, 28. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 45. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 4. — Maladies organiques du cœur, 65. — Bronchite aiguë, 24. — Bronchite chronique, 25. — Bronchopneumonie, 15. — Pneumonie, 39. — Gastro-entérite: sein, 11; biberon, 76. — Autres diarrhées, 8. — Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 30. — Sénilité, 21. — Suicides, 13. — Autres morts violentes, 4. — Autres causes de mort, 171. — Causes inconnues, 13. — Total: 948.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traité d'anatomie humaine, par M. L. Testut, avec la collaboration de MM. Feré et Vialleton. Tome I: ostéologie, arthrologie, myologie. Un beau volume grand in-8° de 770 pages avec 464 figures, dont un grand nombre en deux et trois couleurs dans le texte. Paris, O. Doin. 16 fr.

L'ouvrage sera complet en trois volumes. Les tomes II et III sont sous presse et paraîtront incessamment.

Manuel d'hydrothérapie, par M. le docteur Macario (4e édition). 1 vol. in-12. Paris, F. Alcan. 2 fr. 50

Du traitement des aliénés dans les familles, par M. le docteur Ch. Féré. 1 vol. in-18. Paris, F. Alcan. 2 fr. 50

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

20577. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 16 octobre 1889.

Académie de médecine : **La thalline. — L'iodure de potassium. — Le choléra en Mésopotamie.**

Appliquant à l'étude de la thalline les procédés de recherche qui lui ont permis de préciser le mode d'action de divers médicaments, et en particulier de l'antipyrine, M. A. Robin vient de montrer combien les réserves formulées par les médecins français lorsqu'a été proposé ce nouvel antipyrétique étaient sages et cliniquement justifiées. On sait que notre savant confrère s'efforce, en analysant les produits de sécrétion, c'est-à-dire en recherchant l'influence exercée par divers médicaments sur les *échanges organiques*, de préciser le mode d'action de ceux-ci et de mesurer leur action thérapeutique. Ce sont là les vraies études de physiologie clinique, en ce sens qu'elles ne modifient en rien ni le mode d'absorption du médicament ni les conditions dans lesquelles il est administré. Sans doute elles sont difficiles, laborieuses et sujettes à des causes d'erreur aussi nombreuses que variées. Celles-ci peuvent cependant être évitées, et, lorsqu'un très grand nombre d'expériences conduisant toutes à des résultats presque identiques viennent affirmer qu'un médicament comme la thalline est un poison des globules rouges du sang, du système nerveux et de tous les autres tissus riches en soufre et en phosphore, qu'elle diminue la désassimilation totale et n'a d'ailleurs aucune action antiseptique ou antithermique préférable à celle de divers autres produits, on peut affirmer que ce médicament doit être rejeté de l'arsenal thérapeutique.

On trouvera plus loin les conclusions du atrvail de M. A. Robin. Rappelons seulement ici que, sans attendre les recherches de Mariglia, Livierato et Pedrazzi qui avaient démontré que la thalline diminue la quantité d'urée excrétée ainsi que celle de l'acide carbonique éliminé par la respiration, nous avions insisté dès l'année 1885 sur les dangers d'une substance qui, ainsi que l'ont démontré MM. Brouardel, Dujardin-Beaumetz, Hénocque, etc., est un poison du sang et qui, comme l'a fait voir M. Huchard, donne lieu à des sueurs abondantes et à des phénomènes de collapsus. Malgré les assertions contraires de Jacksch, Gerhardt, Erlich, de Renzi, etc., nous ne pouvons, après les nouvelles recherches de M. A. Robin, que répéter ce que nous disions, il y a quatre ans, en appréciant les discussions de la Société de thérapeutique et la communication faite par M. Jaccoud à l'Académie de médecine. Il importe que, dans leurs essais thérapeutiques, les médecins qu'ont pu enthou-

FEUILLETON

Maurice Perrin.

Homme affable, savant sans morgue ni pédanterie, chef indulgent et charmant camarade aux heures des causeries intimes, esprit élevé, intelligence vive et ouverte, l'éminent président de l'Académie de médecine, dans le corps de santé militaire comme dans le milieu scientifique, n'a laissé que des regrets. Né à Vézelise, dans la Meurthe, le 13 avril 1826, c'est dans son pays natal, pendant ses jours de vacances habituelles, qu'une courte maladie l'a enlevé à notre respectueuse amitié, à l'affection de tous. Sa ferme volonté était de reposer près de ses parents, au milieu des siens; son vœu s'est naturellement accompli. Par un triste concours de circonstances, pas un mot de regret, pas une parole d'affection n'ont pu être prononcés sur sa tombe, au nom des corps savants où il représentait si dignement l'armée, au nom de la médecine militaire et de l'École du Val-de-Grâce qu'il avait illustrées par ses travaux.

Entré à l'hôpital d'Instruction de Metz, comme chirurgien élève de deuxième division, le 22 octobre 1846, M. Perrin, comme tous ses camarades, fut rendu à la liberté par le licenciement général de ce centre d'instruction militaire en 1848. Il n'en profita pas pour se consacrer à la médecine civile et le 26 septembre de la même année il rentrait, toujours comme élève militaire, à l'hôpital de perfectionnement du Val-de-Grâce. Sa carrière était désormais décidée. Chirurgien sous-aide-major à Metz en 1849, il revient en 1851 terminer ses études à Paris et il y passe sa thèse de doctorat : *De l'huile de foie de morue et de ses effets dans la phthisie pulmonaire.*

Notre regretté maître montrait alors des tendances à s'adonner à la physique et à la chimie. Il avait été le préparateur de M. Langlois à Metz, et nous le verrons plus tard

siasmer les premières expériences et les premières observations de Von Jacksch et de ceux qui l'ont écouté, sachent tenir compte des réserves qu'impose une étude plus approfondie des médicaments dits antipyrétiques. Pour arriver à être utile, il faut ne pas se contenter de constater le phénomène immédiat qui se produit après l'absorption d'un médicament, c'est-à-dire l'abaissement de la température ou la modification apportée à la tension artérielle, mais bien étudier l'ensemble des actes fonctionnels qui suivent ces perturbations organiques. Souvent alors on pourra, comme vient de le faire M. A. Robin, démontrer que l'abaissement rapide de la température est plus nuisible qu'utile et que les médicaments nouveaux dits antithermiques sont souvent des poisons du sang ou du système nerveux.

— Une très intéressante communication de M. Trasbot précise ce qui a été dit au sujet de l'action exercée par l'iodure de potassium sur la circulation générale et la tension artérielle. Elle ajoute à nos connaissances au sujet de cette action un fait, rarement signalé dans les observations faites sur l'homme, c'est-à-dire l'abaissement permanent de la température centrale et du nombre des mouvements inspiratoires. La plupart des médecins ont, au contraire, cru reconnaître que l'iodure de potassium élevait la température; mais il n'existe, croyons-nous, aucune observation bien précise à ce sujet et les expériences de M. Trasbot contribueront certainement à éclairer ce côté de la question. Quant aux effets thérapeutiques exercés sur l'appareil respiratoire, en particulier contre la congestion pulmonaire, ils étaient non moins dignes d'être signalés. A diverses reprises nous avons vu, dans le service de Küss, des doses assez élevées d'iodure de potassium déterminer des hémoptysies d'origine congestive. Les remarques faites par M. Trasbot, dont l'expérience et l'autorité sont incontestées, devront sans doute faire revenir sur cette idée de l'action excitante et congestionnante de l'iode. L'efficacité de ce médicament dans le traitement de plusieurs affections des voies respiratoires est d'ailleurs démontrée.

— Les informations apportées par M. Proust à la tribune de l'Académie nous montrent que l'épidémie de choléra qui, commencée en Mésopotamie il y a trois mois, a envahi la Perse et sévit actuellement à la frontière russo-persane, l'a peut être déjà dépassée. Ces informations sont d'une précision qui ne laisse doute à aucune illusion sur le danger auquel l'Europe peut être d'un moment à l'autre exposée. Rappelant les déclarations de son éminent prédécesseur, l'inspecteur général des services sanitaires n'a pas manqué de montrer que la frontière russo-persane est la voie constamment suivie jusqu'ici par le choléra pour pénétrer par terre en Europe; « c'est donc, disait Fauvel en 1868, sur le littoral de la mer Caspienne, et principalement au voisinage du delta formé par le Kour, que se trouvent les principales dispositions à prendre ». Il n'est pas douteux que le gouvernement russe n'y donne tous ses soins. Les précautions indiquées par M. Proust à la suite de sa mission en Perse il y a vingt ans ont encore aujourd'hui la même utilité; l'industrie permet d'augmenter les moyens de défense, et il y a lieu d'établir au plus vite, sur les points les plus menacés, des stations sanitaires, munies de moyens de secours et de procédés de désinfection, étuves et autres, comme on l'a fait en France et ailleurs au cours des dernières épidémies. En cas d'invasion de la Russie, l'Europe sera-t-elle préservée? Le gouvernement russe a déjà, lors de la peste de Wetlianka, su protéger l'Europe en éteignant cette épidémie sur place; c'est d'un bon augure pour conjurer le danger relatif qui menace assurément l'Europe et contre lequel ni la Perse ni la Turquie d'Asie ne sauraient agir efficacement par elles-mêmes.

— Signalons enfin dans cette séance si bien remplie deux communications chirurgicales du plus haut intérêt, l'une de M. Paul Berger, sur le traitement de la blépharoplastie par la méthode italienne modifiée; l'autre de M. Léon Tripier (de Lyon) sur la restauration des paupières faite à l'aide d'un lambeau musculo-cutané. On trouvera au compte rendu de l'Académie l'indication de ces nouveaux procédés opératoires qui font le plus grand honneur aux habiles chirurgiens qui les ont imaginés.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

L'hérédité dans les maladies infectieuses.

(Suite. — Voyez le numéro 41.)

IV

Il nous reste à étudier maintenant les infections à marche chronique : la syphilis et la tuberculose. Nous laisserons de côté la lèpre, dont l'histoire sur ce point est encore si obscure.

Il n'est pas de maladie où l'hérédité joue un plus grand

---

utiliser les connaissances de ces premières années dans des recherches de physiologie expérimentale. Au resto, il aima et il fréquenta toujours les hommes de science pure : Claude Bernard, Brown-Séquard, Gavarret, Javal, Mascart, etc., pour ne citer que quelques noms.

Mais en sortant du Val-de-Grâce, nommé d'abord à l'hôpital de Lyon, il dut bientôt, comme aide-major de seconde, puis de première classe, entrer dans le service régimentaire. C'est ainsi que nous le trouvons en 1852 au 21e de ligne, en 1853 au 5e bataillon de chasseurs à pied, en 1854 au 20e bataillon de la même arme, puis au 1er régiment de grenadiers de la garde avec lequel il partit pour la Crimée et passa quelques mois dans les tranchées de Sébastopol en 1855.

Placé à l'hôtel des Invalides à son retour de l'armée d'Orient, M. Perrin y commence ces travaux qui devaient successivement lui ouvrir les portes de toutes les Sociétés savantes et lui faire une réputation méritée. A la Société médicale d'émulation dont il devint bientôt le secrétaire annuel et plus tard le président, il lit un *Mémoire sur le mécanisme des fractures extra-capsulaires du col du fémur* (1854), et des *Etudes sur le scorbut de l'armée d'Orient* (1857), insistant sur la gravité, dans cette épidémie, des accidents respiratoires qu'il attribue à un engorgement douloureux du diaphragme. Membre d'une commission chargée d'étudier la cause des accidents provoqués par l'anesthésie (1855), il entreprend avec L. Lallemand et Duroy les recherches qu'ils continuèrent bientôt de concert, sur le rôle de l'alcool et des anesthésiques dans l'organisme.

De 1857 à 1861, devenu médecin-major et agrégé de chirurgie à l'Ecole du Val-de-Grâce, il communique à la Société anatomique, dont il est nommé membre adjoint en 1859, un nombre considérable d'observations : *Fracture du crâne par contre-coup* (1857); *Kystes synoviaux communiquant avec l'articulation radio-carpienne* (1858); *Fis-*

rôle que la syphilis; tout le monde connaît les nombreux travaux qu'a suscités la question, et les résultats si intéressants qui ont été obtenus. C'est qu'ici la contagion ne peut guère se faire que par contact immédiat, tandis que pour la tuberculose on peut toujours admettre qu'un enfant a été infecté après sa naissance, en vivant avec ses parents malades; la même objection n'est plus de mise pour la syphilis; certes la contagion est possible, mais la syphilis infantile acquise est relativement rare et se reconnaît à des caractères spéciaux; l'existence de l'accident primitif suffit à trancher la question, puisque le chancre fait défaut dans la syphilis héréditaire, où les diverses périodes de l'infection sont confondues.

Nous ne croyons pas avoir à insister sur les faits qui établissent que la vérole congénitale peut se manifester à des périodes très diverses de la vie; souvent le fœtus est expulsé par avortement, peut-être par suite d'altérations placentaires; tantôt il est porteur de lésions en venant au monde, tantôt et plus souvent les accidents apparaissent vers la sixième semaine après la naissance; enfin, dans quelques cas, les manifestations sont tardives; ce n'est qu'après plusieurs années qu'on voit survenir divers accidents relevant d'une infection jusque-là latente. Il suffit de consulter le beau livre de M. Fournier pour voir que les faits de cette nature abondent dans la science et deviendront sans doute de moins en moins rares à mesure qu'on saura mieux dépister la syphilis héréditaire tardive.

Mais l'histoire de la syphilis doit encore nous donner la solution de plusieurs autres problèmes qui, au point de vue de la pathologie générale, ont une grande importance. Si, le plus souvent, c'est la mère qui transmet la maladie à son produit, il existe des cas indubitables où l'hérédité vient du père et où le fœtus est contaminé, la mère restant absolument saine. Pourtant, même dans ce cas, l'organisme maternel est modifié : la femme qui met au monde un fœtus syphilitique peut l'allaiter impunément; elle est à l'abri de la contagion. Que se passe-t-il dans ce cas? S'agit-il d'une imprégnation de l'organisme maternel par des produits sécrétés par le microbe de la syphilis? S'agit-il d'une syphilis légère, restant latente, peut-être localisée à l'utérus, comme l'a soutenu Frænkel? Cette dernière hypothèse paraît peu probable, et pourtant elle semble seule capable d'expliquer les cas comme celui que Lewis a rapporté : une femme met au monde un enfant syphilitique; elle reste indemne; plus tard elle est fécondée par un homme sain, et pourtant le nouvel enfant est encore syphilitique. Ce fait peut paraître fort étrange; nous devons néanmoins l'enregistrer, tout en l'acceptant avec la réserve que commandent les cas de ce genre, surtout lorsqu'ils sont uniques.

Si, le plus souvent, la mère est infectée au moment de la fécondation ou peu de temps après, il est quelques cas où elle ne contracte la maladie qu'à une période assez avancée de la grossesse. Que deviendra le fœtus? La réponse a varié : Mandron, Kossowitz ont nié la transmission héréditaire de la syphilis après conception; Cullerier en a admis l'existence. Il semble qu'elle existe réellement, mais qu'elle ne s'observe que si l'infection a été acquise avant le sixième (Ricord) ou le septième mois (Albernethy, Pidoux). Passé cette époque, le fœtus serait à l'abri, ce qui s'explique facilement si l'on veut bien se rappeler qu'au début l'infection syphilitique reste localisée au point d'inoculation et n'envahit guère que le système lymphatique.

Nous ne parlerons pas des caractères anatomiques et cliniques de la syphilis héréditaire; ce serait sortir de notre sujet et nous exposer à insister sur des faits qui sont aujourd'hui bien connus; nous ferons remarquer seulement que la syphilis héréditaire diffère de la syphilis acquise par l'absence d'accident initial, ce qui est en rapport avec une infection directe du sang; ce mode de pénétration de l'agent pathogène explique aussi la rapidité souvent très grande de l'évolution et la confusion des accidents qu'on a encore coutume de diviser en secondaires et tertiaires.

Ce qui est démontré pour la syphilis est loin d'être prouvé pour la tuberculose. Un premier fait qui semble établi, c'est que les enfants issus de parents tuberculeux sont fréquemment frappés par la tuberculose; la maladie peut débuter de bonne heure, et l'on sait aujourd'hui qu'elle n'est pas rare dans la première enfance.

C'est à M. Landouzy que revient le mérite incontestable d'avoir montré combien nombreuses étaient les victimes de la tuberculose dans les deux premières années de la vie. A la crèche de l'hôpital Tenon, 1 décès sur 3,6 est dû à la tuberculose, et dans les cas de cette statistique le diagnostic est appuyé sur l'autopsie. Du reste, la plupart des médecins qui observent dans des crèches arrivent à des conclusions analogues; MM. Hayem, Damaschino, Lannelongue ont confirmé l'opinion de M. Landouzy, et M. Leroux a pu relever vingt-trois observations de tuberculose chez des enfants âgés de moins de trois mois.

Tels sont les faits incontestables. Reste à donner l'inter-

---

sure complète du fémur gauche (1859); *Corps étrangers du péritoine* (1860); *Hypertrophie généralisée de tout le système ganglionnaire* (1861), etc., etc. A la Société de chirurgie, il donne aussi des faits intéressants de *Fistule pulmonaire*, *Luxation traumatique du fémur* (1859), etc., et gagne rapidement le titre de correspondant national qui lui permet de prendre part aux discussions scientifiques.

C'est pendant son agrégation au Val-de-Grâce, qu'en collaboration avec son collègue et ami Ludger-Lallemand et avec le chimiste Duroy, notre regretté maître publie ses recherches expérimentales sur le *Rôle de l'alcool et des anesthésiques dans l'organisme* (1860). Couronné du prix Montyon par l'Académie des sciences, ce travail remarquable de physiologie expérimentale ne tendait à rien moins qu'à renverser les théories généralement acceptées sur le rôle des substances alcooliques dans l'organisme animal. A la doctrine de Liebig faisant de l'alcool un aliment respiratoire définitivement transformé par la combustion intra-organique en acide carbonique et en eau, les jeunes expérimentateurs opposent leurs multiples recherches constatant l'élimination de l'alcool en nature, sa présence dans les urines, dans les transpirations cutanée et pulmonaire, son accumulation dans le foie, le cerveau, le sang. Lui refusant tout rôle alimentaire, ils en font un modificateur spécial du système nerveux, un agent d'épargne, un antidéperditeur.

Pour les anesthésiques proprement dits, l'éther, le chloroforme, l'amylène, leurs conclusions sont à peu près les mêmes : action sur le système nerveux, mort par abolition primitive de ses fonctions et non par asphyxie; pas de destructions ni de transformations dans l'organisme. Mais pour ceux-ci, de même que leur porte d'entrée préférable est le poumon, c'est également par l'exhalation pulmonaire qu'ils sont éliminés, au moins pour la plus grande partie. Les voies de sortie dépendent de la solubilité de l'anesthé-

prétation. Nous nous trouvons en face de deux théories diamétralement opposées; pour les uns, c'est le terrain qui se transmet; pour les autres, c'est le bacille. A ceux qui s'étonnent que le père puisse transmettre la tuberculose sans contagionner la mère, que la tuberculose héréditaire puisse rester latente pendant des années et se manifester à un âge souvent assez avancé, on répond par l'exemple de la syphilis; les faits, nous dit-on, sont semblables dans les deux cas; pourquoi dès lors ne pas admettre pour la tuberculose ce qui est vrai pour la vérole?

Voilà le raisonnement. Voyons maintenant le résultat de la clinique et de l'expérimentation.

Il existe quelques observations où les enfants ont succombé si rapidement qu'on n'est guère tenté d'invoquer une contagion après la naissance. Mais ces faits peuvent néanmoins laisser quelques doutes dans l'esprit; on peut admettre que, chez un enfant prédisposé par hérédité, la tuberculose acquise marche rapidement et amène la mort en quelques semaines; ce serait une évolution semblable à celle qu'on observe chez les animaux inoculés dans les laboratoires.

Il n'en est plus de même pour les cas où l'on a pu constater des lésions tuberculeuses sur des fœtus mort-nés. Ici évidemment le doute n'est plus possible; il faut de toute nécessité admettre une transmission directe du bacille de Koch. Or les faits de ce genre, pour être rares, n'en existent pas moins.

M. Peter, M. Charrin ont rapporté des cas de tuberculose chez des nouveau-nés. Dans le cas de M. Charrin, publié en 1873, il s'agit d'un enfant né à sept mois et demi d'une mère phthisique. A l'autopsie, on trouva des tubercules dans les ganglions mésentériques, l'épiploon, les poumons, et surtout dans le foie et la rate. Berti (1882) a trouvé deux cavernules dans le poumon droit d'une fille morte neuf jours après sa naissance. Ollendorff cite un cas de Meckel où un enfant, né de parents phthisiques, présentait en venant au monde une tumeur palatine, probablement tuberculeuse.

La tuberculose congénitale semble moins exceptionnelle chez les animaux, particulièrement chez les bovidés. M. Chauveau a constaté plusieurs fois, à l'ouverture de vaches phthisiques, des tubercules chez le fœtus. Sur 1165 vétérinaires danois interrogés par M. Bang, 32 ont répondu avoir observé des tubercules chez des veaux nouveau-nés. Mais tous les cas que nous avons cités jusqu'ici pourraient être récusés, puisqu'il n'y est pas fait mention du criterium indiscutable, du bacille de Koch. Ce reproche ne peut être adressé à l'observation de Johne, qui est devenue classique: sur un fœtus provenant d'une vache phthisique, cet observateur trouva des tubercules dans le foie et le poumon, et l'examen microscopique permit d'y constater la présence de bacilles. Ce résultat donne à ce fait une importance capitale; il suffirait à lui seul pour lever tous les doutes. Mais, récemment, MM. Malvoz et Brouwier ont publié un cas absolument semblable: sur un fœtus de vache tuberculeuse, ils trouvèrent des lésions, surtout marquées dans le foie; de là les bacilles avaient gagné le hile de cet organe et le médiastin; quant aux poumons, ils étaient indemnes. Ici encore l'observation est concluante, car la recherche des bacilles a été faite.

Pour compléter les résultats fournis par l'observation, il fallait avoir recours à l'expérience. C'est ce qu'ont fait MM. Landouzy et Martin, qui ont poursuivi sur ce sujet des recherches fort importantes. Ils se sont demandé tout d'abord si les fœtus de femmes tuberculeuses ne peuvent pas contenir le bacille, alors même qu'ils ne présentent pas de lésions. Dans deux cas ils purent tenter l'expérience, et dans les deux cas l'inoculation à des animaux de fragments fœtaux fut le point de départ d'une tuberculose, qui se transmit en série. Mêmes résultats avec des fœtus sains en apparence, mais provenant de cobayes tuberculeux.

Malheureusement, la plupart des expérimentateurs qui ont repris la question n'ont obtenu que des résultats négatifs. Sans parler des observations de Koch, Heller, Weichselbaum, qui se sont contentés de l'examen microscopique et n'ont pas fait d'inoculations, nous citerons les résultats négatifs de Leyden, Straus et Grancher, Cornet, Galtier. Tous ces auteurs ont vainement essayé de transmettre la tuberculose à des cobayes, en leur inoculant des portions d'organes provenant de fœtus issus de mères tuberculeuses. Seul Koubassof a publié des cas positifs; mais il suffit de lire sa note pour voir qu'il s'est agi d'une septicémie et non de tuberculose.

Tout récemment, Sanchez-Toledo a publié des expériences qui semblent fort bien conduites. L'auteur a inoculé des cobayes pleines en leur injectant dans les veines des cultures pures du bacille de Koch. A l'autopsie, il prit les fœtus, pratiqua des examens microscopiques et des ensemencements, et fit des inoculations avec la presque totalité du foie, de la rate et du sang du cœur. Tous les résultats furent négatifs, et pourtant les expériences portèrent sur

---

sique dans l'eau, les reins ne pouvant servir d'émonctoire que pour les substances dissoutes.

Toute différente est l'action des gaz carbonés, acide carbonique et oxyde de carbone; celui-ci est un poison du sang, le premier tue par asphyxie; avec l'un et l'autre l'anesthésie n'est jamais que consécutive ou indirecte.

Nommé médecin en chef du corps expéditionnaire du Mexique, Ludger-Lallemand ne tarde pas à être emporté par la fièvre jaune. En associant son nom au *Traité d'anesthésie chirurgicale*, M. Perrin rappelait une collaboration intime et rendait à la mémoire de son collègue et ami un éclatant hommage. L'ouvrage débute par un historique complet et impartial de la méthode anesthésique, puis vient l'étude du mode d'administration, des phénomènes, de la marche de l'anesthésie, enfin des accidents qui la rendent toujours redoutable, parce qu'ils peuvent être rapidement mortels. Ce chapitre est le plus important; les dangers de l'éther et du chloroforme ont été dès le premier jour et sont encore à l'heure actuelle l'objet des plus sérieuses discussions. Rejetant absolument la mort subite par *asphyxie*, notre regretté maître pense qu'il y a presque toujours *syncope*, mort par le cœur et non par le poumon. Pour faire pénétrer dans l'esprit du lecteur la conviction qui l'anime, il analyse tous les cas de décès publiés, il invoque tour à tour la physiologie expérimentale, la clinique, l'anatomie pathologique; il épuise toutes les ressources d'une dialectique serrée.

La cause du danger, dit-il, étant accidentelle et inhérente au sujet, reste permanente comme lui; il n'existe et il n'existera jamais de méthode qui en mette sûrement à l'abri. Sur ce point l'avenir lui a donné raison. Les mélanges titrés n'ont pas jusqu'ici réalisé les promesses des physiologistes, et la pratique n'a guère conservé des multiples appareils proposés pour la chloroformisation que la simple compresse et le cornet de Raynaud. En résulte-t-il que l'anesthésie puisse être confiée au premier

soixante-cinq fœtus provenant de trente-cinq femelles.

Reste une dernière question : un père tuberculeux peut-il procréer un enfant tuberculeux, autrement dit, le sperme peut-il servir de vecteur au bacille ?

Baumgarten, un des partisans les plus résolus de l'hérédité de la phthisie, n'hésite pas à répondre par l'affirmative. Dans un cas, ayant fécondé artificiellement une lapine avec du sperme provenant d'un lapin tuberculeux, il trouva un bacille dans un ovule. Cette observation est sans doute fort curieuse, mais elle ne permet pas de conclusion : on ne sait en effet ce que serait devenu le bacille ni l'ovule ; le bacille aurait pu ne pas proliférer ou l'ovule aurait pu être tué par le microbe et ne pas se développer. La question mérite d'être reprise et nous verrons plus loin que quelques recherches ont été tentées pour éclairer l'histoire de ces infections ovulaires.

Ce qui semble assez bien établi, c'est que le sperme des tuberculeux, alors même que les organes génitaux paraissent intacts, peut contenir des bacilles. C'est ce qui ressort des recherches de MM. Landouzy et Martin, confirmées par celles de Jani, Bozzolo, Niepce. Si Rohlloff n'a pas réussi en inoculant du sperme de tuberculeux dans la chambre antérieure d'un lapin, le fait ne doit pas trop nous surprendre : le résultat doit être forcéement variable ; il l'est même pour la syphilis ; ne sait-on pas que Mireur n'observa aucun accident en inoculant à quatre personnes saines du sperme provenant d'un homme en pleine évolution de syphilis secondaire ?

Nous avons vu que quelques auteurs ont soutenu qu'un fœtus pouvait renfermer des bacilles sans qu'il existe dans les organes la moindre lésion tuberculeuse. Baumgarten admet que les tissus du fœtus et du nouveau-né opposent une résistance considérable à l'agent infectieux, et, pour expliquer l'hérédo-tuberculose tardive, il soutient que des bacilles peuvent séjourner, sans amener d'accident, dans les ganglions et la moelle des os ; plus tard, sous l'influence d'une cause accidentelle, une inflammation ou un traumatisme, les tissus diminueraient de vitalité et se laisseraient attaquer par les microbes.

Il était donc intéressant de déterminer si vraiment les tissus embryonnaires résistent plus aux infections que les tissus adultes. Maffucci a essayé de résoudre le problème en infectant des œufs de poule avec divers microbes, choléra des poules, pneumocoque de Friedlander, bactéridie charbonneuse, etc. De ses expériences, l'auteur a tiré les conclusions suivantes : l'albumine de l'œuf fécondé et couvé est un terrain favorable pour le développement des microbes pathogènes et non pathogènes de la poule adulte ; mais les tissus de l'embryon offrent à l'infection une très grande résistance, car ils ne se laissent pas envahir par les microbes, tant que l'embryon est vivant ; l'embryon pourra succomber à une période plus ou moins avancée de l'incubation ; s'il résiste et qu'il vienne au monde, les accidents pourront éclater plus ou moins longtemps après l'éclosion. Dans ce dernier cas, on peut, sans trop forcer les analogies, trouver dans ces intéressantes expériences, un appui en faveur de la doctrine de l'hérédo-tuberculose tardive.

Lorsqu'un fœtus de mammifère naît avec des lésions tuberculeuses, celles-ci revêtent quelques caractères particuliers. La tuberculose congénitale diffère de la tuberculose acquise, non par les caractères anatomiques des tubercules, mais par leurs localisations ; c'est le foie qui est l'organe le plus fréquemment et le plus profondément atteint ; c'est qu'en effet les bacilles arrivant par la veine ombilicale viennent tout d'abord coloniser dans cet organe. Aussi pourra-t-on penser à une transmission intraplacentaire de la tuberculose, lorsqu'on trouvera cette localisation chez un enfant issu de parents tuberculeux ; à la condition bien entendu qu'il n'y ait pas d'altération intestinale, pouvant rendre compte de la localisation hépatique.

Tels sont brièvement résumés les principaux faits qu'on peut invoquer pour ou contre la doctrine de l'hérédo-tuberculose. Malgré le grand nombre de travaux qu'on a publiés sur ce sujet, la réponse aux questions que nous avions à résoudre n'est pas près d'être donnée. Ce que nous savons, ce qui nous semble parfaitement établi, par les observations de MM. Landouzy, Queyrat, Hayem, Damaschino, Lannelongue, c'est que la tuberculose de la première enfance est loin d'être rare, c'est que les enfants issus de parents contaminés sont frappés par la maladie avec une fréquence désespérante.

Au point de vue scientifique, la transmission directe du bacille au fœtus est démontrée par les faits de Johne et de Malvoz et Brouwier. Deux observations positives, c'est suffisant, nous diront les partisans de l'hérédo-tuberculose ; c'est bien peu, objecteront les adversaires ; quelques-uns pourraient même supposer qu'il s'agit là de deux faits exceptionnels. Pour nous, qui n'admettons pas d'exception dans les sciences, nous regardons comme parfaitement établi le passage des bacilles de la mère au fœtus. Mais ce

---

venu, qu'elle doive se pratiquer sans soins, sans règles précises ? Telle n'est pas la pensée de M. Perrin, et les pages où il étudie les règles de la chloroformisation sont certainement des meilleures de son livre.

Bien moins précise est sa décision sur le choix à faire parmi les agents anesthésiques. S'il repousse absolument l'amylène, il hésite entre l'éther et le chloroforme, entre l'École de Lyon et la Faculté de Paris. La conviction ardente des chirurgiens lyonnais le rend perplexe, il avoue que les faits ne lui permettent pas de se prononcer nettement sur la valeur, sur les dangers relatifs de ces deux substances. Disons toutefois que ses préférences personnelles ont toujours été pour le chloroforme, jamais nous ne l'avons vu au Val-de-Grâce recourir à l'emploi de l'éther.

Pour parer aux accidents qui viennent trop souvent compliquer l'anesthésie, il faut stimuler le système nerveux, agir sur les centres circulatoires ; il faut surtout recourir à la respiration artificielle qui chasse le chloroforme des alvéoles pulmonaires, arrête son absorption et favorise son élimination rapide. Sous ce rapport l'insufflation d'air à l'aide d'un soufflet et d'une canule métallique, conduite à travers la glotte jusque près de la bifurcation de la trachée, lui paraît supérieure à toute autre méthode. La trachéotomie est une ressource ultime, les procédés mécaniques de respiration artificielle doivent être utilisés avant d'y recourir.

Cette conception des accidents de l'anesthésie, M. Perrin l'a défendue jusqu'à son dernier jour. En 1866 à la Société de chirurgie, en 1878, en 1882 à l'Académie de médecine, il s'élève avec force contre la théorie de la mort subite par *asphyxie*, théorie dont le moindre tort serait de mettre en jeu la responsabilité médicale.

En quittant le Val-de-Grâce à la fin de sa période d'agrégation, en 1862, M. Perrin, au lieu d'être envoyé en Algérie, fut maintenu à Paris, grâce à l'action puissante de Michel Lévy, directeur de l'École d'application de la médecine

qu'il faudrait rechercher, c'est si ce passage est fréquent, c'est-à-dire si les conditions qui favorisent ou permettent cette transmission sont souvent remplies; autrement dit, il faudrait établir le déterminisme du phénomène. Nous n'avons en somme qu'à répéter pour la tuberculose ce que nous avons déjà dit à propos du charbon et ce que nous aurions pu redire à propos de chacune des maladies infectieuses. La question ne pourra être vidée que lorsque nous aurons un nombre suffisant d'observations complètes. Il faudra recueillir avec soin tous les fœtus provenant de mères tuberculeuses, et même en l'absence de lésions appréciables, rechercher le bacille en faisant des inoculations à des cobayes. Il faudra de plus dans tous les cas tâcher d'avoir des observations complètes, c'est-à-dire tâcher de déterminer exactement les conditions qui ont accompagné et qui pourront un jour expliquer cette transmission héréditaire. Enfin on ne négligera pas de porter son attention sur le placenta, quelques faits démontrant la virulence de cet organe (Landouzy et Martin, Jani, Charrin et Karth); peut-être est-ce là qu'il faut chercher la cause de l'hérédo-tuberculose, peut-être, comme pour le charbon, existe-t-il des altérations placentaires indispensables au passage des bacilles et qui jusqu'ici ont passé inaperçues? Si cela est, la question sera modifiée, et ce qu'il faudra déterminer ce seront, comme pour les autres maladies, les conditions qui favorisent la localisation placentaire. Le problème demande donc de nouvelles observations complètes, et peut-être, en étudiant tous les détails de chaque fait, arrivera-t-on à trouver le sens dans lequel devront être dirigées les expériences. Pour le moment, nous ne pouvons que faire appel aux médecins et aux vétérinaires et, tout en affirmant la possibilité du passage des bacilles de la mère au fœtus, tout en affirmant aussi la fréquence de la tuberculose chez les enfants issus de tuberculeux, nous comprenons qu'on conserve encore quelques doutes sur le mécanisme habituel de cette transmission héréditaire.

G.-H. Roger.

(*A suivre.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Pleurésie hémorrhagique; cancer de la plèvre consécutif a un épithélioma du nez opéré avec succès cinq ans auparavant. Communication faite à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 11 octobre 1889 par M. le docteur Féréol, médecin de l'hôpital de la Charité.

La question des pleurésies hématiques a été à plusieurs reprises, et l'an dernier encore, l'objet de communications et de discussions à la Société médicale des hôpitaux. Le fait suivant m'a paru digne de vous être communiqué, bien qu'il soit incomplet, l'autopsie n'ayant pu être faite. Mais il présente un double intérêt, en lui-même d'abord et en tant que pleurésie hématique, et ensuite parce qu'il comporte pour interprétation possible une généralisation à la plèvre d'un épithélioma de la face après opération, ce qui assurément n'est point commun.

Voici le fait, qui a été observé dans la clientèle de la ville par mon ancien collègue d'internat le docteur Moynier, par moi, et par notre collègue le professeur Dieulafoy; celui-ci a été appelé par nous, dans ce cas éminemment insidieux, dont l'issue nous paraissait devoir être mauvaise. Nous tenions dans une circonstance aussi délicate à nous assurer le concours d'un collègue qui a fait de la pleurésie l'objet de son étude de prédilection, et l'événement nous a prouvé que nos craintes n'étaient que trop fondées.

M. X..., ancien magistrat, âgé de soixante-quinze ans, a toujours été d'une bonne santé, n'a fait aucune maladie de quelque importance; il était seulement sujet à des bronchites, et aurait eu à plusieurs reprises des signes d'emphysème, pour lesquels M. Dechambre, il y a une vingtaine d'années, lui aurait prescrit de la belladone, laquelle lui aurait causé des troubles de la vue assez accentués. Grand travailleur du reste, très versé dans les affaires judiciaires, M. X... a toujours eu une vie très active; sa mise à la retraite, un peu prématurée à son avis, l'a fortement affecté. Il y a quatre ans il a consulté M. le professeur Hardy pour une acné du nez qui prenait des tendances ulcéreuses si prononcées que M. Hardy n'a pas hésité à lui conseiller une cautérisation. Celle-ci fut pratiquée assez énergiquement avec la pâte de Vienne, et l'opération réussit parfaitement.

L'hiver dernier, en novembre 1888, M. X... fut repris un peu plus fort que d'habitude de sa bronchite hibernale, qui fut combattue par la liqueur de Fowler, le coton iodé, quelques préparations antimoniées, etc.

Mais à la fin de mars dernier l'oppression devint plus forte, sans que la toux augmentât; elle était surtout gênante quand le malade marchait, montait les étages; en même temps il y avait une douleur de dos, qualifiée de lombago, et qui s'ajoutait

---

militaire, homme supérieur qui savait apprécier le mérite et qui de plus savait le récompenser. Durant son séjour aux Invalides, le jeune médecin-major de 1re classe fit paraître ses études *Sur l'influences des boissons alcooliques prises à doses modérées sur la nutrition* (1864). Il y démontre que l'alcool ingéré diminue la quantité d'acide carbonique exhalé par les poumons, ralentit les oxydations intra-vasculaires; qu'il ne nourrit pas, mais que par stimulation du système nerveux il s'oppose à une désassimilation trop rapide.

Membre titulaire de la Société de chirurgie en 1865, il prend part à la discussion sur l'*iridectomie*, il complète dans un second mémoire les recherches cliniques qu'il avait commencées l'année précédente (1864) sur la valeur de l'*uréthrotomie interne*. Partisan convaincu de cette méthode de traitement des rétrécissements de l'urèthre, M. Perrin tente de la faire substituer à la dilatation, qu'à tort, sans doute, il qualifie de *routinière*. Ses arguments en faveur de l'incision reposaient sur une statistique personnelle trop faible, sur des chiffres trop peu élevés, pour entraîner la conviction de tous ses collègues. Aussi ses idées furent-elles vivement combattues. En somme, la discussion ne resta pas sans profit. Tout en montrant que la dilatation graduée, lente, progressive, doit rester la méthode générale de traitement des coarctations uréthrales, tout en faisant voir que l'uréthrotomie en elle-même ne met aucunement à l'abri de la récidive, elle prouva qu'une section bien faite n'était pas aussi dangereuse qu'on le croyait encore, que l'incision dans des cas bien déterminés rendait au malade comme au chirurgien d'inappréciables services.

Appelé à faire aux médecins stagiaires du Val-de-Grâce des conférences d'ophthalmoscopie et d'optométrie, l'ancien agrégé, devenu médecin-major des hôpitaux, s'acquitta noblement de la tâche délicate qui lui était confiée. Bien qu'on ne fût plus au début de l'éclairage du fond de l'œil, cette méthode d'exploration n'avait pas encore pénétré dans la

à l'oppression pour rendre la marche et toute espèce d'efforts très pénibles. Ces phénomènes augmentèrent pendant la première quinzaine d'avril; la dyspnée se prononçait au moindre mouvement, et aussi après les repas, simplement même quand le malade parlait; elle s'augmentait quand il restait debout pour faire sa toilette, quand il allait à la garde-robe, et était d'ailleurs hors de proportion avec les signes physiques de l'auscultation: des deux côtés râles sibilants peu nombreux, disséminés; toutefois du côté gauche de la poitrine, on notait une faiblesse plus grande de la respiration, avec une résonnance moindre, et même deux travers de doigt de matité à la base. Pas d'expectoration. Un vésicatoire appliqué sur le point suspect le 9 avril n'amena pas grand soulagement. M. X.. restait très oppressé, son pouls était lent et faible. Le visage, bien coloré d'ordinaire, commençait à pâlir. Les signes physiques s'accentuaient dans le sens de la pleurésie. M. Magnier, qui jusqu'alors soignait seul M. X..., demanda une consultation, ce qui provoqua chez le malade assez pusillanime et dans son entourage une sensation telle qu'on fut obligé d'ajourner ce projet.

Cependant le 18 avril cette consultation avait lieu, et c'est ce jour que je vis pour la première fois M. X.... Il était levé, avait bon visage, continuait à manger d'assez bon appétit, dormait bien, et ne se fût pas trouvé malade sans cette oppression qui l'étouffait d'une manière extrême au plus léger effort. Je constatai chez lui tous les signes d'un épanchement moyen avec souffle et broncho-égophonie, ne dépassant pas la pointe de l'omoplate; le cœur était refoulé sous le sternum; la pointe ne se sentait pas au doigt. La dyspnée militait en faveur de l'intervention; mais la quantité du liquide ne paraissait pas très considérable; on pouvait mettre sur le compte de l'emphysème concomitant l'intensité particulière de cette dyspnée, et aussi peut-être pour partie sur le déplacement du cœur, et l'état du système circulatoire; M. X... en effet était anémique et athéromateux. Il était d'ailleurs très impressionnable et il fallait le ménager.

L'opération fut donc différée. Nouveau vésicatoire; un litre de lait par jour avec un peu d'iodure de sodium.

Nous aurions désiré une purgation, qui fut repoussée par le malade qui craignait de s'affaiblir. Six jours après, la dyspnée reste la même, bien que les râles sibilants aient notablement diminué; la faiblesse augmente. La matité de la base, le souffle et le déplacement du cœur n'ont pas changé; il devient probable que la ponction ne pourra être évitée; et nous arrêtons en principe que, vu les difficultés du cas, nous appellerons le docteur Dieulafoy.

En effet, notre attention a été particulièrement attirée par l'acné du malade qui semble en voie de récidive, non pas sur la cicatrice de l'opération pratiquée par M. Hardy il y a quatre ans; celle-ci est nette et saine; mais tout autour, sur le nez, dans les plis des narines, au milieu d'une vascularisation rosacique très prononcée, on constate un semis de petites croûtes granuleuses très fines, formant sous le doigt une poussière grenue; si on enlève ces petites croûtes d'acné concrète, on trouve au-dessous, par petites places, l'épiderme très superficiellement entamé, ce qui nous inspire quelques inquiétudes au point de vue d'une récidive possible, et peut-être d'une généralisation du côté de la plèvre.

Le 29 avril, M. Dieulafoy se réunit à nous, juge, comme nous, la ponction nécessaire, et la pratique le soir même; il retire 800 grammes d'un liquide rosé, qui, examiné chimiquement et au microscope, contient une quantité de fibrine assez considérable, 0,40 pour 945, et des globules sanguins assez abondants. L'aspect de ce liquide nous inspire des craintes sérieuses sur la nature de la pleurésie.

L'opération n'est pas suivie d'une diminution notable de la dyspnée au dire du malade; cependant les jours suivants on perçoit dans l'aisselle un bruit de frottement qui paraît de bon augure, mais cette amélioration n'est que passagère.

Le 7 juin, nouvelle évacuation de 950 grammes de liquide toujours fortement rosé.

Dès lors, je passe sur les détails de l'observation. Je dirai seulement que du 29 avril au 4 septembre, il a été pratiqué onze ponctions à des intervalles plus ou moins éloignés; il n'y a jamais eu de pus dans le liquide, mais presque toujours du sang: une fois, le 31 juillet, la ponction a donné un liquide presque séreux, à peine coloré; mais l'état général commençait à s'altérer sérieusement; le malade perdait ses forces et ne quittait plus le lit; le liquide d'ailleurs ne tarda pas à se reproduire, et à reprendre sa teinte rosée, qui même se fonça graduellement, au point que les deux dernières ponctions, qui se firent à quatre jours d'intervalle seulement, donnèrent un liquide qui ressemblait à du sang presque pur. L'analyse des liquides indiquait dans les derniers temps, en même temps que l'augmentation des globules du sang et de la fibrine, une diminution progressive des sels minéraux et des éléments organiques.

L'alimentation était devenue presque impossible. La fièvre, qui avait été nulle pendant près de quatre mois, s'alluma dans le dernier septénaire. Des accès de dypsnée à forme syncopale se manifestèrent à plusieurs reprises, et semblaient chaque fois devoir amener la mort. L'affaiblissement était extrême. Enfin le malade, dans la nuit du 4 septembre qui suivit la dernière ponction, fut pris d'agitation, de délire, sueur froide, avec pouls filiforme et face cyanosée et succomba à une heure du matin.

Dans le courant de cette longue maladie, qui avait commencé si insidieusement, d'une façon si peu caractérisée tout d'abord, nous désirâmes, alors que la pensée d'une pleurésie cancéreuse se précisa nettement pour nous, avoir sur ce point l'opinion de M. Hardy, qui avait cautérisé l'épithélioma en 1885. Notre honoré maître avait parfaitement conservé le souvenir du malade que, du reste, il n'avait jamais vu qu'à sa consultation; mais le fait l'avait frappé, aussi bien que la parfaite réussite de sa cautérisation. Le 9 juillet, il examina avec le plus grand soin le malade que nous lui soumettions; à ce moment l'état général de M. X... était encore excellent; il mangeait de bon appétit, se levait dans la journée, dormait bien la nuit. M. Hardy nous dit qu'il n'avait jamais vu jusqu'à ce jour le cancer du nez se répercuter sur la plèvre; que les pleurésies hématiques n'étaient pas rares aux âges extrêmes de la vie, dans l'enfance et dans la vieillesse; que dans le cas actuel, en l'ab-

---

pratique générale. Pour le médecin militaire expert devant les conseils de revision et de réforme, la connaissance de ces procédés d'examen était cependant absolument nécessaire. M. Perrin eut le grand mérite de le comprendre, et l'énergie suffisante pour le faire comprendre autour de lui. Dès 1864, médecin stagiaire au Val-de-Grâce, j'assistai à quelques-unes de ses leçons. Nommé aide-major à l'Hôtel des Invalides en 1865, j'eus le bonheur de pouvoir durant deux années suivre cet enseignement, auquel notre maître, alors dans toute la force de l'âge, apportait l'ardeur qui fait des disciples, le charme qui les attire, la foi qui les retient. A partir de cette époque il s'engage au reste résolument dans cette voie, l'oculistique compte un fidèle et bientôt un maître de plus.

Ce n'est pas dire que M. Perrin déserte absolument la chirurgie ordinaire. Il nous suffit de noter la part qu'il prend aux discussions sur les résections sous-périostées, l'emphysème dans les fractures compliquées (1866); sur la trépanation, le traitement de la syphilis (1867), pour démontrer le contraire. Cependant les affections oculaires sont pour lui les sujets de prédilection. C'est ainsi qu'il communique à la Société de chirurgie ses observations : *Sur un œil artificiel destiné à faciliter les études ophthalmoscopiques* (1866), *Sur la cataracte diabétique* (1870), *Sur un procédé nouveau de destruction de la capsule du cristallin dans l'opération de la cataracte* (1871) à l'aide d'un ingénieux instrument qu'il nomma la griffe capsulaire.

La place de professeur d'opérations et appareils devient vacante au Val-de-Grâce à la fin de 1867 par la nomination de M. Lustreman au grade de médecin inspecteur. Proposé en première ligne par le corps professoral en même temps que par le Conseil de santé, M. Perrin, alors médecin principal de 2e classe aux hôpitaux de la division d'Alger, vient prendre possession de sa chaire le 8 juin 1868. En même temps qu'il enseigne la médecine opératoire, il réclame le service d'ophthalmologie et reprend, d'une façon plus régu-

sence de fièvre, d'amaigrissement, de ganglions axillaires ou claviculaires, les fonctions digestives étant conservées, il y avait lieu d'espérer que la pleurésie n'était pas cancéreuse; que sans doute il y avait des chances mauvaises, dont la pire était l'âge du malade, mais que l'on pouvait conserver de l'espoir.

Tel n'était point l'avis de M. Dieulafoy qui dès lors affirmait nettement la nature cancéreuse de la pleurésie, se fondant précisément sur l'âge du malade, et sur la coïncidence du cancroïde nasal qui paraissait en voie de récidive.

Or, dans les derniers jours de cette maladie, il fut possible de constater un fait qui donnait à cette interprétation diagnostique une probabilité voisine de la certitude. Il existait alors au-devant du sternum, au niveau de la troisième côte, une petite tumeur de la grosseur d'un pois, ayant tous les caractères d'un épithélioma cutané. De quand datait cette tumeur? Il nous fut impossible de le préciser. Avait-elle échappé à notre examen? à celui de M. Hardy? ou bien était-elle de date tout à fait récente et postérieure à cet examen? Toujours est-il que la constatation de cette généralisation cutanée venait fortement à l'appui du diagnostic porté par M. Dieulafoy et auquel il nous était impossible à M. Magnier et à moi de pas nous rallier, en voyant la marche de la maladie. Nous aurions désiré à ce moment rappeler M. Hardy, mais il avait quitté Paris.

En fin de compte, et malgré l'absence d'autopsie, il nous paraît certain: 1° que le malade a succombé à une pleurésie cancéreuse; 2° que le cancer de la plèvre, comme c'est la règle presque absolue, était secondaire, et qu'il a été consécutif à la généralisation d'un épithélioma du nez, opéré avec succès cinq ans auparavant, et n'ayant pas récidivé dans la cicatrice.

Le fait nous a paru assez rare pour être mentionné dans nos bulletins, et soumis à votre appréciation.

REVUE DES CONGRÈS

Quatrième Congrès français de chirurgie tenu à Paris du 7 au 12 octobre 1889.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA PÉRITONITE AIGUE.

Depuis quelques années les chirurgiens, enhardis à porter le bistouri sur la séreuse péritonéale, se sont attaqués à la péritonite et ont sauvé des malades auxquels ils ont incisé, désinfecté et drainé le péritoine enflammé. La question, dont l'état en 1886 a été exposé dans la thèse d'agrégation de Truc, a fait depuis cette époque des progrès sensibles, et les résultats thérapeutiques sont en voie d'amélioration. Il reste toutefois des obscurités, qui tiennent en partie à ce que les distinctions ne sont pas toujours suffisantes entre les diverses variétés. Il y a en effet, comme l'a dit M. Demons, des péritonites et non une péritonite. C'est précisément pour cela que nous avons cru pouvoir nous permettre une transposition et parler de la péritonite tuberculeuse à propos du traitement chirurgical des tuberculoses locales. Les faits relatifs à la *péritonite aiguë, septique*, vont donc être seuls envisagé ici.

Le plus important des mémoires communiqués au Congrès est indiscutablement celui de M. Bouilly. Il se fonde, en effet sur douze observations personnelles, où la laparotomie a été mise en œuvre. Ces observations se décomposent de la manière suivante: 1 péritonite traumatique; 4 par lésions d'organes abdominaux; 6 puerpérales; 1 par rupture utérine.

1° La *péritonite traumatique* opérée par M. Bouilly est bien connue, célèbre même. C'est cette observation, publiée en 1883, où M. Bouilly ouvrit le ventre (deux heures après l'accident) à un malade qui avait subi une rupture traumatique de l'intestin grêle sans plaie de la paroi abdominale. La séreuse était enflammée, et cependant il guérit de l'intervention chirurgicale. Depuis cette époque les faits se sont multipliés, et plusieurs des succès de la laparotomie pour les plaies et ruptures de l'intestin ou de la vessie ont été obtenus, quoique les liquides septiques épanchés eussent causé déjà une péritonite aiguë, diffuse.

2° Les *lésions d'organes abdominaux* qui sont capables de provoquer la péritonite suppurée, généralisée ou localisée, sont multiples. Les faits de M. Bouilly, au nombre de quatre, concernent une grossesse extra-utérine, une perforation de l'appendice iléo-cæcal, une salpingo-ovarite et une occlusion intestinale.

La malade atteinte de grossesse extra-utérine (le diagnostic de cette cause avait été soupçonné avant la laparotomie) a guéri avec une grande rapidité: au dix-huitième jour elle quittait l'hôpital. Les accidents inflammatoires reconnaissaient pour origine un massage intempestif de la tumeur abdominale.

Une autre patiente souffrait depuis six semaines d'une péritonite subaiguë lorsque M. Bouilly fut appelé. Après laparotomie, il détergea un foyer pelvien dû à une perforation de l'appendice iléo-cæcal. Plus tard, il réséqua avec succès l'appendice pour mettre fin à une fistule stercorale qui persistait. Des faits analogues ont été rapportés par M. Campenon, par M. Labbé. Voici le résumé de ces observations, où on parle de typhlite et de pérityphlite, sans faire mention il est vrai de perforation intestinale.

M. Labbé fut appelé auprès d'une jeune fille, atteinte de péritonite, à laquelle M. Potain n'avait accordé que quarante-

---

lière et plus suivie, avec une installallation qu'il fait chaque jour plus complète, les conférences théoriques et pratiques d'oculistique, qu'il avait dirigées déjà pendant plusieurs années avec un incontestable succès.

J. Chauvel.

(*A suivre.*)

École de santé militaire. — Nous extrayons du décret sur les engagements volontaires et spéciaux, promulgué le 28 septembre 1889, les articles suivants, qui intéressent les élèves de l'Ecole du service de santé militaire:

« Art. 22. — Les jeunes gens nommés élèves de l'Ecole du service de santé militaire souscrivent un engagement d'une durée de trois ans, et s'obligent à servir pendant six années dans l'armée active, à partir de leur nomination au grade de médecin aide-major de 2e classe.

« Art. 23. — L'engagement des élèves de l'Ecole du service de santé militaire est souscrit à la mairie de l'un des arrondissements de Lyon;

« Le contractant n'est assujetti à aucune condition d'âge autre que celles qui sont exigées pour l'admission à l'Ecole. Il en justifie par la production d'un certificat d'admission. Il produit en outre: 1° l'extrait de son casier judiciaire; 2° le certificat d'aptitude, délivré par le commandant du bureau de recrutement de la subdivision dans laquelle est contracté l'engagement.

« Art. 24. — Les engagements sont souscrits pour l'une des armes de l'infanterie, de la cavalerie, de l'artillerie ou du génie.

« L'autorité militaire désigne, au moment de la mise en route, le corps sur lequel les engagés sont dirigés: 1° s'ils n'obtiennent pas le grade de médecin aide-major de 2e classe; 2° si, une fois en possession de ce grade, il ne servent pas dans l'armée active, pendant six ans au moins.

« Dans l'un et l'autre cas, la durée de l'engagement de trois ans, souscrit à l'entrée de l'Ecole, ne court que du jour de l'incorporation. »

huit heures à vivre. Elle avait du muquet plein la bouche et une fièvre ardente. M. Labbé diagnostiqua un vaste foyer péricæcal (car la malade avait un passé typhlitique assez net), qu'il incisa et, après issue de 6 à 7 litres de pus, il constata que la poche était limitée en haut par un diaphragme pseudo-membraneux ; les viscères étaient refoulés en haut et à gauche. Il se borna à laver la cavité, qu'il se refusa à gratter. Lavages à l'eau stérilisée, sans adjonction de substances antiseptiques, car les accidents de résorption toxique eussent pu être redoutables. Puis il pratiqua un tamponnement en queue de cerf-volant avec de la charpie fine effilée de Montpellier. La guérison fut rapide et complète, sans fistule stercorale.

M. Campenon a opéré un homme qui présentait des signes d'occlusion intestinale, mais chez lequel il diagnostiqua cependant une péritonite d'origine cæcale. Au moment de l'opération, le malade était mourant. Il existait une poche analogue à celle que M. Labbé a décrite. Mais le diaphragme pseudo-membraneux avait cédé et le pus avait infecté la séreuse tout entière. Le patient étant mort au quatrième jour, après quarante-huit heures d'espoir, M. Campenon a constaté qu'il avait laissé échapper un foyer situé dans le petit bassin. Peut-être un nettoyage complet eût-il assuré le succès.

Une occlusion intestinale par torsion était la cause de la péritonite chez le troisième opéré de M. Bouilly : le malade, homme de quarante ans, mourut le soir même.

La quatrième observation, enfin, concerne une femme de trente ans, que M. Bouilly vit à peu près mourante, d'une fausse couche, disait-elle. Il l'opéra d'urgence, sans grand espoir, et pourtant, après quelques jours difficiles, elle se rétablit. Opérée le 26 janvier, elle sortait de l'hôpital le 18 mars. La cause était une salpingo-ovarite qui ultérieurement fut ouverte par le vagin. Une observation comparable a été communiquée par M. Routier. Une jeune femme fut admise dans le service de M. Damaschino pour une fièvre typhoïde au début. Puis une tumeur fut trouvée dans le ventre : M. Routier consulté crut à une grossesse. Puis un abcès devint évident, et il l'incisa : abcès limité par un diaphragme pseudo-membraneux le séparant des anses intestinales. L'utérus et les annexes étaient malades, mais trop adhérents pour être enlevés. L'opération réussit, mais le malade conserva une fistule. M. Routier chercha à traiter cette fistule par la dilatation : ce fut en vain. Il ouvrit donc de nouveau le ventre ; mais cette fois encore les adhérences des organes pelviens firent échouer sa tentative d'opération radicale. La malade vit et est en bon état ; mais depuis deux ans et demi elle porte toujours une fistule.

Parmi les faits comparables nous citerons une péritonite due à un kyste suppuré de l'ovaire : en 1883, M. Demons (de Bordeaux) désinfecta avec succès le péritoine, dont l'inflammation purulente était généralisée. M. Labbé a obtenu également un succès dans un cas à peu près identique, où le péritoine contenait environ 8 litres de pus.

Avant de quitter ces péritonites diverses, nous résumerons une observation de M. Brun. Il s'agit d'une de ces péritonites aiguës, décrites en particulier par Féréol, par Gauderon, péritonites assez spéciales aux enfants et aux adolescents et qui parfois guérissent d'elles-mêmes, par ouverture spontanée à l'ombilic. M. Brun a vu deux malades qui portaient des fistules ombilicales de cette nature. Mais ce résultat favorable n'est malheureusement pas la règle ; et encore laisse-t-il à désirer. Il faut donc intervenir chirurgicalement. Truc est partisan des ponctions répétées : la vraie méthode est l'incision large, comme pour un abcès chaud. M. Brun a observé il y a deux ans une jeune fille de dix-huit ans chez qui une péritonite se déclara à la suite d'un refroidissement pendant les règles. D'abord diffus, les phénomènes s'amendèrent au bout de huit à dix jours, puis se localisèrent vers l'hypogastre : cette région était mate et une ponction exploratrice donna du pus. Ce fut assez longtemps après, toutefois, que M. Brun fut mandé et, sur la malade en collapsus, il fit la laparotomie, seule planche de salut qui restât ; et il la fit séance tenante, avec un outillage improvisé. La cavité (analogue à celle dont a parlé M. Labbé) fut explorée sans que la cause du mal fût trouvée. Les effets du drainage furent immédiats : dès le soir la température était normale et au bout de trois semaines le trajet du drain restait seul à cicatriser.

3° Une *rupture de l'utérus gravide*, au seizième accouchement, était l'origine de la péritonite chez la sixième malade de M. Bouilly. Cette rupture se compliquait de rupture de la vessie. La malade mourut en douze heures.

4° Les *péritonites puerpérales* sont sans contredit les plus graves de toutes, et l'on ne saurait s'étonner que la chirurgie y soit moins souvent efficace. M. Bouilly est le premier à avoir tenté ces essais, et dès 1886 il communiquait deux faits à Truc. Les malades étaient mortes sans doute, au deuxième et au seizième jour, et la troisième ne fut pas mieux partagée, car elle succombait en quatre jours. Il fallait donc de la hardiesse pour persévérer, mais l'événement a montré que cette hardiesse n'était pas de la témérité. En 1887, la laparotomie arracha deux malades à une mort certaine. L'une d'elles, opérée alors qu'elle était dans un état des plus graves, était guérie en treize jours ; l'autre, tellement atteinte que le matin du treizième jour M. Bouilly s'était refusé à intervenir, fut opérée le soir et se remit complètement. La dernière, enfin, succomba dix heures après la laparotomie, faite *in extremis*, douze jours après le début de l'infection.

M. Denncé a fait connaître une observation analogue, heureuse. La péritonite, consécutive à un avortement, avait eu d'abord des allures subaiguës ; puis, un mois après, des accidents graves avaient éclaté. Il y avait des foyers purulents dans le cul-de-sac de Douglas, dans la trompe et dans le ligament large. Un incident ralentit la guérison : vers le quinzième jour un frisson annonça l'invasion d'un abcès parotidien qui dut être incisé.

Le *manuel opératoire*, recommandé par M. Bouilly, est très simple, une incision petite, longue de 5 à 6 centimètres, est suffisante ; plus grande, elle exposerait au prolapsus de l'intestin météorisé. Par là est introduite la canule d'un laveur et cette canule, accompagnée de l'index, fouille dans tous les coins et recoins pour dégager les agglutinations, pour chercher les foyers qui se sont collectés. On fait passer ainsi de 8 à 10 litres d'eau bouillie ; si l'on veut, on peut se servir de sublimé à 1 pour 4000 ou 5000. Quand il y a une poche circonscrite, on y met un gros drain. Cette recherche des foyers doit être minutieuse : à une de ses autopsies, M. Bouilly en a trouvé un qu'il avait méconnu, et nous avons vu que M. Campenon s'est accusé de pareille mésaventure.

M. Demons se demande si le simple lavage suffit, et il conseille plutôt de faire une toilette complète, en nettoyant à l'éponge le plus possible des exsudats. Il reconnaît que cette manœuvre, plus longue, ne serait peut-être pas supportée si la malade était en un état très grave. Peut-être même, pour les cas désespérés, où une opération de quelque importance serait fatalement mortelle, pourrait-on essayer du simple lavage, par une canule de trocart, une autre canule, plantée dans l'autre flanc, donnant issue au liquide injecté. Le trauma est en effet ainsi réduit au minimum.

Les *résultats*, si l'on envisage la statistique de M. Bouilly, sont, en bloc, 50 pour 100 de succès ; si l'on envisage la seule péritonite puerpérale, il n'y a plus que 33 pour 100 de guérisons ; ceci n'est pas surprenant, car les malades sont presque toutes moribondes au moment de l'opération. Si à cela nous ajoutons les faits communiqués au Congrès, nous avons les chiffres suivants :

Total des opérations, 19...........	guérisons, 12.
Péritonique traumatique, 1.........	guérison, 1.
Rupture utérine et vésicale, 1.......	guérison, 0.
Lésions des organes abdominaux, 9..	guérisons, 7.
Péritonites enkystées de la jeunesse, 2.	guérisons, 2.
Péritonites puerpérales, 7..........	guérisons, 3.

Aussi peut-on conclure, avec M. Bouilly, qu'il ne faut pas rester les bras croisés devant une péritonite, même puerpérale. Avoir osé agir a été un progrès; avoir eu des succès a été la justification de cette témérité apparente.

A. Broca.

Communications diverses.

Une nouvelle méthode pour la cure des fistules recto-urinaires, par M. le docteur *Ziembicki* (de Lemberg). — Ces fistules sont rares. Il en est d'inopérables, cancéreuses ou tuberculeuses. Les opérations sont de deux variétés. Il en est, quelle que soit leur cause, qui suppurent encore. Alors le rôle du chirurgien est bien restreint : on n'a guère qu'à dilater ou mieux à sectionner les sphincters pour éviter le passage des gaz dans les voies urinaires. On arrive ainsi, assez souvent, à la cicatrisation partielle et on est en présence des fistules qui ne suppurent plus : affections graves, incurables spontanément et trop souvent rebelles à l'intervention chirurgicale. Cette gravité, ces difficultés opératoires, sont proclamées par tous les auteurs. On commence par la cautérisation, qui donne quelques rares succès, mais, en général, ne réussit qu'à augmenter la fistule. Le procédé d'A. Cooper (dissection de la paroi rectale et suture) a donné un bon résultat. Enfin, le procédé américain de la suture vésico-vaginale a permis à Duplay, à König de guérir chacun un malade; mais Verneuil n'a-t-il pas fait voir que, même pour la fistule recto-vulvaire, l'échec est à peu près constant. M. Ziembicki a eu à soigner un malade où une fistule, d'origine traumatique, avait résisté à cinq opérations successives. Alors il a fait l'opération suivante : 1° mobilisation complète de l'extrémité inférieure du rectum; 2° avivement et suture séparés de chaque orifice, l'un rectal, l'autre uréthral; 3° rotation légère du rectum autour de son axe pour détruire le parallélisme des deux orifices. Guérison radicale en six semaines.

Goitre kystique double rétro-sternal suffocant, par M. *Boutaresco* (de Bucharest). — Deux tumeurs situées, l'une dans la région sus-claviculaire droite, l'autre à la région antérieure du cou, cette dernière s'avançant de 10 centimètres dans le médiastin. Extirpation en deux séances différentes. Guérison complète sans accidents tardifs.

Traitement des fractures de la rotule. — M. *Philippe* (de Saint-Mandé) recommande une boîte gouttière à suspension (qu'il a décrite en 1870 et dont il est parlé dans le *Manuel de petite chirurgie* de Jamain et Terrier). L'auteur a obtenu de la sorte quatre cals osseux complets, et un incomplet. Il ne faut pas abuser de la suture osseuse, dont certains chirurgiens semblent exagérer l'innocuité.

Physiologie de la trachée et des bronches; déductions pathogéniques et pathologiques, par M. *Nicaise*. — « Les conclusions suivantes sont le résultat d'expériences que j'ai entreprises pour étudier les fonctions de la trachée. Ces expériences ont été faites sur des chiens, dans le laboratoire de Paul Bert, à la Sorbonne en 1878, et dans le laboratoire de M. Bouchard en 1889 :

A l'état normal, dans la respiration calme, la trachée est en contraction et sans variation de diamètre appréciable, et cela dans les deux temps de la respiration. Les extrémités des anneaux cartilagineux sont presque au contact et les anneaux se touchent presque par leurs bords; la portion membraneuse est revenue sur elle-même, et la muqueuse fait à son niveau une légère saillie dans l'intérieur du conduit.

Cet état de contraction normale, continue, est dû à l'action tonique des tissus musculaire et élastique qui entourent le cylindre trachéal et existent surtout au niveau de la portion membraneuse et des membranes interannulaires.

Pendant la respiration forte, le cri, le gémissement, le chant, etc..., la trachée se dilate et s'allonge pendant l'expiration, le larynx monte; elle se rétrécit et se raccourcit pendant l'inspiration, le larynx descend.

La trachée peut présenter alors des mouvements alternatifs de dilatation et de resserrement, à caractère rythmique, isochrones avec les mouvements de la respiration; j'ai pu prendre sur un tambour enregistreur des tracés qui démontrent ce fait.

La dilatation de la trachée est en rapport avec la force de l'expiration; elle est plus grande généralement à la partie supérieure du conduit. La dilatation est due à la pression mécanique de l'air intratrachéal, refoulé par l'expiration forte. L'étude des graphiques permet d'étudier les variations de cette pression.

La portion membraneuse de la trachée a pour but de lui permettre de se dilater plus ou moins; les membranes interannulaires font de la trachée un tube flexible, et, en même temps, elles lui permettent de s'allonger pendant l'expiration forte, brusque, et pendant la déglutition.

La trachée dilatée agit incessamment comme un tube élastique, qui comprime l'air contenu dans son intérieur; cette propriété joue un rôle dans la production de la voix, du chant, etc...

Les recherches faites par d'autres auteurs pour déterminer la pression de l'air dans les poumons et les conditions de la voix sont en accord avec les conclusions précédentes. Une connaissance plus exacte des fonctions de la trachée permet de mieux connaître celles des bronches et aussi de se rendre compte du mode de formation et des symptômes de certains états pathologiques de ces organes.

Pour étudier les fonctions des bronches, il est nécessaire de les diviser en bronches extrapulmonaires, qui sont peu mobiles, et en bronches intrapulmonaires, qui doivent suivre le poumon dans ses déplacements. Les *bronches extrapulmonaires*, pendant la respiration calme, sont en contraction et sans variation de diamètre. Dans la respiration forte, etc..., elles se dilatent pendant l'expiration et se rétrécissent pendant l'inspiration; elles présentent un certain allongement dans l'expiration. Les *bronches intrapulmonaires* s'allongent dans l'inspiration et se raccourcissent dans l'expiration, et cela d'autant plus que les mouvements du poumon ont été plus étendus. Leur diamètre transversal se rétrécit pendant l'inspiration sous l'influence des tissus musculaire et élastique d'un côté, et de l'allongement du conduit de l'autre. Pendant l'expiration forte, le diamètre transversal se dilate sous l'influence de la pression de l'air intrapulmonaire, les alvéoles s'affaissant davantage par une expiration forte. En résumé, les bronches intrapulmonaires se rétrécissent comme les bronches extrapulmonaires pendant l'inspiration, et, comme elles, se dilatent pendant l'expiration forte; je fais une réserve pour ce qui concerne le mouvement des bronchioles terminales pendant l'expiration.

Les considérations qui précèdent conduisent à n'attribuer aucun rôle au frottement de l'air contre les parois des bronches pour expliquer la *production des bruits respiratoires physiologiques*. Ceux-ci sont dus, le murmure vésiculaire, au passage de l'air dans l'embouchure *rétrécie* de la bronchiole terminale dans le lobule, et le souffle bronchique, au passage de l'air à travers la glotte (Chauveau, Dehio).

Les études précédentes conduisent aussi à certaines *déductions pathogéniques et pathologiques*. Elles rendent compte en partie de la dilatation du cou pendant l'accouchement, dans l'effort et le cri; de la dilatation du cou chez les chanteurs, pendant l'émission des sons; de la formation de tumeurs aériennes sur la circonférence de la trachée (trachéocèle); de certains cas de dilatation des bronches; de la rupture de la trachée observée pendant l'accouchement et la toux. Elles expliquent certaines particularités des corps étrangers des voies aériennes et des plaies de la trachée. Elles montrent la nécessité dans la trachéotomie d'adapter le volume de la canule au diamètre de la trachée, en considérant que celle-ci, dans la respiration calme, est en état de contraction, les anneaux au contact. Enfin, elles rendent compte du *mécanisme de l'expectoration*. Il faut, dans celle-ci, distinguer deux temps, le premier pendant lequel les crachats cheminent jusqu'au larynx, le second constitué par l'expulsion des crachats en dehors des voies aériennes. Le crachat arrive à la partie supérieure de la trachée, non par la contraction des bronches, mais par l'action des cils vibratiles et celle du courant d'air de l'expiration; la toux n'est pas nécessaire pour cette progression. L'expulsion du crachat est amenée par un accès de toux; c'est la *toux utile et nécessaire*. Quand il se produit une vomique, elle détermine une expiration brusque et le liquide, sang, pus ou liquide kystique, est refoulé par l'air comme par un piston, et sort comme un vomissement. »

Fibro-lipome de la capsule cellulo-adipeuse du rein droit,

opéré par M. *Thiriar* (de Bruxelles) sur une femme qu'il croyait atteinte de kyste multiloculaire de l'ovaire droit. Il est tombé sur un fibro-lipome de la capsule du rein. La tumeur qui pesait 11 kilogrammes nécessita la néphrectomie. Il en résulta une énorme cavité rétro-péritonéale au devant de laquelle le péritoine fut suturé. Suture totale de la plaie abdominale. Guérison. Ces tumeurs, fort rares, sont à peine signalées, même dans le traité récent de M. Le Dentu.

Pseudo-tumeurs autour de corps étrangers, par M. *Castex* (de Paris). — Tumeurs ressemblant à des fibromes ou à des sarcomes et dans lesquelles, après ablation, on trouve, au centre, un corps étranger méconnu, dont le malade n'avait pas parlé. Cette constatation assure immédiatement le diagnostic et le pronostic.

Emploi de la force dans le traitement de certaines formes de pied bot, par M. *Redard* (de Paris). — Il y a deux procédés en présence : le redressement forcé et les opérations sanglantes. Chacune d'entre elles a ses indications. Le redressement par la force est préconisé depuis longtemps; Delore, de Lyon, le recommande spécialement. Mais les mains sont insuffisantes pour les cas un peu anciens. En Amérique, Bradford, Morton, ont inventé des appareils redresseurs. M. Redard en décrit un nouveau, par lequel il pratique une sorte de massage mécanique prolongé et un redressement à vrai dire progressif. On obtient des distensions, et non pas des actions brusques comme celles des ostéoclastes. On fait des séances multiples. Quand le pied bot est invétéré, il faut en général s'adresser aux méthodes sanglantes, ce dont on s'assure en constatant l'effet médiocre de la première séance.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 7 OCTOBRE 1889.

Sur le transformisme en microbiologie. Des limites, des conditions et des conséquences de la variabilité du Bacillus anthracis. Recherches sur la variabilité descendante ou rétrograde, par M. *A. Chauveau*. — Sous ce titre, M. Chauveau reproduit une série d'expériences nouvelles ayant pour objet de faire agir de nouveau sur le *Bacillus anthracis*, déjà modifié sous l'influence de l'oxygène sous pression, non dans sa végétabilité, mais dans sa virulence, la cause atténuante de la virulence, c'est-à-dire l'oxygène sous tension de 3 atmosphères à $3^{atm},5$. Le plus souvent cette tentative n'a pu réussir. Les germes sont tués par l'agent atténuant et ne peuvent servir pour des cultures ultérieures. Mais, et c'est là le fait essentiel, ces spores à résistance amoindrie, incapables de supporter davantage, sans mourir, l'action atténuante qui leur a procuré leurs propriétés nouvelles, continuent néanmoins à végéter parfaitement dans les bouillons. Et, si l'on examine leurs aptitudes physiologiques, on ne manque pas de reconnaître que le bacille a conservé ses propriétés vaccinales, dont la possession constitue le seul caractère qui le maintienne dans la catégorie des agents pathogènes.

De ses nouvelles expériences M. Chauveau conclut, en effet, que le *Bacillus anthracis*, conduit par une méthode d'atténuation aux extrêmes confins de la végétabilité, conserve, au degré le plus remarquable, la propriété de créer l'immunité contre la maladie charbonneuse. Il garde donc encore les liens étroits qui l'unissaient à la souche d'où il est issu. On n'a pu réussir à le faire sortir complètement de la catégorie des agents pathogènes.

Les bacilles ainsi modifiés sous l'influence de l'oxygène sous pression et ayant perdu toute virulence, conservent leurs caractères physiologiques et morphologiques qui sont à peu près identiques à ceux du bacille virulent ordinaire. On ne saurait imaginer une identité, une fixité plus parfaites des caractères nouveaux qu'ils ont acquis. En réalité, ces deux types n'en font qu'un, que la culture permettra de propager sans doute indéfiniment. La végétabilité de ces types reste, en effet, très grande, quoiqu'elle soit fort sensible à l'influence des causes dirimantes, en général, et plus particulièrement à celle de l'agent dont l'intervention, dans les cultures, a créé les caractères spéciaux que possèdent ces types ou races de *Bacillus anthracis*.

En somme, cette fixité de caractère est telle que rien n'empêcherait de prendre la catégorie de bacilles qui la possèdent pour une espèce à part, si l'on considérait ces caractères en eux-mêmes, sans rechercher ni d'où viennent les êtres auquels ils appartiennent, ni surtout où ils peuvent retourner par la voie de la variation ascendante.

Cette fixité des types sans virulence, entretenus si facilement par culture dans les laboratoires, permet de se demander, ajoute M. Chauveau, si ces types n'existent pas dans la nature, comme le bacille virulent qui est la cause de l'infection charbonneuse naturelle. Est-ce que ce dernier ne pourrait pas rencontrer spontanément, dans les milieux extérieurs, les conditions propres à son atténuation extrême? Il m'est arrivé, en effet, de recueillir des bacilles sans virulence aucune, morphologiquement identiques au *Bacillus anthracis*, dans un terrain arrosé quelques mois auparavant avec du sang charbonneux. A l'époque, j'ai considéré ces bacilles sans virulence comme n'ayant aucun rapport avec celui du charbon. Aujourd'hui, je serais plus réservé dans mon jugement. Avant de me prononcer, je chercherais à savoir si ces bacilles sans virulence ne possèdent pas l'aptitude vaccinale. Hueppe et G.-C. Wood ont trouvé en effet, dans le sol, un bacille qui ne donne pas le charbon et qui serait néanmoins doué de l'aptitude vaccinale contre cette maladie. Ce bacille *naturel* ressemble donc singulièrement à mon bacille *artificiel* du type le plus atténué. Le premier ne serait-il pas identique avec ce dernier? N'aurait-il pas la même origine? Je me garderai de me prononcer, de substituer cette interprétation à celle des auteurs qui croient, eux, à un bacille spécial, voisin du *Bacillus anthracis* et capable de produire les mêmes matières vaccinales que celui-ci. En général, je suis très disposé à attribuer une certaine communauté d'aptitudes, surtout en fait de sécrétion de matières vaccinales, à des microbes pathogènes différents, mais voisins les uns des autres; mais le cas particulier dont il est question s'accommode mieux de mon hypothèse, qui est plus simple, plus féconde peut-être, et mérite en conséquence d'être sérieusement examinée.

En résumé, par la persistance de l'action de l'oxygène comprimé sur les cultures du *Bacillus anthracis* en voie de développement, on arrive à créer des race ou types de moindre résistance que le bacille primitif et surtout particulièrement sensibles à l'action de l'agent atténuant qui a procuré au bacille ses propriétés nouvelles.

Si l'on prolonge cette influence de l'agent atténuant, les types nouveaux finissent par perdre l'aptitude à végéter à son contact.

Mais tant que le bacille ne franchit pas les limites de la végétabilité, il reste aussi dans le domaine des agents pathogènes. Il perd, il est vrai, toute propriété virulente; mais il conserve intégralement la propriété vaccinale, et il la garde, à peu près intacte, pendant toute la durée de son existence.

Ces nouveaux caractères sont fixes et s'entretiennent facilement par la culture dans les générations successives. Aussi, en considérant ces types en eux-mêmes, sans tenir compte de leur origine, pourrait-on les regarder comme formant une espèce distincte.

Il ne serait pas impossible que ces types spéciaux de *Bacillus anthracis* existassent dans la nature, avec des propriétés absolument identiques à celles des races créées et entretenues dans le laboratoire.

Sur la physiologie de la trachée, par M. *Nicaise*. — (Voy. au *Congrès de chirurgie*, p. 678.)

Sur la pathologie des terminaisons nerveuses des muscles des animaux et de l'homme, par MM. Babes et Marinesco. — En employant une technique histologique nouvelle, qui permet de colorer en même temps, avec le réseau, les crosses terminales et la substance fondamentale, les noyaux d'origine différente, les auteurs sont arrivés à

reconnaître chez l'homme une série de lésions non encore décrites.

1° Ainsi, on trouve, par exemple, dans l'atrophie musculaire simple, une atrophie de la plaque parfois avec prolifération des noyaux; dans l'hypertrophie simple de certains muscles et dans la maladie de Thomsen, il y avait hyperplasie avec uniformité de la substance foncée de la plaque. Dans la dégénérescence aussi bien que dans la régénérescence des fibres dans la fièvre typhoïde, on trouve une simplification des plaques terminales et souvent la substitution de la fibre terminale dans sa partie périphérique par un filament très fin. Dans la pseudo-hypertrophie de l'adulte, on trouve une disparition de la partie foncée, non seulement dans la plaque, mais souvent encore dans les derniers segments interannulaires. En même temps, il existe souvent une prolifération des noyaux fondamentaux.

2° Dans d'autres maladies d'origine nerveuse, ainsi que dans la sclérose amyotrophique de Charcot, on trouve une sclérose des petits nerfs musculaires, avec formation de névromes fusiformes le long des nerfs. Dans le nerf même, on observe, à côté de quelques fibres normales, d'autres très hypertrophiées; quelques fibres montrent une ramification évidente dans l'intérieur du nerf. Mais la plupart des fibres nerveuses sont tellement atrophiées qu'on les distingue difficilement; leur gaine est devenue plus épaisse et uniforme, et on la confond avec le tissu conjonctif; seulement, près de la terminaison, on reconnaît encore dans la distribution de ces fibres, leur nature nerveuse. Il y a donc une atrophie excessive des fibres nerveuses terminales, qui sont en grande partie foncées, uniformes et mal limitées. Dans un cas de polynévrite périphérique de Leyden, nous avons trouvé en général le même état des nerfs musculaires; mais on voyait en même temps aussi des signes d'une néoformation et parfois même une prolifération excessive des noyaux de la plaque.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 15 OCTOBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

M. le ministre de l'Intérieur invite l'Académie à dresser un formulaire des médicaments et produits pharmaceutiques peu coûteux, dont l'usage, purement facultatif, se recommandorait aux médecins des établissements hospitaliers pour l'intérêt bien entendu des malades. — (Commission: MM. *Bourgoin*, *Marty* et *Constantin Paul*.)

M. le docteur *Blanquinque* (à Laon) envoie une brochure sur *le traitement et la curabilité de la méningite*.

M. le docteur *Japhet* adresse un travail sur *les eaux minérales d'Enghien*.

M. *James Finlayson* (de Glasgow) envoie une *Notice biographique sur maître Peter Lowre*.

M. *Trasbot* fait hommage d'un mémoire sur *les pleurésies*.

M. *Brouardel* présente: 1° un travail de MM. les docteurs *Petresco* et *Urbeano* sur *les eaux de Bucharest*; 2° le premier volume de l'*Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique*, dirigée par M. J. Rochard; 3° une note manuscrite de M. *Crié* (de Rennes) sur *les accidents causés par la décomposition des bois de construction*.

M. *Laborde* dépose un mémoire de M. le docteur *Magnan* sur *la folie des antivivisectionnistes*.

M. *Duplay* fait hommage d'un ouvrage sur *la technique des principaux moyens de diagnostic et de traitement des maladies des oreilles et des fosses nasales*.

Iodure de potassium. — M. *Trasbot* confirme, à l'aide de recherches physiologiques et thérapeutiques sur les animaux, les observations présentées à la dernière séance par M. Germain Sée, concernant l'action de l'iodure de potassium sur le cœur.

Prix. — M. *Albert Robin* donne lecture d'un rapport sur le concours pour le Prix Alvarenga en 1889.

Thalline. — Les recherches auxquelles M. *Albert Robin* s'est livré, lui permettent de déclarer que la thalline est un poison des globules rouges du sang, du système nerveux et, en général, des tissus riches en soufre et en phosphore; de plus, son action antiseptique intra-organique est insignifiante et passagère. D'où les conclusions thérapeutiques suivantes: 1° comme les propriétés antipyrétiques de ce médicament sont liées à ses effets toxiques sur le système nerveux et sur les globules rouges du sang, ce n'est qu'un faux et dangereux antipyrétique qui doit être proscrit du traitement des fièvres; 2° sa propriété retardatrice de l'élimination de l'acide urique en interdit l'emploi dans l'immense groupe des affections dites uricémiques, par conséquent dans le plus grand nombre des arthrites et dans la plupart des néphrites; 3° son usage prolongé doit fatalement conduire à l'anémie et provoquer, à la longue, une déchéance nerveuse plus ou moins accentuée; 4° aussi l'étude de la thalline sur la nutrition ne laisse-t-elle guère pressentir que des contre-indications à son usage en thérapeutique.

Choléra. — M. *Proust* entretient l'Académie de la distribution géographique actuelle de l'épidémie de choléra qui sévit depuis trois mois environ en Mésopotamie, du danger que peut courir l'Europe et des moyens à employer pour la préserver. C'est le 14 août que le choléra a envahi Bagdad après être apparu au sud de cette ville; la maladie y a pris un développement très intense; elle s'est étendue en éventail sur l'Euphrate, sur le Tigre, a gagné le golfe Persique et franchi la frontière turco-persane sur plusieurs points. Tout le Chat-el-Arab ne tarda pas à être envahi, puis une grande partie de la Perse. Le danger de cette extension était peu à redouter du côté de la mer Noire et surtout de la Méditerranée à cause de la difficulté et de la lenteur des communications; mais du côté de la Perse et de la mer Caspienne il est beaucoup plus sérieux, d'autant que, suivant les prévisions, la marche de l'épidémie s'accentue de ce côté; plusieurs grandes cités persannes sont contaminées et l'on a récemment annoncé, heureusement à tort, qu'il en était de même de Recht. Or, cette ville a déjà été, à plusieurs reprises, le point de départ et le lieu de passage d'épidémies cholériques venues de l'Hindoustan, de l'Afghanistan et de la Perse; elle est en relations presque journalières avec Batoum et Astrakan, les deux principaux ports de la Russie sur la Caspienne. Les épidémies antérieures de choléra de 1823, 1830 et 1846, sont précisément parties de Recht pour envahir, les deux dernières, la Russie d'abord, l'Europe ensuite.

A la suite de la conférence sanitaire internationale de Constantinople en 1866, le gouvernement français avait envoyé une mission sanitaire en Russie et en Perse pour indiquer les moyens de préserver l'Europe contre l'envahissement du choléra par cette voie, dite route de terre du choléra; M. Proust, chargé de cette mission, fit alors connaître ces moyens; il n'a à y ajouter que l'établissement d'étuves à désinfection dans les points signalés. Ces indications ont été confirmées en 1870 par la Commission convoquée à Tiflis par le gouvernement russe et approuvées en 1874 à Vienne et en 1885 à Rome par les conférences sanitaires internationales. Si la ville de Recht venait à être envahie, ce qui est à redouter, le choléra étant déjà à Kirmanshah et à Hamadan, la sauvegarde de l'Europe consistera uniquement dans les mesures que prendra la Russie sur la frontière persane. M. Proust a la ferme espérance que l'administration sanitaire russe ne faillira pas à cette tâche et protégera l'Europe contre l'importation du choléra, nous évitant ainsi une épidémie qui pourrait présenter la marche générale des épidémies cholériques de 1830 et 1846.

M. *Larrey* regrette l'absence de M. Tholozan, qui pourrait donner des indications sur les moyens que le gouvernement persan peut mettre en œuvre pour éteindre cette épidémie; les progrès de l'hygiène publique permettent d'espérer qu'elle ne gagnera pas l'Europe.

Blépharoplastie. — M. le docteur *Tripier*, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon, lit une observation d'où il conclut que le lambeau musculo-cutané en forme de pont appliqué à la restauration des paupières, permet de leur rendre tout à la fois la forme et le mouve-

ment; à l'aide de ce lambeau pris sur la paupière supérieure, on peut refaire complètement la paupière inférieure; de plus, en prenant un lambeau analogue immédiatement au-dessus du sourcil, on peut restaurer certaines pertes de substance intéressant la moitié, voire même les deux tiers de la paupière supérieure. — (Commission : MM. *Alphonse Guérin* et *Panas*.)

— M. le docteur *Paul Berger* communique ensuite deux nouvelles opérations de blépharoplastie par la méthode italienne modifiée. Sa première malade est une jeune fille de vingt ans qui présentait un ectropion total de la paupière inférieure gauche, avec des cicatrices très visibles et chéloïdiques, résultant de trois tentatives de réparation faites depuis l'âge de dix-huit mois, époque à laquelle elle était tombée la face sur un chenet brûlant; ces cicatrices s'étendaient jusqu'à la région malaire et constituaient en outre une bride fortement saillante et tendue au niveau du grand angle de l'œil; les bords palpébraux étaient en grande partie dépourvus de cils et la paupière supérieure quelque peu déformée était cicatricielle elle-même. Par une tarsorraphie soignée il releva et fixa à la paupière supérieure la surface conjonctivale et le bord libre de la paupière et tailla au bras, sur la région bicipitale gauche, un lambeau pédiculé qui, retourné, fut fixé très exactement sur la perte de substance de la paupière inférieure; un appareil de construction analogue à celui de Tagliacozzi permit de fixer le bras sur la tête puis un pansement compressif au salol fut appliqué. Les deux premiers jours seuls furent un peu pénibles et fatigants; vers le quatrième la malade put se lever; douze jours après, le pansement fut enlevé et le pédicule qui rattachait le lambeau au bras fut sectionné. Les paupières furent séparées près d'un an après l'opération; aujourd'hui le lambeau est sensible et rougit sous l'influence des pressions exercées sur lui; l'ectropion ne s'est pas reproduit, mais comme la paupière inférieure est dépourvue d'orbiculaire, l'occlusion palpébrale ne peut se faire d'une manière complète. En résumé, le résultat obtenu a été le résultat cherché : une notable correction de la difformité et une disparition presque complète des troubles fonctionnels, photophobie et larmoiement.

La seconde malade est une femme chez laquelle la syphilis, contractée de son nourrisson, a complètement détruit le nez, la lèvre supérieure, les téguments des deux joues et du front, les deux paupières du côté droit, la paupière inférieure gauche; l'œil droit, atteint de kératite interstitielle, semblait perdu; l'œil gauche, constamment à découvert, était menacé du même sort. M. Paul Berger entreprit la restauration de la paupière inférieure de ce côté; en raison de la crainte de la cécité complète, il a fallu laisser une fenêtre. Aujourd'hui, la malade présente un voile formé par la suture palpébrale avec fenêtre vers le grand angle ; dans un an on séparera les deux paupières, mais auparavant on tentera la même opération sur l'œil droit, afin de délivrer la malade des douleurs incessantes causées par l'exposition constante de cet œil à l'air et à la lumière.

M. Berger fait observer, à propos de ces deux observations, que ce mode d'autoplastie, même s'il échoue, n'aggrave en rien les lésions et les difformités existantes. Il est trop délaissé de nos jours et présente d'utiles ressources lorsque les autres modes ne sont pas applicables. — (Le mémoire de M. Paul Berger est renvoyé à la section de médecine opératoire, dans laquelle il est candidat.)

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 11 OCTOBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

Hémiplégie hystérique avec atrophie musculaire à la suite de diphthérie : M. Debove. — Xanthélasma disséminé et symétrique sans insuffisance hépatique : M. Chauffard. — Du bégayement hystérique : M. Gilbert Ballet. — Pleurésie hémorrhagique, cancer de la plèvre consécutif à un épithélioma du nez : M. Féréol.

M. *Debove* lit un travail sur un cas d'hémiplégie hystérique avec atrophie musculaire survenu à la suite d'une diphthérie. (*Sera publié.*)

— M. *Chauffard* présente un malade atteint de xanthélasma disséminé et symétrique, sans insuffisance hépatique. (*Sera publié.*)

M. *Balzer* fait remarquer que les plaques de xanthélasma du malade de M. Chauffard ressemblent beaucoup, par leur aspect et leur siège, aux lésions portées par le malade dont il a rapporté l'histoire dans les *Archives de physiologie*, lorsqu'il a décrit les altérations des fibres élastiques de la peau dans les plaques de xanthélasma.

M. *Gérin-Roze* n'a jamais observé de xanthélasma que chez des individus déjà en puissance de maladie.

M. *Rendu* n'est pas convaincu que le malade de M. Chauffard n'aura pas plus tard des troubles hépatiques. Il a eu l'occasion d'observer une malade tourmentée depuis trois mois seulement par des coliques hépatiques et qui, depuis trente ans, portait du xanthélasma. Pour lui, le foie de cette femme était déjà malade, avant l'éclosion de la première attaque de colique hépatique.

M. *Juhel-Rénoy* soutient que le xanthélasma peut se présenter chez des gens en parfaite santé.

M. *Chauffard* ne répond pas de l'avenir hépatique de son malade, mais affirme pour le moment l'intégrité du foie.

M. *Merklen* fait remarquer que les lésions cutanées observées chez ce malade présentent bien certains caractères du xanthôme, mais quelles en diffèrent par leur localisation, par la présence d'un poil à leur centre et par le développement de tissu cicatriciel autour des plaques et nodules.

M. *Chauffard* reconnaît que par sa topographie et ses caractères, l'éruption diffère beaucoup du xanthélasma vulgaire; c'est pourtant avec cette espèce dermatologique qu'elle a le plus d'affinité. Jusqu'à nouvel ordre, la dénomination de xanthôme est la plus vraisemblable que l'on puisse donner.

— M. *Ballet* présente un homme atteint de bégayement avec tremblement de la langue. Il n'hésite pas à considérer ce trouble de la parole comme de nature hystérique. Le malade est en effet un hystérique avéré, comme le témoignent encore les traces d'une hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle et d'une hémiparésie. Le bégayement d'autre part, survenu à la suite d'une altercation, a été précédé d'une attaque d'hystérie et d'aphonie. M. Ballet a eu l'occasion d'observer deux autres cas de bégayement hystérique qui furent transitoires. Le premier avait fait son apparition en même temps qu'un hémispasme facial. Le second était survenu chez un artiste dramatique à la suite d'une émotion. Le bégayement hystérique n'a jamais été décrit d'une façon complète. Il a été sommairement indiqué par MM. Charcot et Cartaz dans leurs travaux sur l'aphasie et l'aphonie hystériques.

M. Ballet endort son malade devant la Société et lui suggère qu'il peut articuler correctement les mots. Après deux ou trois minutes de cet exercice, le bégayement de cet homme semble diminuer et sa parole est un peu plus nette

au réveil. M. Ballet n'en affirme pas moins la nature hystérique de ce bégayement. De même qu'il y a des aphasiques hystériques, il y a donc des bègues hystériques.

M. *Desnos* trouve que le sujet avait un peu la façon de parler d'un individu atteint de paralysie générale.

M. *Gérin-Roze* demande à M. Ballet si le trouble de la parole présenté par son malade mérite bien le nom de bégayement, si on ne pourrait pas lui trouver des ressemblances avec le tremblement de la parole dans la sclérose en plaques ou dans la paralysie glosso-labio-laryngée.

M. *Ballet* répond que son malade, comme un bègue, était pris d'un spasme respiratoire en commençant à parler, puis répétait les syllabes qu'il voulait prononcer.

— M. *Féréol* fait une communication sur un cas de pleurésie hémorrhagique, avec cancer de la plèvre consécutif à un épithélioma du nez opéré avec succès cinq ans auparavant. (Voy. p. 674).

M. *Rendu* n'est pas tout à fait de l'avis de M. Féréol touchant la dernière conclusion de sa communication. Il croit que le malade a pu faire un néoplasme de la plèvre, en vertu de sa prédisposition générale au cancer. Il ne croit pas nécessaire d'invoquer ici une généralisation de l'épithélioma du nez à la plèvre, d'autant que les ganglions intermédiaires ne paraissent pas touchés.

M. *Cadet de Gassicourt* ne partage pas l'opinion de M. Hardy rapportée par M. Féréol, à savoir que la pleurésie hémorrhagique est fréquente chez les enfants. Il n'en a observé que trois cas dans une pratique déjà longue des maladies infantiles.

Fernand Widal.

Société de biologie.

SÉANCE DU 5 OCTOBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD, PRÉSIDENT.

Sur la nutrition du foie : MM. Arthaud et Butte. — Action physiologique de l'acide cyanhydrique : M. Gréhant. — De la diurèse produite par les sucres : M. Dastre. — Variations thermométriques dans les appartements : M. Onimus.

M. *Quinquaud* présente une note de MM. *Arthaud* et *Butte* sur la nutrition intime du foie : des fragments de tissu hépatique, privés de sang, et placés dans une atmosphère d'oxygène, contiennent, après six heures, une plus grande quantité de glucose que d'autres fragments placés dans les mêmes conditions dans une atmosphère d'acide carbonique. MM. Arthaud et Butte concluent que la production du sucre est d'autant plus abondante dans le foie que la circulation artérielle se fait mieux, c'est-à-dire apporte plus d'oxygène au tissu hépatique.

— M. *Gréhant* a fait quelques recherches sur l'action physiologique de l'acide cyanhydrique, en prenant de grandes précautions pour éviter les effets foudroyants de cette substance. Il suffit de 2cc,3 d'une solution d'acide cyanhydrique à 1/400, c'est-à-dire de 0gr,0035 d'acide cyanhydrique anhydre, injectés dans la veine jugulaire pour tuer en cinq minutes un chien pesant 6kg,500. Il se produit un peu d'agitation, la respiration s'arrête très vite; le cœur bat encore quelque temps après. Les phénomènes sont de même ordre chez la grenouille.

— M. *Dastre* présente quelques remarques au sujet de la diurèse produite par les sucres, étudiée dans ces dernières années par MM. Moutard-Martin et Ch. Richet, Bourquelot et Troisier, Germain Sée. Il ne croit pas, d'après ses propres recherches, et contrairement à ce qu'ont admis MM. Moutard-Martin et Richet, que ce soit l'excès du sucre dans le sang qui détermine la polyurie; l'hyperglycémie amène nécessairement la glycosurie, mais non la polyurie ; on voit quelquefois, par exemple, que le sang contient une quantité de sucre quadruple ou quintuple de la quantité normale, sans qu'il y ait polyurie. D'autre part, on ne peut considérer avec M. G. Sée la lactose comme un diurétique rénal, puisque ce sucre passe dans le sang à l'état de glucose. En somme, nous ne connaissons pas bien les causes de la diurèse que produisent les sucres.

— M. *Onimus* montre une série de tracés obtenus avec des thermomètres enregistreurs placés à l'air libre et dans des appartements avec fenêtres entr'ouvertes. Ces tracés prouvent que dans une chambre dont les fenêtres restent ouvertes nuit et jour, la température varie très peu et très lentement; on peut conclure qu'il n'y a aucun inconvénient à laisser, pendant la nuit, les fenêtres entr'ouvertes.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 9 OCTOBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. FERNET.

Compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1888-1889 : M. Constantin Paul, secrétaire général. — Rapport sur le travail de M. Poulet (de Plancher-les-Mines) sur l'Inée.

M. le *Secrétaire général* lit le compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1888-1889. Le rapport est divisé en deux parties: dans la première, comprenant les questions ayant rapport à la thérapeutique, nous relevons particulièrement les discussions relatives au traitement de la diphthérie, des affections tuberculeuses, de la coqueluche, de la gravelle urique, des maladies cardio-vasculaires ; les communications ayant pour sujet les réactifs des acides de l'estomac, le diabète et la glycosurie, la pathogénie et le traitement du tétanos.

La seconde partie du compte rendu, concernant la matière médicale et la pharmacie, sera communiquée dans la prochaine séance.

— M. *Kügler* lit son rapport sur le travail de M. Poulet (de Plancher-les-Mines) sur l'Inée. Au point de vue de la chimie, le mémoire de M. Poulet ne présente rien de nouveau. L'auteur distingue bien les différentes espèces de strophantus: il s'est servi du *strophantus glabre* surtout, ainsi que de l'*hispidus* et du *Kombé*. Il donne le *strophantus glabre* et *hispidus* à la dose de 20 centigrammes de poudre en vingt-quatre heures, tandis qu'il est loin de pouvoir atteindre cette dose avec le strophantus Kombé, celui-ci étant beaucoup moins bien supporté. D'après M. Poulet, le strophantus glabre et l'hispidus seraient équivalents entre eux à dose thérapeutique, et préférables au Kombé qui demanderait beaucoup de circonspection dans son emploi. Ces conclusions sont en désaccord complet avec les données de l'analyse chimique, car le strophantus glabre contient 5 pour 100 de strophantine, tandis que le Kombé en renferme seulement 1 pour 100. Les doses supportées, d'après le travail de M. Poulet, seraient donc inversement proportionnelles aux quantités de principe actif que renferme chaque variété.

La discussion sur cette question est renvoyée à une séance ultérieure.

Georges Baudouin.

BIBLIOGRAPHIE

Les champignons, traité élémentaire et pratique de mycologie, suivi de la description des espèces utiles, dangereuses, remarquables, par J. Moyen, prêtre de Saint-Sulpice et professeur d'histoire naturelle. Paris, J. Rothschild, 1889.

Il n'est point de médecin qui ne connaisse le rôle que jouent certains champignons dans la genèse et l'étiologie

des maladies les plus diverses. Les aliments d'origine végétale sont fréquemment altérés par des productions cryptogamiques dont il importe de connaître les conditions d'existence, car elles peuvent donner naissance à des affections graves et dont la propagation rapide prend le caractère épidémique. Il nous suffira, à ce point de vue, de citer l'*ergotisme*.

D'autre part ces mêmes champignons, si nuisibles quand ils sont ingérés en trop grande quantité, peuvent au point de vue médical rendre les plus signalés services. Dans l'introduction de ce livre M. de Seyne rappelle les expériences qui font espérer que les alcaloïdes et divers autres principes tirés des Agaricinés passeront bientôt du domaine de la toxicologie dans celui de la thérapeutique.

Enfin dans la pratique médicale on emploie encore quelques agents pharmaceutiques fournis par les champignons. Citons l'ergot de seigle, l'agaric blanc, la fausse oronge. Sans doute on aura peine à revenir aux pratiques anciennes et à attribuer au lactaire poivré, à l'agaric amer, au polypore officinal, etc., les vertus que leur reconnaissaient les anciens. Il est probable cependant qu'on trouvera un jour ou l'autre parmi les champignons non comestibles des espèces qui pourront être utilisées en thérapeutique.

On comprend dès lors l'intérêt que doit avoir pour tous les médecins un livre qui traite de la mycologie considérée à un point de vue exclusivement pratique.

L'ouvrage que vient de faire paraître M. l'abbé Moyen a le mérite de donner avec une grande précision les caractères botaniques qui peuvent servir de guide à ceux qui voudront étudier les champignons comestibles et les champignons nuisibles. Il est orné d'un très grand nombre de figures et d'un atlas de planches en chromotypographie qui représentent les types les plus connus des espèces comestibles et dangereuses. L'un de ses chapitres traite de la nécessité d'apprendre à reconnaître les champignons comestibles des champignons nuisibles. On sait combien sont vaines et insuffisantes les méthodes indiquées parfois encore pour arriver à savoir, après les avoir cueillis, si les champignons sont inoffensifs. M. Moyen reconnaît l'inexactitude des règles trop souvent encore tracées à ce point de vue, mais il croit à l'efficacité de la méthode indiquée par Gérard et ne semble pas avoir lu les travaux de Bertillon père, qui a exposé avec tant de lucidité et d'exactitude dans ses articles du *Dictionnaire encyclopédique* tout ce qui a trait à la mycologie envisagée au point de vue médical. On peut regretter aussi que la question des relations qui existent entre certains champignons et la genèse des maladies infectieuses n'ait pas été soulevée.

Tel qu'il est toutefois, ce livre, « clairement conçu, consciencieusement exécuté », comme le dit M. de Seyne, et édité avec un soin très digne d'encouragement et d'approbation, mérite d'être signalé à tous les médecins, en particulier à ces praticiens de campagne à qui s'adressait Bertillon en les conviant à étudier la mycologie, certains qu'ils seraient d'arriver rapidement à des découvertes scientifiques qui leur donneraient autant de satisfaction morale que de renommée.

L. L.

VARIÉTÉS

Instructions réglant les conditions d'admission dans le service de santé de la marine et dans les écoles de médecine et de pharmacie navales.

I. Corps de santé. — Le service médical et pharmaceutique dans les hôpitaux et arsenaux maritimes, à bord des bâtiments de la flotte, dans les colonies, dans les régiments d'artillerie et d'infanterie de la marine, est attribué aux officiers du corps de santé de la marine

L'organisation de ce corps est réglée par le décret et l'arrêté du 24 juin 1886. Les officiers du corps de santé de la marine sont placés sous le régime de la loi du 19 mai 1834, concernant l'état des officiers.

La hiérarchie des grades est établie comme suit :

Service médical. — Directeur du service de santé, asssimilation, grade intermédiaire entre le colonel et le général de brigade. — Médecin en chef, assimilation, colonel. — Médecin principal, assimilation, chef de bataillon. — Médecin de première classe, assimilation, capitaine. — Médecin de deuxième classe (titulaire ou auxiliaire), assimilation, lieutenant.

Service pharmaceutique. — Pharmacien en chef, assimilation, colonel. — Pharmacien principal, assimilation, chef de bataillon. — Pharmacien de première classe, assimilation, capitaine. — Pharmacien de deuxième classe (titulaire ou auxiliaire), assimilation, lieutenant.

Le personnel du service de santé de la marine se recrute par l'admission des docteurs en médecine ou des pharmaciens universitaires de première classe, qui sont nommés, sans concours, à l'emploi de médecin ou de pharmacien auxiliaire de deuxième classe.

Le candidat à l'emploi de médecin ou de pharmacien auxiliaire de deuxième classe doit remplir les conditions suivantes :

1° Etre Français ou naturalisé Français;

2° Etre âgé de moins de vingt-huit ans au moment de son admission, à moins qu'il ne compte assez de services à l'Etat pour avoir droit à une retraite à cinquante-trois ans;

3° Etre pourvu du diplôme de docteur en médecine ou du titre de pharmacien universitaire de première classe;

4° Etre reconnu propre au service militaire, après constatation faite par un médecin de la marine ou par un médecin militaire.

Il doit produire, en outre, un extrait, pour néant, de son casier judiciaire, un certificat de bonnes vie et mœurs et un certificat constatant sa situation au point de vue de la loi sur le recrutement de l'armée.

Les médecins et pharmaciens auxiliaires de deuxième classe sont employés à terre en France, dans les hôpitaux de la marine, à la mer ou aux colonies. Ils portent l'uniforme et les insignes du grade de médecin ou pharmacien titulaire de deuxième classe.

Après deux années de stage, les médecins et pharmaciens auxiliaires de deuxième classe sont nommés, par décret, au grade de médecin ou de pharmacien titulaire de deuxième classe.

L'avancement aux grades du corps de santé a lieu :

Pour les médecins et pharmaciens de première classe, un tiers au choix, deux tiers à l'ancienneté;

Pour les médecins et pharmaciens principaux, la moitié au choix, la moitié à l'ancienneté.

Pour les médecins et pharmaciens en chef et pour les directeurs du service de santé, l'avancement a lieu exclusivement au choix.

Les médecins et pharmaciens auxiliaires, docteurs en médecine ou pharmaciens universitaires de première classe provenant des Facultés civiles, promus au grade de médecin ou de pharmacien de deuxième classe, reçoivent, s'ils contractent l'engagement de servir six années dans la marine, une somme représentant le montant des frais nécessaires à l'obtention des diplômes universitaires.

Il est compté, pour la retraite, quatre années de service, à titre d'études préliminaires, aux médecins et pharmaciens admis dans le service de santé de la marine, avec les diplômes de docteur en médecine ou de pharmacien universitaire de première classe.

II. Écoles de médecine navale. — Les Ecoles de médecine navale, qui existent à Brest, Rochefort et Toulon, ont pour but de préparer les élèves du service de santé de la marine aux diplômes de docteur en médecine ou de pharmacien universitaire de première classe, et d'initier aux connaissances spécialement requises pour le service de la marine et des colonies les candidats provenant des Facultés admis, avec les diplômes universitaires, en qualité d'auxiliaire de deuxième classe, dans le corps de santé de la marine.

§ 1. *Conditions d'admission.* (Application de l'article 29 de la loi du 15 juillet 1889. — Décret du 8 octobre 1889.) — Lorsque l'admission a été prononcée, l'élève est inscrit sur une matricule spéciale, tenue au conseil de santé. Le directeur du

service de santé adresse au commissaire aux revues une copie des inscriptions et annotations portées sur cette matriculo.

§ 2. *Régime des Ecoles.* — L'effectif des élèves pour l'ensemble des trois Écoles de médecine navale est fixé chaque année par le ministre de la marine, la préférence étant acquise aux candidats qui sont les plus avancés dans leurs études, et qui ont satisfait aux examens universitaires correspondants.

Aucun élève ne peut être autorisé à redoubler une année d'études, à moins que des circonstances graves ne lui aient occasionné une suspension forcée de travail pendant plus de deux mois.

Tout élève qui a subi, à un même examen de la Faculté ou de l'Ecole, deux échecs successifs, est exclu de l'Ecole. Le conseil des professeurs donne son avis, le ministre statue.

Sauf le cas où il en aurait été renvoyé pour indiscipline ou inconduite, l'élève qui a cessé de faire partie de l'Ecole peut être admis de nouveau s'il remplit encore les conditions générales d'admission.

Des indemnités annuelles de 1200 francs, dont le nombre est fixé par le ministre, sont mises au concours chaque année au mois de septembre.

Sont admis à se présenter à ces concours les élèves du service de santé de la marine comptant deux années d'études dans les Ecoles de médecine navale. Les étudiants en médecine doivent justifier de la passation avec succès du premier examen du doctorat.

Les élèves du service de santé de la marine sont exonérés des différents droits de scolarité et d'examen, qui sont payés par le ministre de la marine.

Les élèves démissionnaires ou exclus de l'Ecole sont tenus au remboursement des frais de scolarité et, s'ils ont été titulaires d'une indemnité de 1200 francs, au payement du montant de cette indemnité.

La discipline des Ecoles navales est assurée par l'arrêté ministériel du 25 juin 1874 et par le décret du 9 octobre 1889. Lorsque le ministre prononce l'exclusion d'un élève, la mention de cette exclusion, avec l'indication des motifs qui l'ont déterminée, est consignée sur la matricule des étudiants et portée à la connaissance des deux autres Ecoles de médecine navale.

§ 3. *Enseignement.* — L'année scolaire commence le 3 novembre et finit le 31 août. L'année d'études compte du 3 novembre, mais le registre d'admission des étudiants n'est clos que le 30 novembre au soir. L'année scolaire se divise en deux semestres: l'un, d'hiver, s'étend du 3 novembre au 31 mars; l'autre, d'été, du 1er avril au 31 août.

Dans chaque Ecole, le directeur du service du santé règle, en conseil des professeurs, la répartition des matières de chaque cours, de manière que l'avancement des études médicales soit conforme à l'ordre de succession des examens des Facultés.

A la fin du semestre, chaque professeur rend compte de son enseignement; il indique le nombre des leçons qu'il a faites et les matières exposées dans chaque séance.

Une expédition de ce compte rendu est adressée au ministre.

Chaque professeur remet également au directeur des notes sur les médecins et pharmaciens qui ont dû suivre son cours.

Ces notes, complétées par les notes de service que donne le directeur, sont envoyées au ministre.

Le professeur a la police de son cours.

L'appel est fait à chaque séance, afin de constater l'assiduité des élèves aux cours auxquels ils sont tenus d'assister. La liste d'appel est remise au directeur; elle porte l'indication de la date du jour, celle du sujet de la leçon et la signature du professeur. Le directeur apprécie les motifs d'absence et inflige les punitions, s'il y a lieu.

Les docteurs en médecine et les pharmaciens universitaires de première classe, nommés auxiliaires de deuxième classe, sont dirigés sur les ports militaires où ils suivent, pendant une période de six mois, des cours d'application. A l'expiration de cette période, les professeurs remettent des notes concernant ces auxiliaires; le directeur du service de santé les transmet, avec son appréciation, au préfet maritime, pour être adressées au ministre.

Les docteurs en médecine et les pharmaciens universitaires de première classe formés par le département de la marine ne suivent pas de cours d'application, après leur nomination à l'emploi d'auxiliaire.

A la fin de chaque semestre d'enseignement, les professeurs s'assurent, par des interrogations, du degré d'instruction et des progrès de ceux de leurs auditeurs qui sont tenus de suivre leurs leçons. Ils expriment leur appréciation sur chacun d'eux par une note qui varie de zéro à vingt. Ces notes, accompagnées de l'opinion du professeur sur chaque médecin ou pharmacien, sont remises au directeur, pour être transmises au ministre avec l'appréciation du préfet maritime.

Des bibliothèques, des cabinets d'histoire naturelle, des jardins botaniques, des amphithéâtres de dissection, des musées d'anatomie, des laboratoires d'histologie, de chimie, des cabinets de physique, sont à la disposition des élèves, qui doivent verser au trésorier de la bibliothèque une somme de 50 francs destinée à l'achat des livres.

Concours de l'internat en médecine. — La composition écrite du Concours de l'internat aura lieu à la date fixée, le lundi 21 octobre, à midi, dans l'une des salles de l'Hôtel-Dieu annexe (bâtiments de l'ancien Hôtel-Dieu, entrée rue de la Bûcherie, 33). — La lecture des copies sera faite, comme par le passé, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria.

Concours de l'externat. — Le jury du concours de l'externat est définitivement constitué comme suit: MM. Dreyfous, Talamon, Brault, Faisans, Jalaguier, Michaux et Nélaton. — Les candidats inscrits pour ce concours sont au nombre de 468.

Corps de santé de la marine. — Ont été promus dans le corps de santé de la marine:

Au grade de directeur du service de santé : M. Martialis, médecin en chef.

Au grade de médecin en chef : M. Gardies, médecin principal.

Au grade de médecin principal : M. Bohan, médecin de 1re classe.

Au grade de médecin de 1re classe : MM. Durbec, Salaun, Gauran, Pons, du Bois Saint-Sévrin et Castellan.

Cours d'accouchements. — MM. les docteurs G. Lepage et J. Potocki commenceront, le lundi 4 novembre, à quatre heures et demi du soir, un cours d'accouchements. — Ce cours *gratuit* aura lieu tous les jours, à quatre heures et demie, dans la Salle des conférences de l'Association générale des étudiants, 41, rue des Ecoles. Il sera complet en trente-six leçons et comprendra des exercices pratiques sur le mannequin.

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 25 octobre). — *Ordre du jour :* M. Comby : L'urticaire chez les enfants. — M. Josias : Sur le bain froid systématique dans la fièvre typhoïde. — M. Troisier : Pneumo-thorax survenu dans le cours d'un accès d'asthme et guéri par la thoracentèse. — M. Hayem : Sur l'anémie.

Nécrologie. — On nous annonce la mort de M. le docteur Jean-Baptiste-Jules Bouillon-Lagrange, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien maire de Saint-Chéron.

Mortalité a Paris (40e semaine, du 29 septembre au 5 octobre 1889. — Population: 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 31. — Variole, 3. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 14. — Diphthérie, croup, 27. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 241. — Autres tuberculoses, 26. — Tumeurs: cancéreuses, 48; autres, 9. — Méningite, 35. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 54. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 8. — Maladies organiques du cœur, 45. — Bronchite aiguë, 36. — Bronchite chronique, 20. — Broncho-pneumonie, 22. — Pneumonie, 49. — Gastro-entérite: sein, 16; biberon, 58. — Autres diarrhées, 4. — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 23. — Sénilité, 19. — Suicides, 14. — Autres morts violentes, 3. — Autres causes de mort, 159. — Causes inconnues, 20. — Total: 1012.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

20683. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

L'hérédité dans les maladies infectieuses.

(Fin. — Voyez les numéros 41 et 42.)

V

Il est une dernière question qui se rattache à l'histoire de l'hérédité des maladies infectieuses; nous voulons parler de l'immunité que peuvent acquérir les fœtus dans l'utérus maternel, et réciproquement de l'immunité que peut acquérir la mère quand elle porte un fœtus contaminé.

Nous avons déjà dit que l'enfant issu d'une mère atteinte de variole et venant au monde sans aucune manifestation appréciable de la maladie, pouvait néanmoins avoir acquis l'immunité contre cette infection.

La vaccine se comporte-t-elle de même? La question semblait facile à juger. Nombre d'auteurs ont essayé en effet de résoudre expérimentalement le problème; ils ont vacciné des femmes enceintes et ont inoculé l'enfant quelque temps après la naissance. Les résultats ont été assez variables : Burckhard opéra sur huit enfants; quatre provenant de femmes vaccinées avec succès pendant la gestation furent réfractaires; l'un deux l'était encore au bout de six mois; dans deux cas la revaccination fut douteuse et sur les deux enfants nés de ces femmes, il y en eut un de réfractaire; enfin l'auteur observa encore un enfant réfractaire sur deux issus de mères revaccinées sans succès à la fin de leur grossesse. Les résultats obtenus par M. Chambrelent furent à peu près semblables : cet auteur vaccina quarante femmes; sept fois seulement il obtint chez les enfants une vaccine légitime. Dans les recherches de Behm, nous trouvons des chiffres bien différents : deux enfants seulement sur vingt-neuf furent réfractaires. Enfin tout récemment Wolff, ayant vacciné avec succès dix-sept femmes, vaccina également avec succès tous les enfants, d'un à six jours après la naissance. Tous ces faits contradictoires nous amènent donc pour la vaccine à la conclusion qui s'est imposée pour le passage intraplacentaire des germes morbides : l'immunité, comme l'infection, ne se transmet que d'une façon inconstante. En additionnant les résultats rapportés ci-dessus, nous trouvons que sur quatre-vingt-dix enfants nés de mères revaccinées avec succès à la fin de leur grossesse, trente-neuf avaient acquis l'immunité contre le vaccin; cela fait une proportion de 43 pour 100.

On sait l'analogie qui existe entre la variole, la vaccine et la clavelée. Pour cette dernière maladie, l'expérimentation était facile.

Rickert inocula sept cents brebis pleines pendant les six

FEUILLETON

Maurice Perrin.

La guerre de 1870 le trouve médecin principal au 12e corps de l'armée du Rhin, et près de lui, dans l'ambulance du quartier général qu'il dirige, nous assistons aux lugubres journées de Beaumont et de Sedan. Sous son impulsion vigoureuse, le service de l'ambulance du Fond de Givonne s'organise rapidement après la capitulation de l'armée, et nos mille blessés sont déjà en grande partie évacués, quand nous vient des Allemands, le 16 septembre, l'ordre de nous en séparer. De Rouen, M. Perrin regagne Paris et reprend à l'hôpital du Val-de-Grâce un important service de chirurgie qui ne peut être confié à de meilleures mains. C'est là que, médecin principal de 1re classe et officier de la Légion d'honneur, il assiste aux premiers événements de la Commune; mais bientôt aux sombres jours de la démagogie, craignant pour sa liberté plus encore que pour sa vie, il s'échappe de la capitale et reçoit à Versailles la direction médicale du 5e corps d'armée. Rentré dans Paris avec les troupes victorieuses, notre maître reprend à l'Ecole du Val-de-Grâce ses fonctions de professeur en même temps que ses travaux scientifiques.

Dans un mémoire sur l'*Infection putride aiguë*, lu à l'Académie de médecine, le 29 octobre 1872, il condense le résultat de ses observations sur les accidents septiques graves, à forme gangreneuse, à intoxication rapide, foudroyante, qui pendant les deux sièges ont enlevé un certain nombre de ses blessés. L'alcool à 40 degrés, en immersions, en irrigations continues, est pour lui le meilleur préservatif de ces phénomènes d'empoisonnement putride.

Dans la même année 1872, M. Perrin fait paraître un *Traité pratique d'ophthalmoscopie et d'optométrie*, avec un Atlas de vingt-quatre planches en chromolithographie et

dernières semaines de la gestation; l'inoculation tua 5 à 6 pour 100 des animaux et en fit avorter sept. Sur les petits des autres brebis, les inoculations pratiquées quatre à six semaines après la naissance, restèrent négatives; trente-six agneaux témoins furent inoculés avec succès. Trois ans plus tard, on réinocula tous ces animaux; ceux qui s'étaient montrés réfractaires à la première inoculation, prirent la clavelée; les trente-six autres ne contractèrent pas cette maladie. Ainsi la vaccination intra-utérine est moins efficace que l'inoculation pratiquée après la naissance.

Ackermann, Roloff ont également observé une immunité congénitale en clavelisant la mère à la fin de la gestation.

Le charbon symptomatique donne des résultats semblables, comme l'ont établi les recherches de MM. Arloing, Cornevin et Thomas et celles de Kitasato : les animaux issus de mères vaccinées, même quelque temps avant la fécondation, sont souvent réfractaires. Dans ce dernier cas, il s'agit de ce qu'on peut appeler avec Toussaint une vaccination ovulaire.

Récemment Hœgyes a soutenu que la rage se comporte de même : quatre petits chiens, provenant d'un couple réfractaire, furent inoculés à l'âge de trois mois; l'un d'eux résista; les trois autres succombèrent, mais chez deux l'incubation fut plus longue que d'habitude; la transmission de l'immunité rabique semble donc possible, mais il résulte de l'expérience même de l'auteur qu'elle est loin d'être constante.

Une des maladies qui ont le plus servi à l'étude de ces importantes questions de pathologie générale, est sans contredit la syphilis. Nous avons déjà rappelé qu'une femme qui porte un fœtus syphilitique, alors même qu'elle ne contracte pas la maladie, devient réfractaire à l'infection : elle peut impunément nourrir son enfant, qui au contraire contaminerait une nourrice étrangère. C'est ce qu'on appelle la loi de Colles. Sa réalité peut même s'appuyer sur une véritable expérience, due à Caspary : une femme fécondée par un homme syphilitique, en apparence guéri, avorte au sixième mois; or la mère, qui ne présenta à aucun moment d'altérations spécifiques, consentit à se laisser inoculer; elle résista à l'épreuve, qui, il est vrai, fut unique.

Mais dans d'autres cas, le résultat est différent; le fœtus ne communique pas l'immunité à la mère; il lui transmet la maladie elle-même : c'est ce qu'on nomme la syphilis par conception. M. Diday, un des premiers, appela l'attention sur ces faits dont le nombre est aujourd'hui assez considérable. Cette syphilis par conception évolue comme la syphilis congénitale, dont elle est en quelque sorte la contre-partie : dans les deux cas, l'infection se fait par le sang; l'agent pathogène pénètre directement dans le système circulatoire; de là l'absence de tout accident primitif. On verra donc une femme enceinte présenter des symptômes de syphilis secondaire, sans avoir jamais eu ni chancre ni adénopathie chancreuse.

Enfin, Profeta a formulé un pendant à la loi de Colles; d'après lui, un enfant sain, né d'une mère syphilitique, est à l'abri de la syphilis et ne contracte pas la maladie par le lait ou les baisers maternels. C'est du reste un résultat analogue à celui que nous avons déjà signalé pour d'autres infections, la variole par exemple.

Parmi les maladies expérimentales, c'est encore le charbon qui a servi aux recherches les plus intéressantes sur le sujet qui nous occupe. M. Chauveau en inoculant des brebis algériennes, à la fin de la gestation, a constaté que les agneaux qui en naissaient, ne présentaient aucun symptôme morbide quand on leur inoculait la maladie; en opérant sur des brebis indigènes qui subissaient les inoculations préventives souvent réitérées et toujours suivies de l'épreuve avec le virus fort, M. Chauveau a reconnu que les petits étaient également réfractaires; la plupart éprouvaient des malaises passagers, mais aucun n'a succombé. Voilà donc un nouvel exemple de l'immunité que peut acquérir le fœtus dans le sein maternel.

Le charbon a pu servir aussi à démontrer expérimentalement la réalité de la loi de Colles. Lingard a inoculé cette maladie à des fœtus de lapin, encore contenus dans l'utérus : les petits succombèrent, tandis que le plus souvent les mères restèrent vivantes. L'examen microscopique et les cultures ne permirent pas de trouver de bacilles dans l'organisme maternel et pourtant les animaux avaient acquis une immunité parfaite, qui persistait encore au bout de huit mois. Le fait est d'autant plus intéressant que tous les expérimentateurs savent combien il est difficile de vacciner le lapin contre la maladie charbonneuse. Lingard a établi de plus que, pour qu'il y ait immunité, il faut que l'inoculation du fœtus précède d'au moins trente-six heures son expulsion; les autres fœtus peuvent devenir réfractaires, si le petit inoculé reste six jours dans l'utérus. Dans quelques cas enfin, comme lors de syphilis par conception, la mère contracte l'infection charbonneuse; mais alors il existe des

---

une Echelle typographique en dix-sept tableaux. Nous ne pouvons malheureusement, faute d'espace, analyser ici ce livre, l'un des premiers en France où les affections profondes de l'œil, où les anomalies de la réfraction sont étudiées avec les détails qu'elles comportent, avec des types exactement reproduits qui se gravent sans peine et sans fatigue dans l'esprit et dans la mémoire du lecteur.

L'ordre, la méthode, la clarté de l'exposition, dans des détails de physique peu présents au souvenir de l'élève comme à celui du praticien, la simplicité des explications pour l'emploi d'instruments nouveaux, tout, jusqu'à la bonne foi du maître avertissant charitablement que long sera l'apprentissage; tout est à louer dans ce volume, auquel nous avons, comme bien d'autres, beaucoup emprunté. Actuellement encore, après quinze années d'enseignement, devenu le successeur de M. Perrin à l'Ecole du Val-de-Grâce, nous relisons avec plaisir ces pages pleines d'observations exactes, de remarques judicieuses, et auxquelles les progrès de la science n'ont rien enlevé de leur valeur et de leur à propos.

Grâce au talent de M. Régamey, les figures sont d'une vérité rigoureuse. Par les dimensions respectives de leurs éléments, par leur ton, elles représentent bien l'image ophthalmoscopique telle que la fournit le miroir concave aidé de la lentille convexe, dans le procédé dit de l'image renversée. Embrassant un champ considérable, elles donnent très exactement l'aspect du fond de l'œil éclairé.

Président de la Société de chirurgie en 1874, M. Perrin inaugure un mode nouveau de publication qui, réunissant dans un même volume les Bulletins et les Mémoires, permet de ne pas retarder pendant des mois et parfois des années, l'impression des travaux les plus importants. Descendu du fauteuil, il reprend le cours de ses communications : *Sur le diagnostic des sarcômes de la choroïde* (1875), *Sur l'examen histologique d'une rétinite pigmentaire* (1876), *Sur la rétinite leucocythémique* (1877), *Sur la névrotomie*

altérations placentaires au niveau desquelles on peut suivre le passage des bacilles. Quand la mère résiste, les agents pathogènes siègent exclusivement dans les vaisseaux fœtaux du placenta.

C'est en s'appuyant sur les expériences que nous avons rappelées que M. Chauveau avait été conduit à sa célèbre théorie sur l'immunité : sur la foi des expériences de Brauell et de Davaine, on admettait alors que le placenta constitue un filtre parfait; l'immunité fut attribuée à la transsudation de substances solubles, produites dans l'organisme maternel sous l'influence de la maladie charbonneuse. Aujourd'hui que l'on sait que, dans quelques cas, les bactéridies traversent le placenta, on a mis en doute les déductions de M. Chauveau, et on s'est demandé si l'immunité congénitale n'était pas due au passage des bactéridies, trop peu nombreuses pour tuer le fœtus, suffisantes pour le vacciner. A cette objection, M. Chauveau a répondu que le passage des bactéridies à travers le placenta est un phénomène inconstant; tandis que dans toutes ses expériences — et elles sont au nombre de quarante — les petits avaient acquis l'immunité. Cette constance dans les résultats a évidemment une très grande valeur; seulement on peut se demander si la même théorie peut s'appliquer à toutes les infections, par exemple à la vaccine où l'immunité ne s'observe même pas dans la moitié des cas. Mais nous ne voulons pas actuellement entrer dans la discussion de ce point théorique : nous aurons l'occasion d'y revenir dans un article consacré à l'immunité naturelle ; nous compléterons alors ce que nous avons dit des vaccinations intra-utérines.

Une dernière question se pose : l'immunité congénitale est-elle durable ? Nous avons vu que dans quelques cas, on avait revacciné sans succès les enfants au bout de quelques mois ; mais c'est là un laps de temps assez court. Si l'on en croit les recherches de Maieff sur la syphilis, la résistance varierait en degré, depuis l'immunité complète qui persiste toute la vie jusqu'à l'immunité temporaire, ne défendant contre la contagion que pendant un temps limité.

VI

Arrivé au terme de cette étude, si nous nous reportons aux résultats obtenus jusqu'ici, nous voyons que les microbes qui peuvent envahir le fœtus s'y comportent d'une façon très différente.

Tantôt ils déterminent une infection plus grave que celle de la mère ; en vaccinant des brebis pleines, on voit souvent les fœtus succomber et être rejetés par avortement. La mort du fœtus tué par l'infection à laquelle résiste la mère, explique aussi un certain nombre d'avortements observés dans l'espèce humaine, par exemple dans la pneumonie, la fièvre typhoïde, la syphilis.

Souvent la maladie fœtale est semblable à celle de l'adulte : telles sont la variole, et dans quelques cas la syphilis. Ailleurs elle diffère, non par les caractères anatomiques, mais par ses localisations spéciales ; tel est le cas de la tuberculose congénitale qui envahit surtout le foie. On peut dire du reste que dans presque toutes les infections fœtales, c'est le foie qui est le plus profondément atteint et renferme la plus grande quantité d'agents pathogènes. Cela se conçoit aisément, étant donné que cette glande est placée comme une barrière sur la route du sang qui revient du placenta.

Il est des maladies où le fœtus renferme des microbes pathogènes, sans qu'il existe de lésions appréciables; ainsi, nous avons déjà dit que, dans le charbon, le sang ne présente pas l'aspect agglutinatif si caractéristique chez l'adulte ; dans la fièvre typhoïde on ne trouve chez le fœtus ni altération peyérique ni hypertrophie splénique.

Enfin, il peut se faire que l'enfant issu d'une mère infectée ne présente à sa naissance aucune manifestation morbide; puis au bout de plusieurs années, on verra éclater les accidents de cette infection jusque-là latente ; c'est ce qui est démontré pour la syphilis, c'est ce qu'on a admis pour la tuberculose.

Mais il s'en faut que la mère transmette toujours la maladie dont elle est atteinte ; il est des cas où l'hérédité ne se traduit par aucun trouble morbide; l'enfant a néanmoins subi l'influence de la maladie maternelle et se trouve avoir acquis l'immunité. Cette vaccination intra-utérine est elle-même inconstante, et dans une dernière catégorie nous rangeons les faits où l'enfant vient au monde, nullement impressionné par la maladie de la mère, ou ayant tout au plus un certain degré de débilité congénitale.

Telles sont les principales éventualités qu'on peut observer ; on voit en somme combien les résultats varient, depuis l'infection grave et rapidement mortelle jusqu'à l'absence de tout accident et même de toute imprégnation morbide.

Il nous faudrait maintenant étudier l'influence que l'hérédité des diathèses et des troubles nutritifs exerce sur l'aptitude à contracter les maladies infectieuses ; c'est un procédé indirect de rendre l'enfant plus ou moins vulné-

---

optico-ciliaire (1878). Il est peu de discussions importantes où il n'apporte l'appoint de son expérience. La *trépanation* et ses indications l'amènent à la tribune en 1877, 1878, 1883, 1886. Il revient en 1878 sur la question toujours discutée des *fractures du crâne par contre-coup*, et démontre leur existence par de nombreuses pièces expérimentales. Même quand l'*honorariat* le fait libre, il n'abandonne pas les séances, et jusqu'en 1886, si ses apparitions se font progressivement plus rares, c'est que, n'ayant plus de service hospitalier, il craint de n'apporter aux travaux de la Société que des contributions absolument théoriques.

Collaborateur du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, M. Perrin y donne dans les articles : Alcool, Anesthésie chirurgicale, Asphyxie, le résumé de travaux dont nous avons déjà rendu compte. Les articles Cornée, Choroïde, Ophthalmoscopie et Optométrie sont la condensation d'une pratique déjà longue, et témoignent par la précision et presque la concision du langage, par la netteté des formules, de l'influence d'un enseignement journalier. Sur un seul point nous sommes et nous avons toujours été en désaccord avec notre vénéré maître : *Sur l'importance relative des méthodes objectives et subjectives dans l'examen de la réfraction oculaire*. Inventeur avec M. Mascart, professeur au Collège de France, d'un *Optomètre* d'un emploi très commode, le premier instrument pratique de ce genre, au moins en notre pays (1869), M. Perrin resta toujours partisan de l'optométrie subjective. Il la conseillait dans ses leçons, il insiste sur sa valeur dans son traité d'ophthalmoscopie, dans son *Guide du médecin expert* pour l'examen de la vision devant les conseils de revision, code tracé en 1877 pour ses jeunes camarades de l'armée, et malgré les objections sérieuses qui lui sont faites il écrit encore en 1881 dans son article déjà cité : « Nous croyons de plus en plus que l'emploi de l'optomètre doit être la règle, et que les procédés ophthalmoscopiques par l'image droite ou par l'image renversée doivent être

rable aux infections qui ont frappé les parents. Mais ce serait sortir quelque peu de notre sujet que d'aborder cette étude; nous y reviendrons dans un autre article.

En résumé, la transmission héréditaire des infections est un phénomène inconstant et variable, qui semble lié à l'existence d'altérations au niveau du placenta. Si cela est, on est conduit à rechercher quelles sont les causes qui favorisent et expliquent les lésions placentaires, autrement dit, on est ramené à une étude plus générale, celle des localisations viscérales au cours des maladies infectieuses. Lorsque le problème que nous sommes arrivé à poser en dernière analyse sera résolu ou au moins éclairci, le passage intraplacentaire des bactéries ne nous apparaîtra plus comme un phénomène contingent, en quelque sorte livré au hasard, ce sera un résultat nécessaire dans des conditions données, et c'est à déterminer ces conditions que doivent tendre nos efforts.

G.-H. Roger.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

De la posologie des préparations de digitaline.

La digitaline amorphe ou bien cristallisée ne doit pas être prescrite à titre de diurétique; elle est à ce point de vue inférieure aux préparations de digitale. De plus, comme M. Huchard le fait judicieusement observer, l'effet diurétique est plus facile par l'emploi de cette digitaline en solution que par son administration dans la forme pilulaire.

Par contre, la digitaline, malgré l'opinion adverse, rend d'incontestables services comme *sédatif cardiaque*.

On la prescrit en granules, solution ou sirop, à la dose de 1 à 4 milligrammes pour la *digitaline amorphe* française et de 1/4 à 1 milligramme pour la digitaline cristallisée. Jamais, d'après M. Huchard, on ne doit l'administrer aux enfants, en raison de sa trop grande activité.

1° Granules de digitaline. — Les granules de *digitaline amorphe* devront contenir chacun 1 milligramme de médicament; ceux de *digitaline cristallisée*, 1/4 de milligramme; 1 milligramme de digitaline amorphe correspond à 10 centigrammes de poudre de digitale.

2° Solution de digitaline amorphe (H. Huchard). — En voici la formule:

Digitaline amorphe française...	10 centigrammes.
Alcool	ãã 25 grammes.
Eau distillée..................	

Dix gouttes de cette solution représentent 1/2 milligramme de digitaline amorphe.

3° Sirop de digitaline amorphe. — Ce sirop doit être dosé de telle sorte qu'une cuillerée à bouche, ou 15 grammes, renferme 1 milligramme de digitaline.

Ch. Éloy.

REVUE DES COURS ET DES CLINIQUES

HÔPITAL BEAUJON : M. FERNET.

Sur un cancer probable de l'estomac.

Le malade couché au lit n° 2 de la salle Monneret est un homme de quarante-cinq ans, ne présentant rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Dans ses antécédents personnels, à part des excès de boissons alcooliques (il buvait en moyenne 3 litres de vin par jour et deux ou trois petits verres), on ne trouve à signaler qu'une pneumonie à l'âge de vingt et un ans.

Le début de l'affection pour laquelle il est entré à l'hôpital remonte à quatre ou cinq mois. A ce moment, il commence à se plaindre d'une perte presque complète d'appétit et surtout d'une véritable répugnance pour la viande. En même temps apparaît une diarrhée abondante, continuelle, profuse, qui ne s'arrêtait un moment que pour reprendre aussitôt. Peu à peu son teint jaunit, devient terreux, il maigrit rapidement, ses forces disparaissent. Puis apparaît un peu d'œdème des malléoles qui augmente petit à petit et remonte bientôt jusqu'aux genoux. Bref il arrive bientôt à un tel degré de fatigue et d'affaiblissement qu'il est obligé d'abandonner son travail.

Au bout d'une quinzaine de jours de repos, ces divers symptômes s'amendent un peu. L'œdème disparaît, l'appétit revient, la diarrhée s'améliore et le malade se sent assez fort pour reprendre ses occupations. Cette amélioration n'est que passagère et bientôt la diarrhée reparaît ainsi que les autres accidents.

Le 14 septembre, il se décide à entrer à l'hôpital, se plaignant surtout de sa diarrhée. A l'examen on lui trouve un foie petit et un peu d'ascite. Étant données ses habitudes antérieures d'alcoolisme, la première idée qui vient à l'es-

---

réservés pour les cas exceptionnels dans lesquels l'optomètre, employé judicieusement, ne donne pas de réponses satisfaisantes.»

Candidat à l'Académie de médecine dans la section de pathologie chirurgicale, le professeur du Val-de-Grâce fut élu le 6 avril 1875 à une immense majorité. Le mémoire sur la *Valeur clinique de l'amputation sous-astragalienne* qui précède son élection, est un chaleureux plaidoyer en faveur de cette opération. Tout son talent n'arrive pas cependant à la faire sortir d'un abandon que nous ne saurions dire immérité. La première discussion à laquelle il prend part dans la savante assemblée, met en relief ses qualités d'exposition et l'ardeur encore juvénile de ses convictions. Déjà le Congrès périodique international de Bruxelles où il était le délégué du Ministère de la guerre, avait mis à son ordre du jour les *défectuosités de la vision au point de vue du service militaire*. Peu satisfait des décisions prises par la Congrès, Giraud-Teulon voulut porter devant l'Académie de médecine, ce qu'il appelait justement les revendications de la science. Songeant surtout à l'ophthalmologie, il demandait qu'un expert oculiste fût adjoint aux conseils de revision et de réforme. Combattue par MM. Legouest, le baron Larrey et M. Perrin, la proposition fut repoussée. En signalant ses inconvénients au point de vue militaire, le créateur de la clinique ophthalmoscopique au Val-de-Grâce défendait ses camarades de l'armée contre les imputations d'incompétence auxquelles il avait pu un instant les croire en but. Au reste, Giraud-Teulon, dont tous appréciaient le noble caractère, n'avait pas à démontrer qu'il se préoccupait uniquement des intérêts de la science; ses contradicteurs n'attaquaient dans ses conclusions que leur opportunité.

A partir de sa nomination, M. Perrin prend la part la plus active aux travaux de l'Académie. En 1879, il lui communique ses recherches sur la *Valeur relative du pansement de Lister et du pansement à l'alcool;* en 1880, un

prit en présence des signes physiques est celle de cirrhose atrophique du foie.

Mais ce diagnostic ne nous satisfaisait pas complètement et pour plusieurs motifs. D'abord la faible quantité de liquide ascitique, l'absence de circulation collatérale tendaient à faire croire que l'affection n'était qu'à son début, tandis que l'état de faiblesse et même de cachexie du malade paraissait en rapport, dans l'hypothèse de cirrhose, avec une période plus avancée de la maladie. La diarrhée persistante nous embarrassait aussi. On trouve bien, à la période cachectique de la cirrhose, un peu de diarrhée, mais celle-ci existe rarement au début de la maladie, et en tout cas elle ne présente jamais ce caractère continu et rebelle.

L'hypothèse de cirrhose nous paraissant insuffisante pour expliquer et l'état de cachexie du malade et les troubles digestifs dont souffre le malade, nous pensons alors à la tuberculose péritonéale. Cette maladie expliquerait bien l'ascite, mais elle nous satisfait surtout au point de vue des troubles digestifs. Ce diagnostic pourtant soulève de grandes objections. En effet, nous ne trouvons rien dans les plèvres et l'on sait que toutes les fois qu'il y a un épanchement péritonéal d'origine tuberculeuse, on trouve également un épanchement pleural plus ou moins considérable. On ne trouvait pas non plus de lésions pulmonaires. L'absence de ces lésions pulmonaires ne plaide pas, il est vrai, contre l'hypothèse de tuberculose péritonéale. Dans cette affection, contrairement à la loi de Louis, les lésions pulmonaires sont rares, tandis que les lésions pleurales sont constantes. La tuberculose péritonéale n'existe pas sous la forme purement péritonéale ou du moins elle est très rare. Elle existe surtout sous la forme péritonéo-pleurale. En outre l'absence de fièvre rémittente contribue à rendre notre seconde hypothèse encore plus improbable que la première.

Le malade était déjà à l'hôpital depuis une huitaine de jours, et sous l'influence du repos, d'un régime et d'un traitement appropriés il s'apercevait d'une amélioration manifeste dans son état, lorsque survint chez lui un nouvel accident qui porta nos investigations sur une nouvelle voie. Une après-midi, après avoir fait quelques tours dans la salle, il s'aperçoit que ses pieds sont un peu enflés. Le lendemain et les jours suivants cet œdème augmente si bien qu'au bout de trois ou quatre jours il arrive jusqu'en haut des cuisses. Puis il persiste pendant une quinzaine de jours en diminuant cependant petit à petit. Nous savions que le malade avait déjà eu de l'œdème des membres inférieurs au début de son affection. Mais cet œdème pouvait être expliqué par la cachexie, la fatigue, tandis qu'il n'en était pas de même de celui que nous avions vu se reproduire en quelque sorte sous nos yeux. La fatigue, la misère ne pouvaient plus être mises en cause. Depuis une semaine le malade était au repos absolu et sa santé générale s'était sensiblement améliorée. D'où pouvait provenir cet œdème? Était-il imputable à la cirrhose ou à la tuberculose? On a prétendu que dans quelques cas la cirrhose s'était d'abord manifestée par de l'œdème des membres inférieurs. Mais si ces observations sont exactes, ce qui est douteux, ce sont des cas extrêmement rares. Il est de règle que dans la cirrhose l'hydropisie occupe le péritoine et rien que le péritoine. Lorsque dans le cours d'une cirrhose, comme du reste dans celui d'une tuberculose péritonéale, il apparaît de l'œdème des membres inférieurs, c'est que l'épanchement du péritoine provoqué par ces deux affections a atteint un volume considérable et comprime la veine cave. Or chez notre malade l'ascite est presque insignifiante et ne peut provoquer aucun phénomène de compression.

L'examen du malade nous montre qu'il n'a ni affection cardiaque, ni affection rénale, ni aucune cause locale, telle que varices des membres inférieurs, pouvant expliquer cet œdème. Une affection organique de l'estomac peut seule occasionner ces troubles circulatoires, ainsi que les troubles digestifs dont souffre le malade. En cherchant alors dans ce sens, plusieurs éléments viennent fortifier notre hypothèse.

Dans la région épigastrique, du côté droit, la paroi abdominale se laisse moins facilement déprimer que du côté gauche. On ne sent aucune tumeur, même pas de l'empâtement, mais on éprouve une certaine résistance. La sensation n'est pas assez nette pour faire conclure à la présence d'un néoplasme, mais enfin c'est déjà un signe favorable. A ce signe viennent s'en ajouter plusieurs autres. Chacun d'eux pris isolément n'a pas une valeur absolue, mais par leur réunion, leur concordance, ils établissent une très grande présomption. Je les énumère rapidement pour les discuter ensuite un à un.

Dans l'aisselle droite et dans l'aine on trouve quelques ganglions légèrement hypertrophiés.

L'analyse des urines nous donne 12 grammes d'urée par vingt-quatre heures.

On constate également l'absence d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique.

Hénoch paraît être le premier qui ait observé l'altération et le développement des ganglions périphériques dans le cancer de l'estomac. En 1863, il dit à ce sujet : « Le diagnostic de cancer de l'estomac est plus certain quand on peut trouver des ganglions dégénérés au-dessus de la clavicule, » et à l'appui de cette remarque il cite l'observation d'un malade qui mourut d'un cancer de l'estomac vérifié à l'autopsie. Friedreich et Leube insistent aussi sur la présence de ces ganglions. Chose curieuse, c'est surtout dans le creux sus-claviculaire qu'ils ont été signalés et leur présence pa-

---

excellent rapport sur *Les livres scolaires et la myopie* de son ami M. Javal. La *Conjonctivite purulente rhumatismale* fait l'objet de deux lectures, l'une en 1882, la seconde en 1883. Il n'est pas de question chirurgicale importante sur laquelle il ne tienne à donner son opinion autorisée. L'anesthésie chloroformique et ses accidents, leur origine, leur traitement, l'amènent à la tribune en 1878, puis en 1882. Il défend avec énergie sa théorie de la mort subite par syncope et non par asphyxie, il préconise toujours l'emploi de l'insufflation laryngienne et de la respiration artificielle pour arracher le patient au collapsus et ranimer chez lui les sources presque éteintes de la vie. De même en 1884, il refuse encore à l'alcool tout rôle alimentaire, et n'admet à aucun degré sa combustion dans l'organisme. Ses expériences de 1853 lui semblent aussi probantes, aussi inattaquables, qu'au jour de leur publication. Il n'était pas toutefois de ceux dont on peut dire que d'avance *leur siège est fait*, et, s'il combattit le pansement de Lister en raison de sa complication et de sa prétention de détruire par la pulvérisation phéniquée les germes morbides de l'atmosphère, il admettait, il préconisait même la méthode antiseptique. Grâce à l'alcool, il pensait modifier le terrain et rendre les tissus impropres à la putréfaction. Il ne se désintéressait pas des progrès de la chirurgie, et prenait part aux discussions sur la *Cataracte*, le *Traitement du strabisme* (1886), sur le *Surmenage et la sédentarité scolaires* (1887), sur le *Traitement des furoncles et de l'anthrax* en 1888.

Les meilleurs livres, quand ils traitent de sujets spéciaux, quand ils ne s'adressent qu'à un public restreint, ne voient guère se succéder des éditions nombreuses. Le *Traité d'ophthalmoscopie et d'optométrie* de notre excellent maître n'avait pas été un succès de librairie. Avec le concours de notre collègue F. Poncet, M. Perrin publia, en 1879, un *Atlas des maladies profondes de l'œil.* Tous les ophthalmologistes connaissent les belles préparations de notre camarade du Val-de-Grâce. Elles complètent les planches en chromo-

raît plus fréquente à gauche. Depuis, de nombreuses observations sont venues s'ajouter à celles-là et la dégénérescence carcinomateuse des ganglions, non seulement du creux sus-claviculaire, mais aussi de l'aine et de l'aisselle, est actuellement un fait bien connu. Il nous a été donné d'en observer cette année-ci deux ou trois cas tout à fait probants.

La diminution de la quantité d'urée qui chez notre malade est descendue à 17 grammes par vingt-quatre heures a peut-être une valeur moins importante au point de vue du diagnostic. Bien que Rommelaere ait prétendu qu'on a affaire à un cancer de l'estomac toutes les fois que chez un malade affecté d'une affection chronique de cet organe la quantité d'urée contenue dans les urines de vingt-quatre heures tombe au-dessous de 14 ou 15 grammes, ce signe ne saurait être absolu. Tout le monde sait en effet que la plus ou moins grande quantité d'urée est intimement liée à l'alimentation du malade. En outre, on a quelques observations de cancer gastrique, notamment une de Dujardin-Beaumetz (*Société médicale des hôpitaux*, 10 juillet 1885), où la quantité d'urée a atteint une fois seulement le chiffre de 11 grammes et a pu s'élever jusqu'au chiffre considérable de 32 grammes par jour. Il résulte pourtant d'un grand nombre d'observations que si le signe de Rommelaere n'est pas pathognomonique, c'est un nouveau symptôme de probabilité d'une grande valeur.

L'absence d'acide chlorhydrique dans les sécrétions gastriques que nous avons constatée chez notre malade, est de même que le précédent un bon symptôme de probabilité. Si l'absence de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique n'a pas toujours été constatée dans les affections carcinomateuses de l'estomac (observation déjà citée de Dujardin-Beaumetz), on peut dire qu'elle est si fréquente que c'est presque la règle. Dans quelques cas où le diagnostic a été vérifié à l'autopsie, c'est elle qui avait fait reconnaître la véritable cause des troubles bizarres de l'appareil digestif. Il y a cependant des réserves à faire sur sa valeur séméiotique. Germain Sée (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1888) a prouvé que la disparition de l'acide chlorhydrique n'existait pas seulement dans le cancer de l'estomac, mais aussi dans beaucoup d'autres affections de cet organe. Il considère même la dyspepsie comme une conséquence de l'absence de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique. Pourtant ce signe, découvert par Leube, peut rendre de réels services au point de vue du diagnostic dans tous les cas, et ils sont fréquents, où l'absence de signes physiques empêchera de reconnaître avec certitude un cancer de l'estomac. En outre, grâce au pompage de l'estomac et au facile maniement des réactifs employés (fluoricine, vanilline, violet de méthyle, tropéoline, etc.), la recherche de l'acide chlorhydrique est facilement accessible aux cliniciens; à peine demande-t-elle plus de temps qu'une simple analyse d'urine, lorsque les précautions préliminaires ont été prises.

En résumé, dans le cas qui nous occupe, aucun des signes invoqués pour prouver l'existence d'un cancer de l'estomac n'a une valeur absolue si on les considère isolément. Mais en l'absence de tous gros signes physiques ou fonctionnels avec lesquels on fait généralement en clinique le diagnostic de carcinome stomacal, la réunion de tous ces signes et leur concordance absolue rendent sinon certaine, du moins très probable, l'existence d'un néoplasme malin de l'estomac.

Chez ce malade, la petitesse de son foie, ses habitudes alcooliques, un léger épanchement ascitique, peuvent jusqu'à un certain point faire admettre l'existence d'une cirrhose. Mais ses troubles digestifs divers, son amaigrissement, son teint jaunâtre, l'œdème des membres inférieurs sans cause locale, une certaine rénitence dans la région épigastrique, un point douloureux que j'avais oublié de citer et qui se trouve à deux travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoïde, la diminution très notable de la quantité d'urée sécrétée en vingt-quatre heures, l'absence d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique font surtout pencher la balance du côté d'une affection organique de l'estomac.

Quoi qu'il en soit, l'indication thérapeutique est formelle. Il faut soutenir le malade par un régime approprié : du lait, des œufs, de la poudre de viande. L'avantage de cette thérapeutique est que, même en cas d'erreur de diagnostic, elle ne peut être que profitable au malade.

Ch. Steeg.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Hémiplégie hystérique avec atrophie musculaire survenue a la suite d'une diphthérie. — Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 11 octobre 1889, par M. le docteur Debove, agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Andral.

Les formes frustes d'une maladie sont toujours difficiles à reconnaître. Lorsqu'il s'agit d'une maladie à lésion caractéristique telle que la fièvre typhoïde, l'anatomie pathologique établit un lien commun qui a permis de réunir en un seul faisceau des formes cliniques considérées, au commencement de ce siècle encore, comme autant de pyrexies distinctes. Le problème est bien plus complexe quand il s'agit de névroses; ici pas de lésion qui permette d'affirmer l'unité nosologique de formes cliniques diverses, si diverses même

---

lithographie des affections oculaires, auxquelles sont venues s'ajouter, depuis 1872, douze types de lésions jusqu'alors peu connues, telles que la tuberculose et le sarcome de la choroïde à son premier degré, la rétino-choroïdite palustre, etc. L'histologie complète heureusement les représentations de l'imago ophthalmoscopique. Celle-ci donne l'anatomie macroscopique prise sur le vivant, le microscope nous livre l'état des tissus après la mort.

Nommé médecin-inspecteur de l'armée, le 18 décembre 1879, M. Perrin ne quitta qu'à regret le Val-de-Grâce, son enseignement, son service d'hôpital. Depuis onze années, il avait été sur la brèche, chargé en même temps des salles d'ophthalmologie et du traitement des officiers blessés. Bon avec les malades, attentif, prévenant, il inspirait à tous la plus grande confiance en même temps qu'un affectueux respect. Beaucoup venaient de très loin pour le consulter et se confier à ses soins. Le remplacer était difficile; je ne l'ignorais pas et je le constatai plus d'une fois, depuis le jour où j'eus l'honneur en même temps que la tâche de recueillir cette lourde succession.

Fort heureusement, mon professeur et mon maître était resté à Paris, près de moi. Je le rencontrais en sortant de la Société de chirurgie, et chemin faisant, nous discutions ensemble les problèmes délicats de l'ophthalmologie, aussi bien que les questions brûlantes de l'organisation du Corps de santé militaire. Partisan convaincu, défenseur ardent de notre autonomie, M. Perrin, membre du Conseil de santé des armées, vit avec bonheur promulguer la loi de 1882, qui délivrait la Médecine militaire de la longue tutelle de l'Intendance. L'année suivante, il rentrait une dernière fois à l'Ecole du Val-de-Grâce dont la direction venait de lui être confiée.

Il ne la quitta qu'au moment de sa mise au cadre de réserve, le 13 avril 1888, jour où il atteignit la limite d'âge de son grade d'inspecteur. Son passage y fut marqué par de nombreuses modifications de l'enseignement, par

que l'hystérie de l'homme, par exemple, aujourd'hui reconnue si fréquente, a passé longtemps presque inaperçue, malgré la sagacité de nombreux observateurs. Aussi, pour reconnaître les aspects variés que peut prendre une névrose, faut-il étudier avec soin les formes types, et c'est par une comparaison attentive de ces types avec les formes frustes qu'on pourra établir la nature de ces dernières.

En suivant cette règle, j'ai diagnostiqué une hystérie fruste anormale chez une malade que je vais vous présenter. Plusieurs d'entre vous pourront contester mon diagnostic, mais nous l'aurions tous rejeté il y a peu de temps encore, c'est-à-dire avant que notre illustre maître, M. le professeur Charcot, eût donné de l'hystérie une description magistrale qui nous permet aujourd'hui de la dépister là où nous ne l'aurions jamais soupçonnée.

Notre malade, âgée de trente-cinq ans, présente les signes d'une hémiplégie gauche avec atrophie musculaire. Au membre inférieur gauche, le mollet et la cuisse ont un périmètre de 4 centimètres inférieur aux mêmes parties du membre droit. Le tronc ne présente rien de particulier. Au membre supérieur gauche, le deltoïde est légèrement atrophié, ainsi que le bras; l'avant-bras et la main du même côté ont leur volume normal. La parésie de ces membres n'est pas proportionnée à leur atrophie, et leur impotence fonctionnelle est bien plus accentuée que ne le ferait supposer la simple inspection. Ceci est surtout marqué pour les extenseurs du pied et de la main, qui ont conservé leur volume normal, et cependant il est difficile à la malade de relever complètement le pied ou la main. Il n'y a aucun trouble trophique de la peau ni des os, il n'y a pas trace de contracture.

Lorsqu'on examine la face, il semble, au premier abord, qu'il y ait une paralysie faciale droite, autrement dit qu'il y ait une hémiplégie alterne; mais un examen plus attentif fait reconnaître qu'il s'agit là d'une simple apparence. Les mouvements, du côté droit, sont conservés, mais le côté gauche est le siège d'une contracture qui fait dévier la commissure correspondante et qui s'accompagne de petites secousses survenant à des intervalles irréguliers. Le voile du palais, contracturé à gauche, entraîne la luette de ce côté. La langue n'est pas déviée. Les mouvements de l'orbiculaire des paupières sont indemnes. Le front, du côté gauche, est légèrement ridé, ce qui indique que la contracture ne se limite pas au facial inférieur. La sensibilité de la moitié gauche du corps est très légèrement diminuée. Le seul trouble constatable des organes des sens spéciaux est un léger rétrécissement du champ visuel gauche (80 degrés).

Nous nous trouvons, évidemment, en présence d'une hémiplégie avec atrophie musculaire. Quelle est la nature de cette hémiplégie?

La première idée est nécessairement celle d'une lésion cérébrale; mais on est aussitôt obligé de l'abandonner, car, quoique l'hémiplégie soit ancienne, elle est absolument flaccide; ce caractère seul nous suffit pour faire rejeter le diagnostic de lésion cérébrale.

On ne peut davantage accepter l'hypothèse d'une lésion de la moelle ou des nerfs. La forme hémiplégique est contraire à cette hypothèse; il faudrait, en outre, pour expliquer les troubles de la face, admettre que les lésions se prolongent dans la protubérance. Un autre signe contredit encore ce diagnostic : les réactions électriques des nerfs sont absolument normales.

S'agit-il d'une paralysie diphthéritique (vous verrez pourquoi ce diagnostic doit être discuté)? Je ne le pense pas, car il n'y a pas eu de paralysie du voile du palais, la forme hémiplégique est bien rare dans les paralysies diphthériques, elles sont essentiellement transitoires et ne laissent guère d'atrophie musculaire à leur suite.

Il ne reste qu'un diagnostic plausible, celui d'hystérie, et je crois pouvoir l'affirmer en me basant sur les caractères suivants : il y a une légère diminution de la sensibilité du côté gauche du corps, un léger rétrécissement du champ visuel de l'œil gauche, une bizarrerie d'humeur presque caractéristique, et surtout une déviation de la face bien étudiée par M. le professeur Charcot et par MM. Brissaud et Marie. La contracture faciale me paraît ici révéler la véritable nature de la maladie et nous permettre d'en reconnaître une forme fruste.

L'atrophie musculaire aurait certainement fait éliminer le diagnostic hystérie avant les travaux de MM. Charcot, Féréol, Babinsky. Aujourd'hui, nous avons tous observé un certain nombre de cas semblables.

Cet exemple d'hystérie fruste avec atrophie musculaire mérite d'être signalé; mais une autre particularité le rend plus intéressant encore, c'est que les accidents actuels sont survenus à l'occasion d'une diphthérie.

Vers la fin d'avril 1887, notre malade fut prise d'une angine grave, diagnostiquée diphthérie par le médecin qui la soignait, et à diverses reprises des fausses membranes furent détachées du pharynx. Huit jours plus tard, la malade entrait en convalescence et se croyait même guérie, lorsqu'au bout d'un mois survinrent des douleurs dans le côté gauche du corps, puis de la paralysie, puis de l'atrophie musculaire et de la déviation de la face. On ne peut affirmer la filiation de ces symptômes, parce que les douleurs parurent au début la seule cause de l'impotence fonctionnelle et parce que l'atrophie musculaire ne fut remarquée que lorsqu'elle eut atteint un degré déjà notable.

Quoi qu'il en soit, au mois d'octobre suivant, tous ces phénomènes étaient des plus accentués. La malade ne peut dire

---

quelques innovations qui n'étaient pas toutes heureuses, et dont certaines ont seules survécu à sa Direction. Partant d'idées justes, de principes excellents, notre bien vénéré maître dut parfois constater combien il est malaisé de passer de la théorie à la pratique. S'il est facile de détruire, il est bien plus difficile de rebâtir et surtout de faire mieux. Le projet de loi sur l'établissement de deux Écoles préparatoires du service de santé militaire, placées l'une à Nancy au sein de la Lorraine restée française, la seconde à Bordeaux, échoua par la mauvaise volonté de la Commission du budget (1883). Faute d'argent, le décret ne reçut jamais d'exécution.

Bien d'autres propositions, et en particulier la création d'une chaire d'expertise médicale, où l'enseignement de l'optométrie et de l'otologie venait coudoyer celui de l'administration militaire, ne furent pas accueillies avec faveur. Alors une lutte sourde d'abord, et bientôt plus ardente, s'engagea entre le directeur de l'École et l'autorité médicale qui siégeait dans les bureaux de la guerre. L'issue n'en pouvait être douteuse; mais cette contradiction perpétuelle, ce constant mauvais vouloir qui ne se dissimulait pas toujours sous l'aménité des formes, remplirent d'une amertume profonde les dernières années d'activité de M. Perrin. La retraite vint l'atteindre au jour où il pouvait espérer une fois encore de faire triompher quelques-unes de ses vues; il l'accepta sans regret. Si la carrière militaire avait cessé de lui fournir les satisfactions intimes auxquelles son mérite et sa situation élevée lui donnaient bien quelques droits, l'affection de ses élèves, l'estime de ses collègues lui apportaient une juste compensation. Vice-président de l'Académie de médecine pour l'année 1888, il occupait depuis huit mois le fauteuil de la présidence, lorsque la mort l'a subitement frappé. Que les regrets unanimes qu'a laissés cette perte inattendue soient, pour la compagne qui le pleure, un adoucissement à la cruelle séparation.

J. Chauvel.

à quelle époque sa maladie a cessé de progresser; en tout cas, elle affirme que, depuis un an, elle n'a constaté aucune aggravation dans son état, qui lui paraît absolument stationnaire.

Les paralysies consécutives aux maladies aiguës forment un groupe bien plus complexe qu'on ne le croyait autrefois, car les paralysies hystériques occupent une place importante dans ce groupe. D'ailleurs, plus nous avançons dans l'étude des névroses, plus nous constatons l'influence des maladies aiguës sur leur développement. C'est à leur suite que nombre de malades sont devenus neurasthéniques. Lorsque autrefois un malade atteint d'accidents névropathiques les attribuait à une maladie aiguë ancienne dont, suivant son expression, il ne s'était jamais bien remis, nous étions incrédules. Il ne faut plus l'être, en présence de la multiplicité des faits de ce genre.

Vous trouverez dans le travail de M. Georges Guinon (Guinon, *les Agents provocateurs de l'hystérie*, Paris, 1889) plusieurs observations empruntées à divers auteurs, et dans lesquelles l'hystérie a été manifestement provoquée par une maladie aiguë. A propos de ces faits, M. Guinon propose une théorie pathogénique un peu vague. « L'hystérie, dit-il, peut être provoquée par quelques maladies générales aiguës ou chroniques par suite de l'ébranlement du système nerveux dans lequel se trouve tout sujet en proie à l'une quelconque de ces maladies. » Pour moi, m'inspirant des travaux du professeur Bouchard sur les intoxications morbides, je n'hésite pas à croire que les hystéries consécutives aux maladies aiguës sont des hystéries toxiques, et que dans notre cas particulier il s'agit d'une hystérie toxique d'origine diphthéritique.

Permettez-moi de vous rappeler que je vous ai déjà entretenus des hystéries produites par le plomb, l'alcool, etc., et que j'ai proposé de les appeler *hystéries toxiques* (Debove, *De l'apoplexie hystérique*, in *Société médicale des hôpitaux*, 13 août 1886). Que trouvons-nous d'extraordinaire à ce que des poisons d'origine somatique provoquent les mêmes accidents? D'ailleurs, dans un remarquable travail, notre ami et collègue F. Dreyfous (F. Dreyfous, *De l'hystérie alcoolique*, in *Union médicale*, 1888), citant plusieurs observations de paralysies observées dans l'urémie par nos collègues Chantemesse, Tenneson et Raymond, s'est déjà demandé s'il ne fallait pas les attribuer à une hystérie urémique.

Revenant à la théorie de l'ébranlement du système nerveux proposée par M. Guinon, je ferai remarquer que l'hystérie est survenue chez notre malade un mois après sa guérison apparente, autrement dit, que son système nerveux a été bien lent à s'ébranler. C'est, au contraire, au bout d'un mois qu'on voit survenir des accidents diphthériques dont personne ne conteste aujourd'hui la nature toxique, je veux parler des paralysies diphthériques. « Toujours, dit Maingault (Maingault, *De la paralysie diphthérique*, Paris, 1860, p. 107), il existe un intervalle plus ou moins long, de douze jours à deux mois, entre la terminaison de l'affection diphthérique et le moment où les accidents paralytiques généralisés se déclarent. »

Dans la plupart des maladies aiguës, les accidents hystériques se manifestent de bonne heure, parce que le poison est rapidement éliminé dans la convalescence; ils sont tardifs dans la diphthérie, probablement parce que le poison diphthérique est éliminé lentement. En effet, dans leur remarquable travail sur la diphthérie, MM. Roux et Yersin (Roux et Yersin, *Contribution à l'étude de la diphthérie*, in *Annales de l'Institut Pasteur*, décembre 1888) nous montrent que certains poisons morbides produisent immédiatement tous leurs effets, tandis que d'autres ont des effets tardifs.

« Les essais faits par l'un de nous, disent ces auteurs, semblent montrer que, même après un temps très long, les produits solubles du charbon, de la septicémie et du charbon symptomatique ne causent aucune affection aux animaux qui les ont reçus. Il n'en est pas de même pour la diphthérie et la maladie causée par le bacille pyocyanique. L'avenir nous montrera sans doute que nombre d'affections organiques dont nous ne voyons pas clairement la cause sont dues à des actions tardives de ce genre. Beaucoup de néphrites ou de maladies nerveuses dont on ignore l'origine ou que l'on rapporte à des causes banales sont peut-être la suite d'une infection microbienne qui a passé inaperçue. »

Nous ne saurions citer le travail de MM. Roux et Yersin sans rappeler qu'ils ont établi la réalité du poison diphthérique, poison qui jusqu'ici n'était qu'une hypothèse vraisemblable.

Si vous admettez l'existence d'une hystérie toxique, qu'il s'agisse d'un poison morbide ou non, vous pouvez vous demander si le poison crée la névrose ou si, jouant le rôle d'une cause occasionnelle, il rend évidente une névrose latente.

Il est certain que les causes morbides externes supposent toujours quelque prédisposition interne. C'est ainsi que tous les sujets exposés aux maladies contagieuses ne les contractent pas, que tous les sujets qui font usage d'une eau contaminée n'ont pas la fièvre typhoïde. Il faut de même admettre pour l'hystérie une certaine prédisposition, mais il ne faut pas l'exagérer; l'histoire de notre malade le prouve. Elle avait trente-trois ans lorsque sont survenus ses premiers accidents nerveux, et cependant elle avait été exposée à des causes qui auraient dû faire éclater une névrose latente. Elle avait perdu complètement sa petite fortune, elle en éprouva seulement un grand chagrin et une certaine irritabilité; mais on pourrait, pour des causes moindres, être

---

Nota. — Une erreur s'est glissée dans les premières lignes de cette biographie de Perrin. Ce n'est pas en 1848, mais bien en 1850, le 4 mai, que furent licenciés les hôpitaux d'instruction. M. Perrin, qui de Metz était passé au Val-de-Grâce en 1848 comme *chirurgien-élève*, en sortait le 25 septembre 1849, pour rentrer à Metz comme *chirurgien sous-aide*. C'est dans ce grade qu'il fût atteint par le licenciement, et qu'il rentra quelques mois plus tard a l'Ecole du Val-de-Grâce. Nous remercions M. le professeur L. Le Fort, qui, frappé par la même mesure que M. Perrin, a eu la bonté de nous signaler notre erreur de date sur ce point.

J. C.

Ecole de médecine d'Alger. — Notre ami, M. le docteur A. Treille, ancien député de Constantine, ancien médecin de l'armée, est nommé professeur des maladies des pays chauds (chaire nouvelle).

M. le docteur Planteau, agrégé d'anatomie à la Faculté de médecine de Bordeaux, est nommé professeur d'anatomie pathologique.

Mortalité a Paris (41e semaine, du 6 au 12 octobre 1889. — Population: 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 21. — Variole, 0. — Rougeole, 4. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 15. — Diphthérie, croup, 21. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 194. — Autres tuberculoses, 23. — Tumeurs: cancéreuses, 49; autres, 3. — Méningite, 30. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 59. — Paralysie, 10. — Ramollissement cérébral, 13.—Maladies organiques du cœur, 50. — Bronchite aiguë, 23. — Bronchite chronique, 43. — Broncho-pneumonie, 21. — Pneumonie, 62. — Gastro-entérite: sein, 9; biberon, 56. — Autres diarrhées, 4. — Fièvre et péritonite puerpérales, 9. — Autres affections puerpérales, 5. — Débilité congénitale, 29. — Sénilité, 28. — Suicides, 18. — Autres morts violentes, 1. — Autres causes de mort, 176. — Causes inconnues, 7. — Total: 984.

chagrin et irritable. Il y a quatre ans, elle était dans une voiture dont le cheval s'emporta; elle fut projetée violemment sur le sol, fut plusieurs heures sans connaissance, et revint à elle le corps couvert de contusions. Ici se trouvent réunies les causes, émotion violente et traumatisme, qui suffisent habituellement à faire apparaître la névrose hystérique latente; il n'en fut rien. Pourquoi le système nerveux, jusque-là si tolérant, n'a-t-il pas mieux résisté à la diphthérie, je l'ignore; mais ce que je viens de dire montre que notre malade n'avait pas une prédisposition bien marquée aux accidents hystériques.

J'arrive à la fin d'une discussion qui vous paraîtra peut-être un peu longue à propos d'une simple observation, mais j'ose cependant espérer qu'elle pourra vous intéresser, en faisant entrevoir un lien possible entre les maladies si étranges que nous appelons des névroses et les intoxications par poison morbide.

Clinique médicale.

Xanthélasma disséminé et symétrique, sans insuffisance hépatique. Communication faite à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 11 octobre 1889, par M. le docteur A. Chauffard, agrégé, médecin de l'hôpital Broussais.

Je soigne actuellement dans mon service, à l'hôpital Broussais, un malade atteint de xanthélasma, et chez qui cette affection me paraît offrir des caractères assez particuliers pour que je croie devoir les signaler à la Société.

Je vous présente le malade, et vais vous résumer les points saillants de son histoire.

C'est un homme âgé de trente-cinq ans, maçon de son état, à large poitrine et de robuste apparence jusqu'à ces dernières années.

Son passé pathologique est déjà assez chargé; à vingt-trois ans, il a eu la fièvre typhoïde; à vingt-quatre ans, pendant qu'il faisait son service militaire à la Nouvelle-Calédonie, il a été pris d'une hématémèse assez abondante, accident qui s'est renouvelé à plusieurs reprises, à vingt-six, trente et un et trente-trois ans. Cet été encore, il a été soigné à l'Hôtel-Dieu pour une nouvelle hématémèse, et on a porté le diagnostic d'ulcère simple de l'estomac, ou peut-être du duodénum. J'ajoute immédiatement que ces hématémèses à répétition, accompagnées de douleurs épigastriques violentes et survenant chez un sujet nettement alcoolique, me paraissent n'avoir aucune connexité avec son xanthélasma; il s'agit probablement là d'une gastrite ulcéreuse alcoolique.

Vers 1878, pendant son séjour à la Nouvelle-Calédonie, L... a présenté deux autres incidents pathologiques : des accès de fièvre paludéenne, soignés et guéris par la quinine; et un ictère, qui semble avoir duré assez longtemps, sans que notre malade puisse donner grands détails sur ses caractères et son évolution.

En 1880, L... est libéré et revient en France, et c'est peu après, dit-il, qu'il s'est aperçu du début de son affection cutanée. La marche de celle-ci semble avoir été lentement progressive, et voici ce que j'ai pu constater, soit actuellement, soit dans un premier séjour que le malade a fait dans mon service au mois de février de cette année.

L'éruption xanthomateuse est constituée par une série de groupes évolutifs, parfaitement symétriques, et cantonnés presque exclusivement au niveau des différents plis de flexion; c'est dire qu'ils occupent la base du cou, les deux creux axillaires, les plis des coudes, la paroi abdominale antérieure, surtout dans sa partie sous-ombilicale, les deux triangles inguinaux, la face inférieure de la verge, la marge de l'anus, les deux creux poplités.

Sont indemnes, la région dorso-lombaire, les mains et les pieds, le côté de l'extension des diverses jointures envahies du côté de la flexion.

Chacun des groupes éruptifs présente une constitution assez analogue, et semble rayonner par une sorte de développement centrifuge.

Le centre du groupe est formé par une agglomération presque confluente de plaques intradermiques, douces au toucher, légèrement saillantes et comme papuleuses, séparées par de petits plis cutanés : leur coloration est assez pâle, beurre frais ou jaune-chamois; le volume des plus grosses plaques ne dépasse guère celui d'une lentille.

A mesure qu'on s'éloigne du centre éruptif, les intervalles de peau saine augmentent d'étendue, et les nodules ou plaques xanthélasmiques diminuent de volume. Dans la zone la plus périphérique, on ne trouve plus qu'un semis de points jaunes miliaires. C'est ce qu'on voit très nettement au-dessous des plis des coudes, sur la face antérieure des avant-bras.

Une disposition très particulière est à noter sur un grand nombre de plaques xanthélasmiques, et surtout au niveau des parois antérieures et postérieures des aisselles, où la xanthomatose déborde assez largement, formant comme un demi-cercle sur la région pectorale et sus et sous-épineuse : beaucoup de plaques jaunes portent à leur centre un petit nodule à peine saillant, gros comme une tête d'épingle, et qui se détache par sa couleur gris cendré sur le fond chamois qui l'entoure. La région envahie prend ainsi un aspect tatoué, gris sur jaune, qui tranche absolument sur la coloration et l'aspect de la peau restée saine dans le voisinage. La ligne de démarcation du groupe éruptif est du reste bien marquée, surtout dans la région pectorale, et une bande de peau saine assez large sépare les groupes axillaires et sus-claviculaires de chaque côté.

Les plaques xanthomateuses les plus larges se trouvent dans les régions axillaires et inguinales.

Pour en finir avec la distribution actuelle de l'éruption, je dois signaler l'intégrité presque absolue de la face. En février dernier, lors du premier séjour de L... à l'hôpital Broussais, à peine soupçonnait-on, à la commissure palpébrale gauche, le début d'une petite plaque jaune; aujourd'hui, bien que très peu accusée encore, elle est cependant nettement constatable.

Au niveau du bord libre de la lèvre supérieure, et près de la ligne médiane, se voient un à deux petits nodules jaunes, gros comme des grains de mil.

Si l'on retrousse les deux lèvres, on voit que la muqueuse de leur face profonde est envahie; aussi bien en haut qu'en bas, elle présente dans son tiers moyen un semis intramuqueux de petits nodules jaunâtres, reposant sur un fond richement vascularisé, parcouru par de nombreux capillaires dilatés et sinueux.

Pas d'autre lésion de la muqueuse bucco-pharyngée.

La muqueuse génitale est normale. Au mois de février, on constatait en outre un phénomène assez insolite, dont aujourd'hui il ne reste plus guère que la trace : la zone périphérique des groupes éruptifs était parcourue par d'assez larges réseaux d'un rose un peu violacé, non saillants, et qui formaient comme une aréole congestive autour des plaques jaunes. Celles-ci semblaient naître et évoluer dans cette sorte de zone d'envahissement.

Ces mêmes bandes rosées, larges souvent de près de 1 centimètre, reliaient entre eux les différents groupes éruptifs, comme de véritables anastomoses, surtout au-devant du bord antérieur de l'aisselle, à la base du cou, et à la face postéro-interne des cuisses entre les groupes poplités et inguinaux.

Aujourd'hui, les traces de cette hypérémie périnodulaire ne subsistent plus qu'au niveau des régions pectorales sur l'expansion antérieure des groupes axillaires. Là encore, les plaques xanthomateuses, jaunes avec leur centre grisâtre, reposent sur un fond d'un rose violacé, qui donne à cette région un aspect bigarré tout à fait particulier.

Je signale de plus que, maintenant comme au mois de février, on constate une tuméfaction très nette, indolente et assez ferme, de plusieurs ganglions inguinaux, sous-pectoraux et axillaires.

L'état général de L... n'est pas absolument satisfaisant. Son teint est à la fois pâle et d'un jaune clair, tirant un peu sur le jaune-paille. Les traits sont amaigris et tirés. Son sang contient quatre millions trente mille globules, et est de plus très appauvri en hémoglobine, puisqu'il n'en contient que 55 pour 100 de la teneur normale. L'amaigrissement est notable, les plis cutanés sont flasques et faciles à former.

Le pouls est faible et dépressible, et ne donne, au sphygmomètre de Verdin qu'une tension de 650, au lieu de 750, chiffre moyen normal. Et cependant le cœur semble battre assez énergiquement, et le malade présente des palpitations dès qu'il se fatigue un peu. On entend à la base du cœur un souffle systolique aortique qui, de même que les palpitations, me paraît en rapport avec l'anémie que nous révèle l'examen du sang.

J'ajoute que cette anémie ne me paraît pas dépendre seule-

ment du xanthélasma, car l'examen des poumons montre, surtout au sommet droit, des signes manifestes d'induration pulmonaire.

Les urines sont normales; leur quantité par vingt-quatre heures est environ de 1500 grammes; leur densité de 1012; elles sont transparentes, d'un jaune ambré, non sédimenteuses, assez riches en urohématine; leur teneur en urée est, par vingt-quatre heures, de 20 à 22 grammes; elles ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni trace de pigment biliaire.

Tel est l'ensemble des symptômes généraux et locaux que nous constatons chez L..., qu'en pouvons-nous conclure?

Tout d'abord, l'étiologie du processus xanthomateux, ici, comme dans bien des cas, nous échappe complètement. Aucune hérédité directe, aucune hérédité non plus, semble-t-il, d'arthritisme ni de diabète.

Notre malade n'a, lui non plus, ni *diabète* (et nous verrons bientôt l'importance de ce fait), ni *manifestations arthritiques*. Malgré l'ancienneté du début de son affection, *le foie est normal, soit anatomiquement, soit fonctionnellement*. Ses dimensions sont physiologiques; il n'y a pas d'ictère, et je ne crois pas qu'il faille attacher grande importance à l'ictère passager qui s'est montré il y a onze ans, deux ans avant l'apparition du xanthôme. La production quotidienne d'urée est normale, et montre que cette autre grande fonction du foie n'est pas altérée.

Enfin *le pouvoir glycogénique du foie est conservé*; l'épreuve de la glycosurie alimentaire, faite à deux reprises avec 200 et 250 grammes de sirop de sucre, n'a donné que des résultats négatifs.

Nous sommes donc en droit d'affirmer qu'il n'y a pas chez notre sujet d'*insuffisance hépatique*.

En étiologie, pas plus qu'en pathogénie, nous ne pouvons donc conclure.

Mais cette conclusion négative a bien son importance, car on sait quelles connexions on a souvent constatées ou voulu établir entre les lésions du foie (très variables du reste dans leur nature et leur degré) et le xanthôme. De fait, les deux coexistent souvent, sans qu'on puisse encore en formuler une explication univoque. S'agit-il de deux effets d'une même cause générale, l'arthritisme par exemple? Est-ce la lésion hépatique qui engendre la lésion cutanée? Ou la filiation causale est-elle inverse? Nous l'ignorons.

Il faut au moins retenir, du fait qui précède, qu'un xanthôme ancien et largement disséminé peut évoluer sans lésion apparente ni trouble fonctionnel constatable du côté du foie.

Il est encore deux points sur lesquels je voudrais attirer l'attention de la Société.

En constatant l'existence de ces nappes congestives autour des nodules de xanthôme, je me suis demandé *si la lésion ne serait pas auto-inoculable sur le sujet*. J'ai fait, à la face antérieure des deux cuisses, des inoculations pratiquées soit avec le sang des zones rosées hypérémiques, soit avec le sang des plaques jaunes. Le résultat a été négatif.

Je ne sais si pareille recherche a déjà été faite; je n'en ai trouvé aucune mention dans les travaux les plus récents sur le xanthôme. Elle a son importance, car elle ne plaide pas en faveur de la théorie microbienne et infectieuse du xanthélasma.

Il est impossible, en outre, de ne pas saisir une certaine analogie entre le fait que je viens de rapporter et quelques-uns de ceux qui ont été étudiés récemment sous le nom de *xanthôme des diabétiques*.

Bien qu'un exemple de cette curieuse variété fût déjà cité dans le mémoire de Gull et Addison, ce n'est guère qu'avec les travaux récents de Malcolm Morris (1) et de Crocker (1), qu'elle a été définitivement introduite et classée dans la science.

Cette variété de xanthôme survient chez les glycosuriques, procède souvent par poussées successives, peut évoluer rapidement, puis rétrocéder et guérir en quelques mois ou quelques années.

Les éléments éruptifs ont quelque chose de très spécial; d'après la description toute récente et très détaillée qu'en donnent H. Feulard et L. Wickham (2), ils sont « papuleux ou tuberculeux, d'une couleur rouge atténuée, reposant quelquefois sur une base congestive, et surmontés le plus souvent d'un point jaunâtre, d'apparence puriforme, mais aussi solide en réalité que le reste de la production pathologique ». Ils prédominent aux coudes et aux genoux, du côté de l'extension plutôt que de la flexion; la face, le cuir chevelu, la muqueuse buccale, peuvent être envahis, mais les paupières restent constamment indemnes.

Eh bien, chez notre malade, plusieurs de ces particularités peuvent être relevées. Même intégrité, au moins pendant de longues années, des paupières; même prédominance de la dermatose aux coudes et aux genoux, du côté de la flexion il est vrai; même base congestive, très nette il y a quelques mois, encore constatable aujourd'hui sur quelques points; même point grisâtre au centre de certaines plaques xanthomateuses. Dans le cas actuel, par sa régularité d'ordination et de volume, on peut se demander si ce point grisâtre ne correspond pas à des follicules pileux, circonscrits par une sorte de xanthomatose périfolliculaire. Mais c'est là un point à revoir, et que des examens biopsiques permettraient seuls de résoudre.

Enfin, dernière analogie, L... prétend que, depuis quelques mois, son éruption s'atténue et rétrograde en certains points. Or, nous savons que le xanthome vulgaire ne rétrocède pas; que le xanthôme des diabétiques, au contraire, peut aboutir à une guérison spontanée.

Voila donc une série de particularités qui rapprochent notre cas des xanthômes dits diabétiques. Mais notre malade n'a pas de sucre dans les urines, et rien ne permet de supposer qu'il en ait eu ou qu'il doive en avoir; d'autant que l'expérience de la glycosurie alimentaire n'a donné chez lui que des résultats négatifs.

Il est vrai que dans un cas récent, un auteur anglais, Carafy (3) a cru pouvoir considérer comme relevant du diabète un xanthôme survenu chez un sujet non glycosurique, mais dont les urines « auraient contenu » du sucre auparavant.

Nous nous croyons tenu à plus de réserve, d'autant que cette question du xanthôme des diabétiques divise, aujourd'hui encore, les auteurs les plus compétents. C'est ainsi que, dans un travail récent, Thomas Barlow (4) considère le titre de xanthôme comme peu justifié pour le groupe en question de dermatoses diabétiques.

Sans vouloir prendre position dans le débat, je me contenterai de dire que certains xanthômes peuvent ressembler aux xanthômes des diabétiques sans qu'il y ait pour cela de sucre dans les urines.

Je ne fais donc suivre le fait qui précède que de conclusions négatives : non-inoculabilité de la lésion cutanée, intégrité anatomique et fonctionnelle du foie, absence de diabète malgré les apparences assez particulières de l'éruption.

Mais tant que nous n'avons pas de notions pathogéniques plus précises, que la nature intime du processus xanthomateux continue à nous rester inconnue, nous sommes bien

(1) *Pathological Transactions*, 1883, p. 278.

(1) *Diseases of the skin*, 1888, p. 384.
(2) *Dict. Encycl. des sciences médicales*, art. Xanthôme.
(3) *British Journal of Dermat*, janvier 1889, p. 70.
(4) *British Journal of Dermat.*, novembre 1888, p. 3.

forcés de demeurer dans la période des constatations empiriques. C'est pourquoi, malgré toutes ses lacunes, j'ai cru devoir présenter à la Société le fait qui précède.

REVUE DES CONGRÈS

Quatrième Congrès français de chirurgie tenu à Paris du 7 au 12 octobre 1889.

(Suite. — Voyez le numéro 42.)

TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES DES MEMBRES.

La troisième question mise à l'ordre du jour a été formulée avec le libellé le plus compréhensif. Elle s'étend, en effet, aux anévrysmes artério-veineux aussi bien qu'aux anévrysmes artériels spontanés et traumatiques, circonscrits et diffus.

I. Anévrysmes artério-veineux. — Les règles chirurgicales actuelles peuvent se condenser, pour les anévrysmes artério-veineux, en quelques propositions nettes que M. *Trélat* a développées et qui n'ont soulevé aucune contestation, bien au contraire. Quelques mots vont suffire pour résumer le débat, car nous avons déjà mis sous les yeux de nos lecteurs, il y a peu de temps, une clinique de M. Trélat sur ce point.

A l'époque où les opérations les plus simples étaient trop souvent redoutables, on avait reconnu d'autre part que les divers modes de la compression n'aboutissaient souvent à rien dans le traitement des anévrysmes artério-veineux. On avait, de temps à autre, des succès par la méthode de Vanzetti-Nélaton, et quand on échouait on prêchait l'expectation. Aussi insistait-on snr la bénignité de la phlébartérie; on citait avec complaisance la malade sur laquelle Hunter avait fait sa si remarquable divination, et l'on rappelait que seize ans plus tard, abandonnée à elle-même, elle n'était nullement incommodée. On exagérait toutefois. Certes, l'anévrysme artério-veineux est moins brusquement grave que l'anévrysme artériel. Mais Bramann, dans des investigations étendues, n'a pas pu trouver un seul sujet chez qui l'intégrité fonctionnelle fût complète. Un des patients que Roux citait comme preuve en faveur de la non-intervention, a été vu jadis par M. Trélat: il vivait, sans doute, et n'était pas menacé de rupture, mais un bruit de rouet intense l'importunait sans cesse, l'empêchait de dormir s'il n'avait le bras étendu en croix hors du lit, et il était incapable de gagner sa vie. Si donc, avant l'antisepsie, la chirurgie ne se croyait pas en droit de risquer la vie d'un homme pour une lésion gênante, troublante, mais non pas dangereuse, depuis que les interventions sanglantes sont devenues bénignes, les données du problème ont changé et l'on n'est plus désarmé lorsque l'anévrysme a résisté à la compression. Les travaux de MM. Verneuil, Reclus, Championnière, Trélat, nous fournissent une solution précise.

La compression est une bonne méthode pendant les premiers jours. Les relevés de Delbet montrent que presque tous les anévrysmes où elle a réussi étaient jeunes. On traitera donc immédiatement la phlébartérie, et, si l'on est appelé de bonne heure, on aura dans la compression directe un procédé bénin et efficace.

Plus tard, lorsque l'anévrysme est constitué, si le sac est petit, on mettra sans hésiter la tumeur à nu, et, suivant la méthode de Malgaigne, on liera tous les vaisseaux afférents et efférents.

Cette ligature multiple est efficace parce que les petits sacs ne reçoivent ni n'émettent de collatérales. Pour les grands sacs, il en est autrement, parce que ces sacs ne grossissent pas par distension, mais bien par extension. Ils occupent alors une grande étendue des parois vasculaires et ont, dès lors, les collatérales de toute cette étendue. Si on lie les deux bouts artériels et les bouts, en nombre variable, de la ou des grosses veines, on a fait une besogne incomplète: les collatérales font que l'anévrysme persiste. Il faut donc oblitérer ces collatérales, elles aussi. On a cru, parfois, qu'on y parviendrait après avoir incisé la poche, en agissant directement sur les vaisseaux dont on verrait l'embouchure: l'événement a prouvé à MM. Reclus et Verneuil que c'est une illusion. La difficulté de l'hémostase est extrême, et de plus on laisse dans la place un sac peu apte à la réunion immédiate. Il faut, en réalité, disséquer le sac en liant au fur et à mesure les vaisseaux qu'on rencontre; c'est ce qu'a fait M. Trélat avec un plein succès, car, la poche une fois enlevée, il n'y a plus eu qu'une seule ligature à poser sur une artériole insignifiante.

L'incision du sac semble définitivement condamnée. M. Reclus, qui la conseillait il y a quelques années, a nettement déclaré que la preuve lui paraissait faite en faveur de l'extirpation.

II. Anévrysmes artériels circonscrits. — L'accord est moins complet pour les anévrysmes artériels que pour les artério-veineux. Il est cependant un point sur lequel on ne discute plus guère: les méthodes dites de douceur sont condamnées, à l'unanimité, et les arguments contre elles ont été développés surtout par M. *Reclus*. Nous n'y reviendrons pas, car M. Reclus y a consacré ici même, il y a peu de temps, un remarquable article. Tout au plus certains auteurs ont-ils plaidé les circonstances atténuantes. M. *Kirmisson*, d'après trois faits personnels, a mis en relief l'importance causale de la syphilis, de l'alcoolisme, de l'athérome, de l'arthritisme. Dans un anévrysme, la dilatation artérielle n'est pas tout, la coexistence des lésions cardiaques, par exemple, est fréquente. Si donc la méthode sanglante est la méthode de choix, on n'oubliera pas que parfois des lésions diathésiques peuvent être une indication à la compression. Tenez compte aussi de l'âge, insiste M. *Verneuil*, qui cependant est aujourd'hui, en principe, contre les méthodes dites de douceur qu'il vantait autrefois. Mais, si la ligature est presque toujours un acte inoffensif, elle est volontiers grave chez les sujets de soixante-dix, soixante-quinze ans. A preuve un vieil athéromateux que M. *Guillet* (de Caen) a vu succomber, au milieu de phénomènes cérébraux, trois semaines après une ligature de la fémorale. La ligature avait été faite pour un anévrysme qui n'avait pas tardé à récidiver peu après une guérison temporaire, obtenue par la compression indirecte. Peut-être, dit M. Verneuil, la guérison eût-elle été définitive si on eût pris la précaution, qu'il recommande avec insistance, de maintenir au lit pendant assez longtemps les sujets que l'on a soumis à la compression.

La plupart des chirurgiens conseillent même de ne pas tenter d'abord la compression: presque toujours donc on prendra d'emblée le bistouri. Mais deux méthodes sanglantes sont ici en présence: la ligature à distance, par la méthode de Anel-Hunter; l'extirpation du sac.

Plusieurs orateurs se sont prononcés en faveur de la ligature: tels MM. *Reclus*, *Verneuil*, *Dudon* (de Bordeaux). M. Dudon a relaté un succès qu'il lui a dû pour un anévrysme poplité, qui avait résisté à deux applications de la compression par le procédé de Reid. M. Reclus a publié le fait d'un épileptique de huit ans, porteur d'un anévrysme axillo-huméral, probablement traumatique; la ligature au-dessus du sac donna en sept jours une guérison, qui ne s'est pas démentie depuis deux ans. — M. *Vaslin* (d'Angers) extirpe les anévrysmes du membre supérieur, mais traite par la ligature ceux de membre inférieur; il a guéri définitivement de la sorte deux anévrysmes poplités, sur des malades que, depuis plusieurs années, il revoit de temps à autre.

Les partisans de la ligature s'appuient sur son innocuité à peu près absolue depuis l'antisepsie, sur sa grande facilité, sur son efficacité ordinaire. Quant à l'opinion de Delbet, pour qui c'est une opération des plus meurtrières. M. Reclus s'est attaché spécialement à en prouver la fausseté, dans l'article que nous avons précédemment cité.

Mais, et M. Reclus y a insisté, on ne saurait se déclarer partisan exclusif de la ligature, et, par exemple, le mieux semble être d'extirper les sacs volumineux, remplis de caillots abondants. De même nous venons de voir que les déterminations de M. Vaslin dépendent du membre qu'occupe la tumeur.

Les adeptes de l'extirpation — et nous nommerons MM. *Trélat, Peyrot, D. Mollière* — ne contredisent pas aux succès obtenus par la ligature; ils ne se prononcent pas encore définitivement contre elle. Mais c'est dans l'extirpation qu'à leur sens est l'avenir, et ils en publient des exemples heureux.

Dans le traitement des anévrysmes par la ligature, dit le professeur Trélat, il faut envisager deux choses : la ligature en soi, les modifications de la poche anévrysmale. Il est démontré que la ligature aseptique est, en soi, d'une innocuité à peu près absolue. Mais n'a-t-elle pas déjà pour conséquence l'oblitération définitive, et de l'anévrysme, et de tout le bout artériel allant de la ligature à l'anévrysme? Si on agit sur le sac lui-même, c'est à son étendue que sera limitée la portion inutilisée de l'artère, et l'on ne saurait contester que cette condition ne doive être avantageuse pour le fonctionnement ultérieur du membre. C'est peut-être ainsi qu'il faut expliquer une gangrène tardive, vue par M. Ledru (de Clermont-Ferrand) au dire de M. Peyrot, après guérison d'un anévrysme par la ligature. Mais ce n'est pas tout et après la ligature peuvent se passer dans le sac lui-même des phénomènes fâcheux. Les inflammations, les suppurations même peuvent s'en emparer, parfois à longue échéance. Quoi qu'ait l'air d'en penser M. Reclus, on se demande quelle influence peut bien avoir sur les accidents de ce genre, la septicité de la ligature. En réalité, on observe aussi bien ces complications après la ligature aseptique ; on les observe bien à la suite des coagulations par compression. Autre chose encore : parfois la ligature dépasse, pour ainsi dire, le but; le sac se rétracte avec excès, comprimant, étouffant les troncs nerveux auxquels il adhère. De là des troubles trophiques, capables de nécessiter l'amputation. Delbet a attiré l'attention d'une manière toute spéciale sur les faits de ce genre. On se demande ce que peut l'asepsie de la ligature pour prévenir cet accident.

On ne saurait contester la rareté de ces évolutions fâcheuses; de même les échecs simples ne sont pas très fréquents. On conçoit donc que, pour le moment, on se laisse aller à la douceur d'avoir retrouvé dans la ligature aseptique un procédé infiniment supérieur à la compression. Mais d'ici à quelque temps nous deviendrons plus ambitieux. Nous tournerons nos regards non plus vers les malades qui ont bénéficié de la ligature, mais vers ceux, trop nombreux encore, qu'elle a laissés en souffrance. Or ceux-là, ne les eussions-nous pas guéris, si nous avions extirpé la poche? On objecte, sans doute, que l'extirpation est une opération difficile, délicate, qui demande un chirurgien consommé; que les chirurgiens consommés s'y livrent donc sans crainte. Faut-il recommander aux autres de commencer par la ligature, quitte à extirper la tumeur si elle persiste? Mais les suppurations, les rétractions, les troubles trophiques? On n'eût pas amputé si dès le premier jour on eût extirpé. Comme le disait M. Trélat, au sortir de la séance, dans une boutade humoristique : l'idéal serait de réserver l'extirpation aux sacs que la ligature doit faire rétracter, mais cette indication ressemble à celle qu'on donne aux enfants pour prendre un pierrot en lui mettant un grain de sel sur la queue.

III. Anévrysmes diffus. — Pour les anévrysmes diffus, traumatiques ou spontanés, primitifs ou consécutifs, la conduite chirurgicale est aujourd'hui bien réglée. Les hésitations anciennes venaient des difficultés de l'hémostase et des accidents septiques. Or nous sommes en possession de la bande d'Esmarch qui nous permet d'opérer sans précipitation ; de la forcipressure, qui nous met à même de saisir avec facilité les vaisseaux divisés; de l'antisepsie, qui nous ôte toute crainte d'ouvrir une cavité même vaste et anfractueuse. L'indication est donc formelle: après application de la bande d'Esmarch, fendre largement la poche anévrysmale, évacuer tous les caillots, puis saisir avec une pince à forcipressure les vaisseaux dont on voit la lumière béante. Il n'est pas question ici d'extirpation, et nous avouons même n'avoir pas très bien saisi le sens exact d'une observation rapportée par M. *D. Mollière* (de Lyon). Ce chirurgien aurait extirpé avec succès un anévrysme diffus de la cuisse. Or dans une opération de ce genre c'est le sac qu'on enlève; mais n'est-il pas admis, par définition, que l'absence de sac est précisément la caractéristique de l'anévrysme diffus traumatique; que pour l'anévrysme consécutif à la rupture d'un sac préexistant, l'extirpation de ce sac, fragment médiocre de la paroi, ne sera qu'un complément de l'opération? C'est donc d'incision et de ligature de deux bouts qu'il faut parler, et non d'extirpation.

Mais, dit M. *Péan*, pourquoi lier les deux bouts? On n'a qu'à laisser les pinces à demeure, sortant par la plaie suturée. Au bout de quarante-huit à soixante heures on les enlève et la réunion immédiate s'achève sans incident. Il n'y a donc de corps étrangers de la plaie que pendant quarante-huit à soixante heures, et c'est plus favorable que la ligature à la réunion par première intention. De plus, si l'on veut lier le vaisseau saisi, l'opération est plus longue; enfin il faut disséquer une assez grande étendue du bout vasculaire, ce qui détruit les vasa vasorum. Le pincement suffit, et M. Péan veut l'ériger en loi, soit après incision des anévrysmes diffus des membres, quel que soit le segment atteint; soit après extirpation des anévrysmes circonscrits, opération dont M. Péan se déclare partisan.

Cette manière de faire n'est peut-être pas à l'abri de toute objection. Une ligature aseptique est un corps étranger qui ne fait pas parler de lui ; sa pose n'allonge pas beaucoup la plupart des opérations. D'autre part, M. Péan a été le premier à dire que l'on a parfois des hémorraghies secondaires au moment où l'on retire les pinces; si bien qu'il conseille, en pareille occurrence, d'ouvrir et d'examiner à nouveau la poche et de repincer l'artère un peu au-dessus du point primitivement saisi. Mais l'hémorrhagie secondaire n'est-elle pas à peu près toujours évitée par la ligature aseptique (1)?

A. Broca.

(1) A propos de cette discussion, je mentionnerai une observation qui m'est personnelle. En janvier 1884 j'ai été appelé brusquement par mon ami, le docteur Okinczyc, à Luzarches, pour un homme qui avait reçu dans les cuisses et le scrotum un coup de fusil à chevrotines. Il avait été atteint par quatre ou cinq chevrotines, je ne me souviens plus au juste du nombre. Une d'entre elles avait pénétré à la face antérieure de la cuisse, à la jonction du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs, était ressortie en arrière à peu près au même niveau, après avoir traversé les parties molles internes. L'accident avait trois semaines de date. L'hémorrhagie immédiate avait été, paraît-il, abondante, mais la compression en avait eu vite raison, et d'abord tout sembla aller bien. Vers le quinzième jour, une petite tumeur pulsatile fut reconnue à la région fémoro-poplitée; elle s'était manifestée quand le malade commença à se lever. Quelques jours après, la cuisse augmenta brusquement de volume et les signes d'un anévrysme diffus énorme furent évidents. C'est alors que, le lendemain, je fus mandé à la hâte. La cuisse entière était distendue et la plaie antérieure, encore granuleuse, menaçait de se rompre. Je décidai donc d'intervenir immédiatement quoiqu'il fût cinq heures du soir et que je n'eusse pas d'aide médical pour l'opération, car le docteur Okinczyc se mit au chloroforme. J'opérai à la lumière d'une bougie que tenait la femme du blessé, et je fus aidé par un gendarme, qui écarta les lèvres de la plaie avec des cuillers d'étain, pliées à angle droit. C'est dire que, sans conteste, l'antisepsie ne fut pas parfaite. Après application de la bande d'Esmarch, je fis à la région antéro-interne de la cuisse une incision longitudinale de 10 centimètres, ayant son milieu sur la plaie initiale. J'évacuai plus d'un litre de caillots lernoriques, qui s'insinuaient entre tous les plans musculaires, allaient jusqu'à la

Communications diverses.

Procédé de cure radicale de l'exstrophie vésicale. — M. *Segond* constate qu'actuellement il y a deux tendances. Quelques auteurs espèrent qu'il peut rester assez de sphincter pour reconstituer la vessie (procédés de Trendelenburg, de Passavant, de Demme). Ponsson juge ces opérations trop sévèrement : la prudence consiste à réserver son opinion, pour les sujets ayant moins de cinq à six ans. Mais, en tout cas, une fois le sujet arrivé à un âge avancé, les opérations palliatives sont seules de mise. Les procédés autoplastiques créent trop souvent des vessies constamment incrustées de calculs. Malgré Ponsson, cet accident n'est pas négligeable. Aussi, Sonnenburg conseille-t-il d'extirper la surface exstrophiée et de suturer les uretères dans la gouttière pénienne, ou bien de ne réséquer que le haut de la vessie, en conservant le trigone. Malgré Richelot et Berger, le procédé est loin d'être mauvais, et c'est lui qui a donné à M. Segond l'idée du sien. M. Segond, en effet, a commencé son opération en voulant faire l'extirpation. Puis, ayant en main la vessie disséquée, il a eu l'idée de la rabattre en avant et de suturer ses bords à ceux de la gouttière pénienne; le gland, ensuite, a été passé à travers un trou fait au tablier préputial, et ce tablier, dédoublé, a été appliqué sur la face non muqueuse, cruentée, de la vessie rabattue. En trois séances, la réparation a été excellente. Dans les opérations de ce genre, on conçoit que l'urine n'est en contact qu'avec des tissus créés pour subir ce contact : aussi, pas de concrétions calculeuses. Et M. Segond a eu un deuxième succès sur un homme qui, traité à deux ans par l'autoplastie, avait mené jusqu'à l'âge de vingt ans une existence misérable, par le fait de calculs successifs. Cet homme a vécu pendant cinq mois sans refaire un seul calcul, puis, quelque peu ivrogne, il a succombé à une poussée d'une pyélonéphrite qu'il avait contractée à la suite de l'autoplastie.

Cystocèle inguinale. — M. le docteur *O. Guelliot* (de Reims) pense que la cystocèle inguinale est moins rare que ne le supposent les ouvrages classiques. Mais elle est confondue souvent avec la hernie intestinale ou épiploïque, et cette confusion peut persister pendant et après l'opération. Les meilleurs signes diagnostiques sont : les troubles de la miction, la tension du périnée, et, après découverte de la hernie, son siège en dehors de la gaine fibreuse du cordon, son épaisseur, la difficulté de former un pédicule. La cystocèle entraîne souvent des accidents sérieux de cystite et de pyélonéphrite, et des conséquences graves. Il y a donc lieu de la traiter soit par des bandages, soit plutôt par des moyens chirurgicaux, et en particulier par la dissection suivie d'excision et de suture.

Taille hypogastrique pour calculs. — M. *Duchastelet* a extrait par cette voie deux calculs volumineux datant de l'enfance. Au cours de l'opération, il a constaté que la vessie était déviée vers le flanc gauche, et qu'au sommet il y avait un diverticule remarquable.

Rétrécissement de l'urèthre. — M. *Lavaux* conseille une méthode spéciale de divulsion progressive pour les cas où la dilatation simple est reconnue insuffisante.

Néphrorrhaphie. — M. *Tuffier* a observé treize reins flottants; trois fois seulement il a cru devoir opérer, car il ne faut agir que sur les reins mobiles douloureux, et encore faut-il que ces douleurs soient directement liées à la luxation du rein. Pour les cas où les douleurs sont dues à des troubles gastro-intestinaux (et souvent alors il y a de l'entéroptose), il convient d'appliquer une ceinture qui maintienne et le rein et l'intestin. Trois fois donc M. Tuffier a fait la néphrorrhaphie, et il l'a faite suivant les principes auxquels l'expérimentation l'a conduit. Il suture (à travers une incision lombaire) l'extrémité inférieure du rein *décortiqué*, après ablation de la capsule propre du rein. Mais les fils doivent traverser la surface rénale au delà de la région décortiquée, sans quoi le parenchyme, friable, se coupe sous le fil. Il faut se méfier des substances antiseptiques, car la capsule graisseuse, ouverte par l'opération, absorbe avec une grande facilité.

Greffe de l'uretère de la peau du flanc dans un cas d'anurie, par M. *Le Dentu*, sur une femme chez laquelle, après hystérectomie vaginale, la récidive avait comprimé les deux uretères. Pas une goutte d'urine dans la vessie. L'uretère, disséqué, puis sectionné, a été attiré dans la plaie du flanc. La malade, cachectique, est morte au bout de quatorze jours; mais le méat créé à gauche a bien fonctionné. Il n'y a pas eu de pyélite infectieuse, et l'urine est restée acide.

Suture du rein dans la néphrolithotomie. — M. *Le Dentu* fait voir un calcul du bassinet, qu'il a enlevé le 23 février 1889. Il n'y avait pas de pyélite suppurée. Il a fait une suture soignée de l'incision et a obtenu la réunion immédiate du rein. Il l'avait déjà tentée une fois, avec un succès seulement partiel. Dans le cas actuel, M. Le Dentu a fendu la moitié inférieure du bord convexe du rein et non point le bassinet; c'est le meilleur moyen pour éviter tout écoulement d'urine. Le malade était guéri en vingt jours.

Néphrectomie. — M. *Ch. Monod* a communiqué quatre observations de néphrectomie où l'opération a été faite pour des lésions où, en général, la néphrectomie est indiquée. M. Monod accorde ce principe, mais pense que, parfois, la néphrectomie seule peut sauver les malades, même lorsque l'autre rein est peut-être atteint. Le premier malade avait eu un phlegmon périnéphrique, avec désorganisation profonde du rein : il a guéri sans encombre et depuis se porte à merveille. La seconde a succombé en sept jours : il est probable que l'autre rein était tuberculeux, comme celui qui a été enlevé. Morte encore, au quatrième jour, une femme opérée pour lithiase rénale, quoique l'autre rein ne présentât qu'un peu de néphrite interstitielle; M. Monod avait résolu de faire la néphrotomie, qu'il a reconnue insuffisante au cours de l'opération. Mais, si ce décès a été une surprise désagréable, le succès suivant fait une sorte de compensation. Après deux ans de tergiversation, M. Monod s'est décidé à extirper une tumeur certainement bénigne du côté droit : il est tombé sur un gros rein polykystique, et dès lors il porta un pronostic des plus sombres, car, jusqu'à présent, d'après les relevés de Lejars, toutes les interventions de ce genre ont été mortelles. La malade a cependant guéri, après quelques incident.

M. *Desnos*. Opération faite pour une pyélonéphrite développée à droite, en conséquence d'une inflammation périutérine. La malade a guéri, mais avec une fistule qui, deux mois après, donnait issue à de l'urine au moment de la miction. La région périrénale était à ce moment transformée en une cavité pleine de fongosités. Ces fongosités furent grattées, et la fistule guérit. En principe, dans les cas de ce genre, la bilatéralité fréquente des lésions fait que la néphrectomie est préférable; mais ici le cathétérisme de l'uretère gauche avait démontré que, de ce côté, l'urine était normale. La fistule ne peut s'expliquer que par une perméabilité assez remarquable de l'uretère.

Entérorrhaphie. — M. *Chaput* publie quelques nouveaux procédés intéressants. Les deux premiers sont spécialement applicables à la cure de l'anus contre nature.

« 1° Le premier procédé, extrapéritonéal, consiste à sectionner d'abord l'éperon avec un entérotome quelconque. Pour obtenir ensuite l'oblitération du cylindre bi-intestinal, j'abrase, avec la curette tranchante, la muqueuse sur une hauteur de 1 centimètre environ et sur toute la circonférence du cylindre. Ce dernier est ensuite disséqué et isolé de la paroi abdominale sur une étendue de 2 centimètres environ, sans ouvrir le péritoine autant que possible. Je réunis alors les surfaces avivées par des points séparés très serrés. Il ne reste plus qu'à suturer à part la paroi abdominale. Ce procédé mérite le nom de suture par abrasion et application.

« J'ai obtenu de bons résultats avec la ligature en masse du cylindre bi-intestinal avec ou sans abrasion de la muqueuse; mais ce procédé a l'inconvénient de ne pas assez ménager l'étoffe; en outre, lorsqu'on n'a pas la précaution d'abraser la muqueuse, il se produit une fistule plus ou moins longue à guérir.

« 2° Lorsqu'on est décidé à ouvrir le péritoine pour la cure de l'anus contre nature, le procédé le plus avantageux dans l'espèce

face interne du fémur; la poche se prolongeait dans le creux poplité. Je pus voir alors que l'artère était complètement sectionnée, juste au-dessous de son entrée dans le canal de Hunter. Je débridai l'aponévrose du grand adducteur; je saisis chaque bout vasculaire dans une pince à forcipressure et je liai à la soie phéniquée. Je n'ai pas vu la veine et n'ai pas agi sur elle. Le tube élastique une fois enlevé, je liai quelques artérioles et après quelques minutes d'attente, je constatai que l'hémostase était parfaite. Conscient des défectuosités de mon antisepsie, je ne réunis que la moitié supérieure de la plaie, saupoudrée d'iodoforme, tamponnée à la gaze phéniquée et munie, en bas, d'un gros drain se dirigeant vers le creux poplité. Le pansement fut assez fortement compressif. Je n'ai pas revu le malade les jours suivants, mais M. Okinczyc m'a dit que la suppuration a été légère; que les pansements ont été rares; qu'il n'y a eu aucun accident et qu'en deux mois la guérison était complète. En tous cas depuis cette époque je rencontre de temps à autre mon opéré pendant les vacances; il marche comme si de rien n'était et porte au besoin de lourds fardeaux. A. B.

est l'*entérorrhaphie longitudinale*, qui ne nécessite pas de résection et qui présente de grands avantages.

« Elle consiste à inciser longitudinalement les deux bouts de l'intestin sur une hauteur de 6 à 10 centimètres; on suture ensuite, par des points séparés, les lèvres correspondantes des deux incisions, de façon à établir une anastomose entre les deux anses.

« Pour oblitérer l'extrémité du cylindre bi-intestinal, on abrase la muqueuse et on applique l'une à l'autre les surfaces avivées, comme dans le procédé précédent. Un lambeau d'épiploon est ensuite fixé à la surface des lignes de suture.

« 3° Le troisième procédé, d'une application générale, est une *entérorrhaphie circulaire par abrasion et application*. Je l'exécute de la façon suivante : sur chaque bout de l'intestin, j'abrase la muqueuse sur la hauteur de 1 centimètre et sur toute la circonférence, je renverse ensuite en dehors les bords que je viens de gratter et je les applique l'un contre l'autre de manière à opposer les surfaces avivées. On suture à points séparés très serrés et on fixe par quelques points une bande d'épiploon à la surface de la ligne de suture. »

Microbiologie de la hernie étranglée, par M. *Clado*. — En 1861, Verneuil a émis l'idée que la sérosité des hernies étranglées était toxique; en 1867, Nepveu y trouva des micrococques. A l'instigation de M. Verneuil, M. Clado a repris ces recherches, et il a trouvé une bactérie spécialo dans le sac, dans les glandes de l'intestin étranglé, dans les ganglions, dans la rate, dans le sang. Inoculée en série, cette bactérie cause rapidement la mort des animaux. On peut dès lors interpréter les faits où l'étranglement herniaire cause la mort sans qu'une lésion locale suffisante en rende compte; on comprend aussi comment se créent les congestions viscérales à distance, sur lesquelles M. Verneuil insiste depuis longtemps.

Laparatomie pour étranglement interne. — M. *Duret* (de Lille) pense qu'une des causes fréquentes d'échec est le défaut d'antisepsie intestinale. M. Duret, ayant fait une laparatomie et levé l'étranglement, constata que l'état restait grave, que les vomissements persistaient; il fit alors le lavage de l'estomac, évacua un liquide fétide, et, à partir de ce moment, la guérison fut rapide. M. Duret pense donc que l'infection d'origine intestinale est une des causes principales de la mort, que l'on ait ou non fait la laparatomie. Au reste, le lavage de l'estomac est aussi fort utile pendant la laparatomie, car il diminue beaucoup le ballonnement.

Traitement du prolapsus du rectum, par M. *Schwartz*. — L'auteur ne s'occupe que de la chute complète, avec invagination, chute facilement réductible, mais récidivant à chaque instant. Il a observé un cas de ce genre, fort douloureux, sur un aliéné épileptique. Le prolapsus s'accompagnait d'hydrocèle. De là une contre-indication à la résection de la masse prolabée. Le sphincter était d'une laxité excessive; de plus, il était facile de constater que la paroi antérieure tombait toujours la première. C'est sur ces deux éléments que M. Schwartz résolut d'agir. Il fit donc six grandes raies de feu longitudinales sur la masse herniée; puis il pratiqua la réduction, et termina par une périnéorrhaphie en règle, rétrécissant la partie antérieure de l'anus; l'avivement alla jusqu'au sphincter. Aujourd'hui, neuf mois après l'opération, l'état est excellent, et le prolapsus ne se produit plus. En outre, l'épilepsie a été considérablement améliorée, comme d'ailleurs M. Féré l'avait espéré à l'avance. Duret (de Lille) a mis en œuvre, l'an dernier, un procédé analogue.

Diverticule du rectum, opération. — M. *Terrier* a observé une dilatation sacciforme de l'extrémité inférieure du rectum. Il l'a extirpée par l'extérieur, et, malgré la septicité de la région, il a obtenu la réunion immédiate complète. L'observation concerne un homme assez âgé, qui présentait de la gêne de la défécation. Il y avait une légère saillie latérale de la région anale. Le toucher démontrait l'existence du diverticule. Le malade a été préparé par le régime lacté et par l'administration du naphtol à l'intérieur. Après guérison, les tissus intermédiaires à la cicatrice muqueuse et à la cicatrice cutanée sont tout à fait souples. M. Terrier a fait quelques recherches sur ce point. En 1836, Physik (de Philadelphie) a publié un long article sur les diverticules du rectum : il les compare aux hémorrhoïdes. Depuis, Gross père (de Philadelphie) a fait voir que ces diverticules sont simplement les valvules normales décrites dans le rectum. Dans le traité de Cruveilhier, on trouve une description importante des hernies tuniquaires de l'intestin : ici, il s'agit sûrement d'une disposition pathologique. Depuis, rien de net dans les traités de D. Mollière, Curling, Allingham. Donc, deux variétés : l'une est une disposition normale, et ces diverticules sont bas situés; l'autre est une hernie tuniquaire, et de cette variété M. Terrier n'a pas trouvé, à cette place, d'observation semblable. Opératoirement, il faut noter la possibilité de la réunion immédiate de la paroi rectale.

De l'accès aux organes pelviens par la voie sacrée. — M. *Pozzi* rappelle que M. le professeur Verneuil d'abord a indiqué la possibilité de se donner du jour du côté du rectum en enlevant le coccyx. Kraske, récemment, a été plus loin et a enlevé la partie inférieure du sacrum. M. Pozzi, ayant à traiter un rétrécissement cancéreux du rectum, situé à la limite extrême du doigt, chez une femme de soixante-huit ans, a pratiqué la rectotomie linéaire au bistouri après résection du coccyx et de la dernière vertèbre sacrée, qui seule a permis de dépasser le rétrécissement. Il a ensuite enlevé la tumeur latérale, rétrécissant le rectum, après avoir passé derrière elle une série de sutures en chaîne. L'opération a été terminée par la suture de la muqueuse rectale à la peau, et la création d'une large ouverture anale en forme de vulve, remontant jusqu'à la brèche faite dans le sacrum, et cachée dans la rainure interfessière. Guérison par première intention. L'opération a été faite il y a trois mois. Pas de récidive. La constipation empêche actuellement l'incontinence. La largeur de la voie nouvelle créée permettra la défécation en cas de récidive. Il y a là une extension de la rectotomie linéaire du professeur Verneuil.

Fistule biliaire et cholécystectomie, par M. *Michaux*. — L'auteur a été consulté par une femme qui présentait une fistule biliaire rebelle depuis six ans aux traitements les plus divers. Il n'y avait pas d'écoulement de bile, mais un écoulement séro-purulent fort sérieux. Après des essais divers, M. Michaux prit le bistouri et fit une laparatomie qu'il pensait à l'avance terminer par une cholécystectomie, car le cholédoque n'était certainement pas obstrué. C'est ce qu'il fit. La vésicule, assez petite, contenait deux calculs. Le résultat est très bon. Les recherches de M. Michaux dans la littérature lui font conclure que la cholécystectomie, en somme, vaut souvent mieux que la cholécystotomie. M. Michaux n'a trouvé que deux cholécystectomies pratiquées pour fistule biliaire, et la sienne est la première faite en France.

Lipome du sein chez l'homme, par M. *Queirel* (de Marseille). — Les lipomes du sein sont rares, et quelques-unes des observations attribuées à A. Cooper, Velpeau, ne sont pas probantes. Au total, chez la femme, M. Queirel ne connaît que trois faits; chez l'homme, il n'en connaît pas un seul. Aussi publie-t-il une observation où il a fait le diagnostic.

Résection thoracique et névrectomie intercostale.— M. *Leprévost* (du Havre) a observé une femme qui souffrait depuis longtemps d'une névralgie intercostale rebelle, ayant pour point de départ le bord cartilagineux du thorax à gauche. En ce point il y avait une déformation, mais non pas une tumeur. Ces névralgies avaient résisté à toutes les médications : aussi M. Leprévost s'est-il décidé à réséquer la partie déformée, c'est-à-dire les cartilages du bord inférieur du thorax. Les parties correspondantes des septième et huitième nerfs intercostaux furent réséqués. Guérison opératoire rapide. Depuis deux mois les douleurs n'ont pas reparu. Mais M. Leprévost est le premier à penser que, puisque les cartilages étaient déformés, mais non malades, il aurait mieux valu se borner à une névrectomie simple. M. Leprévost entre dans des considérations anatomiques sur les sixième, septième, huitième et neuvième nerfs intercostaux et sur leur névrectomie. Il est prouvé, en effet, que ces nerfs sont ceux que la névralgie occupe le plus souvent.

Résection du nerf maxillaire supérieur et du ganglion de Meckel par le procédé de Lossen-Braun, par M. *Paul Segond*. — Cette opération n'a pas encore été pratiquée dans notre pays. M. Paul Segond lui doit trois beaux succès, dont il donne la relation. Il s'est efforcé de bien régler les divers temps du manuel opératoire, et, pour lui, ce procédé doit être désormais considéré comme le procédé de choix dans le traitement chirurgical des névralgies du nerf maxillaire supérieur. M. Paul Segond insiste d'abord sur la bénignité des suites opératoires, puis, rappelant en peu de mots les opérations variées qui ont été proposées et pratiquées pour sectionner le nerf maxillaire sur

les divers points de son trajet, depuis le trou grand rond jusqu'au trou sous-orbitaire, il montre comment la résection totale du nerf, après section au ras du trou grand rond, est en définitive l'intervention qui réalise le mieux toutes les conditions voulues pour éviter le retour des douleurs.

M. Segond décrit avec soin les règles opératoires auxquelles il faut se conformer pour donner à l'intervention les meilleures garanties de précision et de sécurité.

L'opération comprend cinq temps : 1° l'incision des téguments; 2° la résection temporaire de l'arc zygomato-malaire qui est scié à sa partie antérieure, fracturé à son extrémité postérieure, et rabattu en arrière avec le masséter; 3° la mise à découvert de la fente ptérygo-maxillaire; 4° la recherche du nerf, sa résection à ras du trou grand rond et son arrachement total par le trou sous-orbitaire; 5° la remise en place des parties divisées, la suture et le pansement.

La section de l'os malaire doit être très oblique et aussi antérieure que possible. De la sorte, on obtient une large surface de section précieuse pour la coaptation ultérieure des fragments, et, de plus, on réduit à son minimum la saillie de l'os malaire, saillie toujours gênante, car elle forme, avec l'apophyse coronoïde, deux promontoires qui défendent l'accès de la fente ptérygo-maxillaire. Pour la recherche du nerf et du ganglion, on a dit à tort qu'il fallait d'abord les reconnaître à la partie supérieure de la fente. En fait, lorsque la rainure ptérygo-maxillaire est mise à nu par le décollement d'un muscle temporal, il est impossible de rien voir, et c'est à l'aide d'un crochet à strabisme manié suivant certaines règles particulières, qu'il faut aller déloger et charger le nerf. Les hémorrhagies qui ont été signalées au moment de la section du nerf sont exceptionnelles et faciles à maîtriser. — Quant à la nécessité d'obtenir la réunion par première intention, elle présente ici une évidence particulière. C'est, en effet, le seul moyen d'obtenir une cicatrice cutanée convenable, d'assurer l'intégrité des mouvements de la mâchoire, et d'éviter la formation d'un tissu cicatriciel rétractile susceptible d'occasionner une récidive par compression des extrémités nerveuses. Il faut rechercher la réunion sans drainage, et il est peu d'opérations réalisant mieux les deux conditions fondamentales de sa réussite : asepsie du foyer opératoire, possibilité d'obtenir et de maintenir la coaptation parfaite des parties diverses à l'aide du pansement compressif.

M. *Mollière* a pratiqué déjà trois extirpations du ganglion de Meckel; il a obtenu une guérison définitive et deux récidives très supportables. Il l'aborde après incision du vestibule buccal, par trépanation du sinus maxillaire, le long du nerf sous-orbitaire, dont le canal est ouvert par la paroi inférieure. M. Mollière affirme qu'il a détruit le ganglion, car il a observé des phénomènes nerveux que cette destruction seule peut expliquer.

TRÉPANATION POUR ÉPILEPSIE JACKSONIENNE. — M. *R. Larger* (de Maisons-Laffite) a observé un épileptique chez qui l'aura partait du pied. Malgré les dénégations du malade, M. Larger diagnostiqua une lésion traumatique, et, d'ailleurs, le patient a fini par s'en souvenir. Trépanation sur la partie supérieure de la zone rolandique. L'os était très épaissi, condensé, adhérent à la dure-mère. M. Larger pensa que cette lésion osseuse suffisait à causer les accidents. Il s'en est donc tenu là, et le malade a, en effet, été très amélioré. Il n'est cependant pas entièrement guéri.

NATURE DU CORYZA CASÉEUX, par M. *Bories* (de Montauban). — Duplay a décrit cette maladie, très mal connue, où les fosses nasales sont remplies d'une matière analogue à du mastic. Les théories données sont multiples. Pour M. Bories, il s'agit de la nécrobiose de masses polypeuses des fosses nasales. La coïncidence des polypes a, en effet, été signalée dans la majorité des observations. Or M. Bories (comme M. Périer) a trouvé, dans ce magma, des fibres conjonctives. D'autre part, il a enlevé depuis deux polypes qui commençaient à subir la dégénérescence caséeuse. Cette nécrobiose est due à des oblitérations vasculaires; ailleurs, elle relève de la compression, et les polypes voisins des orifices échappent à la nécrobiose.

M. *Cozzolino* (de Naples) n'a rencontré que trois cas de cette rhinite, très rare, mais réelle, qu'il appelle rhinite cholestéomateuse. Il conteste l'opinion de M. Bories, et pense que la rhinite caséeuse a une existence propre, et n'est pas un processus secondaire. La cause est un microbe, que M. Cozzolino commence à cultiver.

TROUBLES DE LA PAROLE DANS LES DIVISIONS CONGÉNITALES DU PALAIS. — M. *Chervin* rappelle que les opérations plastiques, fort préférables à tous points de vue à la prothèse, ne rétablissent pas la phonation correcte. Elles servent seulement à permettre l'éducation ultérieure. Mais le nasillement tient à une largeur exagérée du canal naso-pharyngien. Aussi l'éducateur le plus habile ne réussira-t-il pas à le faire complètement disparaître.

RÉTRÉCISSEMENTS DE L'ŒSOPHAGE. — M. *Fort* se croit autorisé à poser les conclusions suivantes :

1° Le traitement chirurgical qui paraît donner les meilleurs résultats dans les rétrécissements de l'œsophage consiste dans la combinaison de l'électrolyse linéaire et de la dilatation.

2° L'opération ne doit pas être faite en une seule fois, mais en trois ou quatre séances.

3° Le traitement peut être curatif dans les rétrécissements œsophagiens fibreux.

4° Ce traitement produit une amélioration très notable dans les rétrécissements œsophagiens organiques. En permettant aux malades de s'alimenter, il prolonge leur existence.

LARYNGECTOMIE POUR CANCER. — M. *Demons* présente un malade dont il a publié l'observation au Congrès, l'an dernier. L'opéré est en excellent état, respire à l'aide d'une canule, et se fait comprendre, sans prothèse, par un chuchotement intelligible. L'opération date aujourd'hui de deux ans et quatre mois.

UNE VARIÉTÉ D'ADÉNOPATHIE PSEUDO-TUBERCULEUSE DU COU. — M. *Ricard* constate qu'actuellement, en dehors du lymphadénome, on tend à considérer comme tuberculeuses toutes les adénopathies chroniques. Mais l'hypertrophie simple existe. En clinique, on la reconnaît au petit nombre de ganglions, à l'absence d'égrènement de petits foyers, à l'absence d'adénopathies dans d'autres régions; au siège sus-hyoïdien à peu près constant; à l'évolution bénigne, sans suppuration, et cela pendant des années. Ces ganglions une fois enlevés, on n'y voit ni à l'œil nu, ni au microscope, ni à l'inoculation expérimentale, les caractères de la tuberculose. C'est peut-être une adénite chronique à point de départ buccal.

M. *Larrey* rappelle ses recherches, anciennes déjà, sur ces adénopathies, d'origine mécanique, dues au froissement du col militaire. L'ancien col a été modifié, et, depuis cette époque, les adénopathies ont diminué.

Sir Thomas Longmore confirme ces faits, qu'il a observés dans l'armée anglaise.

KYSTE MULTILOCULAIRE DU COU, par M. *Buffet* (d'Elbeuf). — Tumeur observée sur une femme adulte et traitée avec succès par l'extirpation.

ABCÈS DU MÉDIASTIN ANTÉRIEUR VENANT FAIRE SAILLIE SUR LA PAROI LATÉRALE DU COU. — M. le docteur *Bousquet* (de Clermont-Ferrand) a observé un cultivateur vigoureux, sans aucune tare appréciable, qui vit une tumeur se former sur la partie latérale du cou (côté droit), en arrière du sterno-mastoïdien; une incision faite comme pour la ligature de la vertébrale permit de faire descendre dans la cavité du médiastin deux gros tubes à drainage accouplés en siphon. La suppuration dura deux ans, et le malade se rétablit parfaitement. Se basant sur la longue durée du traitement et sur l'examen des observations qu'il a pu recueillir, l'auteur conclut qu'en pareille circonstance il y aurait intérêt à trépaner le sternum pour permettre au pus un écoulement par la partie la plus déclive de l'abcès. C'est, du reste, par cette voie que la nature donne issue au pus toutes les fois que ces abcès sont abandonnés à eux-mêmes. Sur 14 observations réunies par l'auteur, dix fois les choses se passèrent ainsi (7 guérisons et 3 morts).

DES LARGES INCISIONS CIRCUMTHYROÏDIENNES DANS LE CANCER DU CORPS THYROÏDE, par M. *Poncet* (de Lyon). — Un élève de M. Poncet, M. Orcel, conclut, dans sa thèse, que le plus souvent l'ablation complète est impossible. Le traitement de choix est malheureusement le traitement palliatif. La trachéotomie a souvent cherché à parer à la dyspnée; mais ses effets sont trop souvent passagers. Aussi M. Poncet conseille-t-il de débrider largement toutes les parties molles circumthyroïdiennes; puis il suture la peau seule. Le néoplasme, plus à l'aise, cesse de causer des accidents graves de compression. Une observation avec amélioration notable.

GOITRE KYSTIQUE DOUBLE RÉTRO-STERNAL SUFFOCANT, par M. *Boutaresco* (de Braïla). — Deux tumeurs situées : l'une dans la région sus-claviculaire droite; l'autre à la région antérieure du cou, cette dernière s'avançant de 10 centimètres dans le mé-

diastin. Extirpation en deux séances différentes; guérison complète sans accidents tardifs.

TARSECTOMIE TOTALE POUR OSTÉO-ARTHRITE SUPPURÉE TRAUMATIQUE, par M. *Boutaresco*. — Plaie pénétrante de l'articulation tibio-péronéo-tarsienne droite et carie consécutive des os. Tarsectomie totale (extraction de l'astragale, du calcanéum, du cuboïde et scaphoïde) avec la résection des extrémités tibio-péronières; guérison; reconstitution du pied et de ses fonctions à peu près intégralement et pouvant servir même sans appareil orthopédique.

OSTÉO-ARTHRITE SCAPULO-HUMÉRALE, par M. *Boutaresco*. — Probablement de nature tuberculeuse. Résection, enlevant 8 centimètres de l'humérus avec l'ablation de la cavité glénoïde; guérison, régénération de l'os et reconstitution parfaite de l'articulation et de ses fonctions.

OSTÉOTOMIE TROCHLÉIFORME DU COUDE PAR ANKYLOSE, par M. *Defontaine*. — L'observation de ce malade a été publiée à la Société de chirurgie, et tout le monde a reconnu qu'il y a une néarthrose. Or l'an dernier, M. Duzéa a prétendu avoir des renseignements sur le malade, chez lequel l'ankylose serait en voie de récidive, et, ajoutait-il, avec une pratique semblable, ce résultat est constant. M. Defontaine présente donc son opéré, dont le coude, depuis plus de trois ans, est encore mobile et très vigoureux. Une seconde opération date de janvier 1889; les mouvements sont beaucoup moins bons dans le cas précédent, mais il y en a. M. Defontaine croit n'avoir pas donné assez de jeu aux os; d'autre part, il y a eu de la suppuration et même un peu de nécrose. Le malade est âgé de seize ans. L'exclusion à priori de cette méthode est donc exagérée. M. *Ollier* reconnaît que le résultat du malade présenté est excellent. Mais il pense que, lorsque la fusion osseuse est réellement absolue, l'ostéotomie trochléiforme doit donner de mauvais résultats. Une exception ne saurait infirmer cette règle basée sur l'anatomie et la physiologie pathologique. M. *Duzéa* a lu ensuite un mémoire où il développe, comme l'an dernier, les idées du maître lyonnais.

OSTÉOCLASIE POUR GENU-VALGUM. — M. *Robin* (de Lyon) a opéré avec son appareil un adolescent qui a succombé, au bout de dix-huit jours, à une néphrite méconnue. L'autopsie a démontré que le foyer de fracture était bien consolidé, sans virole interne ni virole externe. Et même l'examen histologique semble démontrer qu'il y a eu réunion par première intention, car on n'observe aucun des phénomènes classiquement décrits dans la formation du cal des fratures sous-cutanées. Au reste, M. Robin pense qu'avec son appareil il produit à vrai dire une inflexion osseuse. La pièce actuelle démontre que le périoste n'a pas été rompu. En général, les malades marchent au vingt-cinquième jour, et quelquefois plus tôt.

OSTÉITE DE LA CLAVICULE. — M. *Sabatier* (de Lyon) distingue, dans les nécroses, l'enclavement de séquestre dans les parties molles périphériques et l'incarcération dans l'os. Or souvent on se borne à attaquer la masse osseuse, et il n'est pas rare qu'on laisse les séquestres égarés dans les parties molles, d'où une persistance des fistules. M. Sabatier en a recueilli deux observations, concernant toutes deux une ostéite séquestrale diaphysaire de la clavicule. Ces séquestres s'enclavent dans la loge sous-claviculaire, entre l'aponévrose clavi-pectorale et le premier espace intercostal.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 14 OCTOBRE 1889.

SUR LE TRANSFORMISME EN MICROBIOLOGIE PATHOGÈNE. DES LIMITES, DES CONDITIONS ET DES CONSÉQUENCES DE LA VARIABILITÉ DU « BACILLUS ANTHRACIS ». RECHERCHES SUR LA VARIABILITÉ ASCENDANTE OU RECONSTITUANTE, par M. *A. Chauveau*. — A la suite d'une série d'expériences du plus haut intérêt et sur lesquelles nous aurons sans doute à revenir, M. Chauveau est arrivé aux conclusions suivantes:

« En tenant compte seulement des faits largement contrôlés, permettant de vérifier la fixité des races nouvelles créées par la mise en jeu de la variabilité du *Bacillus anthracis*, on constate qu'il a été possible d'obtenir trois types différents, dont les propriétés respectives semblent définitivement acquises à chacun d'eux:

« 1° Le bacille amené au bas de l'échelle de la variation descendante, type sans virulence aucune, conservant pourtant de très solides propriétés vaccinales;

« 2° Le bacille, partiellement revivifié, par la variation ascendante, et redevenu capable de tuer le cochon d'Inde adulte, même le lapin, d'autre part inoffensif à l'égard des ruminants et des solipèdes, et néanmoins pour eux énergiquement vaccinal;

« 3° Enfin le bacille, dont la revivification a été rendue complète, c'est-à-dire poussée au point de restituer à l'agent infectieux sa léthalité à l'égard du mouton: type qui, selon toute probabilité, n'est apte à produire, sur le bœuf et le cheval, que l'infection vaccinante.

« Ces trois types sont intéressants à divers points de vue: le dernier surtout, parce qu'il démontre la réintégration du virus dans ses propriétés virulentes primitives, après qu'il en a été dépouillé par la mise en œuvre de la variabilité descendante; les deux autres, parce qu'ils représentent des agents vaccinaux fixés dans leur innocuité, à un degré inconnu jusqu'ici, tout en possédant une aptitude élevée à la création de l'immunité. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 22 OCTOBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY, ANCIEN PRÉSIDENT.

M. le docteur *Barthès* envoie un *Manuel d'hygiène scolaire* pour le concours du Prix Vernois en 1890.

M. *Cornil* présente, au nom de MM. les docteurs *Babes* et *Marienesco*, un mémoire manuscrit intitulé: *Recherches sur la pathologie des terminaisons nerveuses des muscles*. — (Commission: MM. *Charcot*, *Ranvier* et *Cornil*.)

THALLINE. — A propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Albert Robin, M. *Brouardel* rappelle qu'il a communiqué, avec M. le docteur *Loye*, le 14 février 1885, à la Société de biologie, des recherches sur l'action physiologique de la thalline, dont les conclusions sont semblables à celles de M. Albert Robin; de plus, ils ont été les premiers à mettre les médecins en garde contre l'usage des sels de thalline (1).

CONCOURS VULFRANC GERDY. — L'Académie de médecine a mis au concours, pour l'année 1889, deux places de stagiaire aux eaux minérales. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Académie, 49, rue des Saints-Pères. La liste d'inscription sera close le 1er décembre 1889.

DÉCÈS DE M. RICORD. — M. le Président informe l'Académie du décès de M. Ricord et, après avoir rendu hommage à sa mémoire, lève la séance en signe de deuil, M. Ricord ayant présidé la Compagnie en 1868.

Société de chirurgie.

La séance du 2 octobre a été levée en signe de deuil, à l'occasion de la mort de M. Maurice Perrin.

La séance du 9 octobre a été remise au 16, en raison du Congrès de chirurgie.

(1) La *Gazette hebdomadaire* n'avait pas attendu cette communication pour signaler, à l'occasion du travail de M. A. Robin, les importantes recherches de MM. Brouardel et Loye (p. 669).

SÉANCE DU 16 OCTOBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. LE DENTU.

Traitement des anévrysmes : MM. Ehrmann (de Mulhouse), Reclus, Després, Peyrot. — Périarthrite du genou : MM. Terrillon, Nicaise, Després, Tillaux, Terrier. — Fractures bimalléolaire anciennes : MM. Chauvel, Schwartz, Tillaux.

M. *Ehrmann* (de Mulhouse) communique une observation d'anévrysme poplité guéri par la méthode de Reid. Mais il a fallu plusieurs séances de compression digitale; dans les premiers jours il y a eu des accidents graves d'embolie pulmonaire, enfin le sac a commencé à s'enflammer et le malade a souffert de troubles trophiques qui s'améliorent, mais persistent encore, au bout de trois ans. M. Ehrmann croit que la compression par le tube en caoutchouc doit être incriminée. M. *Peyrot* rappelle que d'ailleurs les anévrysmes provoquent, sans traitement aucun, des troubles nerveux assez fréquents. M. *Reclus* insiste sur les méfaits fréquents des méthodes dites de douceur et croit que dans l'espèce les accidents inflammatoires sont la cause du mal. (Voyez la discussion du Congrès de chirurgie.)

— M. *Terrillon* fait une communication sur une variété rare de *périarthrite du genou.* Cette affection, décrite par Gosselin (*Arch. gén. de méd.*, 1873), par Trendelenburg (mémoire analysé dans les *Archives de méd.*, 1877), par Spillmann dans l'article Genou du *Dictionnaire encyclopédique*, est caractérisée par une inflammation de la bourse séreuse située derrière le tendon du triceps (qu'il est classique, en France, d'appeler tendon rotulien, a fait observer M. *Tillaux*). Déjà dans l'extension, les côtés de ce tendon bombent un peu: la tuméfaction devient évidente dans la flexion et on sent cette masse tendue, dépressible, mais non réductible, sur laquelle la main perçoit une légère hyperthermie. La flexion est un peu gênée, la marche devient aisément douloureuse; il y a quelquefois un peu de contracture des fléchisseurs, enfin M. Terrillon a vu deux fois l'atrophie du triceps, quoiqu'il n'y eût pas d'arthrite. De là donc quelques réserves dans le pronostic, d'autant plus que la maladie est volontiers chronique et rebelle. Les causes restent parfois inconnues; mais souvent la maladie a été provoquée par une chute sur le genou. Les sujets sont presque tous jeunes (de quinze à vingt-cinq ans) et rhumatisants. M. Terrillon ajoute l'histoire d'un garçon de seize ans, qui, à la suite d'une chute, a eu un hématome de cette bourse séreuse. Le traitement, comme celui des périarthrites, est constitué par la mobilisation et le massage.

M. *Nicaise* ne croit pas qu'il faille individualiser cette périarthrite. Il y a à la fois inflammation et de la bourse séreuse et du paquet adipeux sous-synovial (ce qui, malgré Lancereaux, n'est pas caractéristique de la syphilis), et cet état est vulgaire dans les arthrites du genou, dont il est souvent un reliquat. MM. *Tillaux* et *Terrier* partagent cet avis.

M. *Després* parle à ce propos des ostéites de croissance de la tubérosité antérieure du tibia. Ce qui n'a rien à voir avec cette lésion, non osseuse, répond M. *Terrillon.* M. Terrillon a adopté le nom de périarthrite, parce que c'est celui qu'on emploie pour désigner en d'autres régions les inflammations des bourses séreuses périarticulaires.

— M. *Chauvel* présente un officier rendu infirme par une *fracture malléolaire* vicieusement consolidée. MM. *Tillaux* et *Terrier* conseillent une arthrotomie qu'on terminera au besoin par une résection.

— M. *Schwartz* présente un malade auquel il a suturé, à l'avant-bras, le tendon fléchisseur de l'index, en prenant point d'appui sur un collier de catgut serré autour des bouts tendineux très dilacérés. Le résultat est excellent. Mais M. *Tillaux* fait observer que la cicatrice cutanée bouge pendant les mouvements du doigt, ce qui prouve que les bouts tendineux ne se sont pas soudés directement, mais par l'intermédiaire de la face profonde de la plaie. Ce mode de restauration est le plus fréquent: M. Tillaux croyait même autrefois qu'il était le seul possible.

A. Broca.

Société de biologie.

SÉANCE DU 12 OCTOBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD, PRÉSIDENT.

De la nutrition chez les tuberculeux : M. Quinquaud. — Artérite d'origine infectieuse : M. Gilbert. — Présentation d'ouvrage : M. Beaunis. — Du menthol dans la phthisie laryngée : M Lamy, — Importance de la netteté des images rétiniennes pour la vision binoculaire : M. Kalt. — Changements dans le muscle après la mort : M. Brown-Séquard. — Quelques effets de la section des nerfs vagues au-dessous du diaphragme : M. Arthaud et Butte.

M. *Quinquaud* a entrepris des recherches sur l'état de la nutrition générale chez les tuberculeux et en particulier sur l'exhalation de l'acide carbonique. On admet généralement, d'après les expériences de Hannover (1845) et d'après celles plus récentes de Regnard, qu'il y a chez ces malades diminution considérable de la quantité d'acide carbonique exhalé. Les observations de M. Quinquaud ne s'accordent pas avec ce résultat; en effet M. Quinquaud a d'abord déterminé le taux de l'élimination de CO^2 chez l'homme sain (40 à 55 centigrammes par kilogramme et par heure), et il a toujours trouvé une augmentation de ce taux chez les phthisiques chez lesquels l'affection est arrivée à la deuxième période. A ce sujet, il divise ces malades en deux catégories: les phthisiques qui ont de la fièvre et ceux qui n'en ont pas. Or, même chez ces derniers, l'exhalation d'acide carbonique est augmentée. Chez les phthisiques fiévreux le phénomène est encore plus marqué. Quant à l'absorption d'oxygène, elle suit un peu ces variations de l'acide carbonique.

— M. *Gilbert,* après avoir déterminé un traumatisme de l'aorte à son origine chez le lapin, a fait dans ce vaisseau une injection de culture du bacille typhique; puis l'animal a été sacrifié après dix jours. Il a constaté une prolifération des éléments de l'artère avec altération des fibres lisses, incrustation de sels calcaires dans le tissu élastique et jusque dans le tissu conjonctif, bref, des lésions d'artérite comparable à l'artérite dite athéromateuse chez l'homme.

— M. *Beaunis* fait hommage à la Société de son livre sur *les Sensations internes.*

— M. *Féré* présente une note de M. *Lamy* sur l'emploi du menthol dans la phthisie laryngée.

— M. *Kalt* rappelle qu'actuellement les ophthalmologistes cherchent à obtenir le redressement des yeux strabiques par les exercices stéréoscopiques unis à l'emploi des verres correcteurs des anomalies de réfraction. Or, pour réussir, il faut avant tout que le choix des verres soit le plus parfait possible afin de fournir des images rétiniennes nettes. Ainsi M. Kalt a traité et guéri, au moyen de simples lunettes, une malade atteinte de strabisme divergent, datant de plusieurs années et qui avait subi déjà plusieurs traitements par des verres et par des exercices stéréoscopiques, sans aucun résultat. La correction exacte d'une myopie moyenne compliquée d'astigmatisme donna un redressement immédiat et permanent.

— M. *Brown-Séquard* rappelle qu'il y a déjà longtemps il a montré qu'il existe dans les muscles, après la mort, une très grande vitalité manifestée par des contractions véritables. Outre ces mouvements généraux (contractions et relâchements lents), M. Brown-Séquard a découvert qu'il

se produit aussi dans les muscles, post mortem, une autre espèce de mouvement, analogue à un tremblement, qui dure fort longtemps et qui est très lent; il montre de nombreux tracés de ce tremblement. Il est évident que le système nerveux n'est pour rien dans la production de ce phénomène.

— M. *Quinquaud* présente une note de MM. *Arthaud* et *Butte* relative à quelques phénomènes consécutifs à la section des deux nerfs vagues au-dessous du thorax. Les animaux, après cette opération, succombent au bout d'un temps variable (huit jours, trois semaines, trois mois). L'estomac, le foie et les reins présentent des lésions vasculaires marquées: on trouve même des ulcérations de l'estomac. Avant la mort et au moment même de la mort, le sucre du sang diminue et on constate que cette diminution est parallèle à la diminution du glycogène du foie.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE

Du traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de préparations hydrargyriques, par MM. les docteurs H. LELOIR et A. TAVERNIER. — Les auteurs ont mis à l'essai cette médication 1573 fois : 875 injections ont été pratiquées avec l'huile de vaseline au calomel, 642 avec l'huile de vaseline à l'oxyde jaune de mercure, et 56 avec le mercure éteint dans l'huile de vaseline et la teinture de benjoin (huile grise), d'après la formule de Neisser.

Ils ont constaté que ces injections agissent surtout sur les éruptions érythémateuses et les syphilomes, et que, parmi elles, les plus actives sont celles de calomel; l'huile grise possédant une intensité moindre. Les plaques muqueuses résistent à ces injections. Il en est de même des syphilomes non résolutifs.

Parmi les inconvénients du traitement, les observateurs lillois mentionnent les suivants : douleurs locales intenses, paresse des membres inférieurs, vertiges, céphalalgie, poussées de plaques muqueuses buccales, poussée d'hydrargyrie cutanée, stomatites hydrargyriques persistantes, tumeurs dermo-hypodermiques non suppurées ou remplies de sérosité roussâtre. De plus, un certain nombre de malades préfèrent quitter l'hôpital plutôt que de se soumettre au traitement. Enfin, autre inconvénient, les récidives seraient plus habituelles qu'après le traitement par les frictions.

Ces accidents sont plus fréquents après les injections de calomel. Ils sont plus rares après celles de l'huile grise; mais celle-ci est moins énergique dans ses effets que le calomel.

Au résumé, les indications du traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de préparations mercurielles peuvent se formuler ainsi : éruptions érythémateuses, éruptions de syphilomes résolutifs du tégument externe.

Par contre, il ne met pas à l'abri des récidives, et ne doit être prescrit ni contre la syphilis cérébro-spinale, ni contre la syphilis viscérale, ni contre celle des femmes enceintes. Son avantage principal consiste dans la brutalité et la rapidité de son action. C'est pourquoi, dans l'immense majorité des cas, MM. Leloir et Tavernier préfèrent et recommandent les frictions. (*Bulletin médical du Nord*, 27 septembre 1889.)

Du traitement du psoriasis par l'iodure de potassium à très haute dose, par M. le docteur P. DE MOLÈNES. — Le traitement de Haslund consiste, on le sait, à faire ingérer aux enfants jusqu'à 10 grammes d'iodure quotidiennement, en commençant par des doses de 3 à 4 grammes, que l'on augmente de 2 grammes tous les deux ou trois jours, jusqu'à 30 et 40 grammes. Cette médication est continuée pendant cinq ou six semaines.

Il peut, cela va sans dire, se produire des moments d'intolérance, des éruptions iodiques variées et même des phénomènes d'iodisme aigu; ces accidents sont relativement plus rares que par l'emploi des faibles doses. A l'appui de ces considérations, M. de Molènes publie deux observations de guérison d'un psoriasis rebelle aux autres traitements. (*Arch. générales de méd.*, juin 1889.)

De la valeur de la créoline, de l'hydronaphtol et du fluosilicate de soude comme germicide, par M. le docteur Ch. J. FOOTE. — Ces expériences ont été entreprises sur des cultures du bacille de la fièvre typhoïde, du pneumocoque de Friedlander, du streptocoque de l'érysipèle et du staphylocoque pyogenes aureus.

M. Foote cherchait comparativement à déterminer la dose correspondante de bichlorure de mercure, d'acide phénique ou de résorcine au moyen de laquelle on pouvait stériliser le même bouillon de culture. A son avis, et d'après ses recherches, voici le rang dans lequel on peut placer les antiseptiques, en ce qui concerne leur puissance germicide : 1° le bichlorure à 1 sur 2000; 2° l'acide phénique à 1 pour 100; 3° le thymol à 1 sur 240; 4° la créoline à 1 pour 100; 5° l'hydronaphtol à 1 pour 2300; 6° le fluosilicate de soude à 1 sur 240, la résorcine à 1 pour 100 et la créoline à 1 pour 2000.

En conséquence, le pouvoir germicide des solutions de fluosilicate de soude et d'hydronaphtol n'approche pas, même de loin, celui des solutions faibles de bichlorure de mercure et la puissance germicide de la créoline égale celle de l'acide phénique, mais sans lui être bien supérieure. (*The American Journal of med. Sciences*, septembre 1889.)

Des altérations des solutions aqueuses de morphine, par M. LAMAL. — Dans ce mémoire, l'auteur démontre que les solutions aqueuses de morphine préparées avec un sel absolument pur et une eau bidistillée ne s'altèrent pas quand on les conserve à l'abri de l'air atmosphérique et de la lumière. Quand elles se troublent, ce phénomène est dû au développement de micro-organismes : leur coloration résulte de l'action de la lumière, et leur acidité de la présence de ferments.

Cette coloration résulterait de la présence de la morphétine et les dépôts cristallins de celle de l'oxymorphine : substances qui toutes deux donnent une réaction acide. Ajoutons qu'il ne se produit pas d'apomorphine par l'altération des solutions aqueuses des sels morphiniques. Voilà une conclusion différente d'une opinion généralement reçue. (*Annales de la Société des médecins d'Anvers*, p. 112, juillet 1889.)

De l'anosmie cocaïnique, par M. le docteur ZWOARDEMAKER. — On sait que Anrep a insisté sur l'action que la cocaïne exerce sur les nerfs gustatifs et Koller sur son influence sur la rétine. Au moyen de l'olfactomètre, l'auteur a pu étudier les effets de la poudre de cocaïne introduite dans la région antérieure des fosses nasales.

Une minute après l'insufflation, le sens de l'odorat était émoussé. Un quart d'heure après, il était presque nul, de sorte que M. Zwoardemaker admet la production d'une anosmie temporaire au contact d'une suffisante quantité de cocaïne avec la pituitaire. Cette anosmie persiste pendant une heure, diminuant graduellement. Elle est précédée d'une période très brève d'hyperesthésie de l'olfaction. (*Fortschritte der med.*, 1er juillet 1889.)

BIBLIOGRAPHIE

Manuel pratique des maladies des yeux, par M. le docteur L. VACHER. — Paris, 1890, O. Doin.

Écrit pour les élèves et pour les praticiens qui ne peuvent consulter les volumineux Traités d'ophthalmologie, ce petit livre résume aussi nettement qu'il est possible les connaissances actuellement acquises et indiscutables. Sobre de théories, l'auteur, riche aujourd'hui d'une expérience de plusieurs années, peut, sur nombre de questions pratiques,

donner son opinion personnelle. Certainement ses idées ne sont pas toujours celles qui semblent acceptées par le plus grand nombre: telles, la supériorité de la greffe par transplantation dans les lésions des paupières nécessitant une autoplastie, la préférence à donner à la dilatation des points et des canaux lacrymaux pour le cathétérisme du canal nasal avec les sondes de Bowmann, les avantages de la synéchitomie dans les adhérences de l'iris avec la cornée, les bons résultats de la sclérotomie antérieure et surtout de la sclérotomie équatoriale dans certaines formes du glaucome. Mais comme notre distingué confrère sait faire la part des opinions adverses, on ne peut lui reprocher d'exposer avec plus de détails ce qu'il croit être la vérité.

Le volume débute par l'examen de l'œil et de ses annexes, l'étude de la réfraction statique et dynamique, des méthodes subjectives et objectives qui en permettent la détermination précise. Nul plus que nous n'apprécie les services que peut rendre la *kératoscopie* de Cuignet, à laquelle M. Vacher donne le nom de *dioptroscopie*, et toujours nous avons soutenu la supériorité des procédés objectifs dans la mensuration des amétropsies. Mais dans la pratique, il en faut toujours revenir à l'essai des lunettes, et souvent les verres convenables, les verres qu'il faut *prescrire*, s'éloignent sensiblement des verres exactement correcteurs d'un vice de réfraction. Il est nécessaire de rappeler ce fait aux praticiens pour ne pas les exposer à donner à leurs clients des lunettes plus nuisibles qu'utiles.

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans sa description de toutes les affections oculaires, depuis les paupières jusqu'aux membranes profondes de l'œil et à son système musculaire. Si l'ordre adopté par notre confrère peut être sujet à critique en quelques parties, il faut reconnaître que dans tout le cours de l'ouvrage il a su garder une juste mesure, donnant à l'étude de chaque affection une part du livre proportionnée à son importance. Le style est simple, clair, la lecture aisée, et comme l'étudiant, le praticien pressé par le temps, y trouvera facilement le renseignement qui lui est nécessaire, la formule dont il a besoin.

J. Chauvel.

The medical and surgical History of the war of the Rebellion, III[e] partie, volume I (*Medical History*), par Charles Smart. — Washington, Government printing office, 1888, 1 vol. in-4° de 989 pages.

Ce volume est le troisième de la partie médicale de l'*Histoire de la guerre de la Rébellion;* le premier volume avait été publié en 1870; mais la publication de ces documents a été interrompue par la mort du chirurgien Woodward, qui avait accumulé des matériaux de la plus grande valeur; le major Charles Smart a pris la tâche de continuer cette œuvre remarquable, dont le chirurgien général J. Moor a dirigé l'achèvement.

Ce dernier volume ne le cède en rien aux précédents par la perfection typographique et par l'abondance des tableaux, des tracés, des courbes, des planches anatomo-pathologiques et histologiques. Il nous eût semblé suffisant d'en signaler l'apparition, si nous n'avions considéré que les résultats statistiques des affections médicales communes; mais ce volume comprend plus de cinq cents pages consacrées aux fièvres continues, c'est-à-dire principalement à la fièvre typhoïde, qui constituent une monographie du plus grand intérêt. Il s'agit, en effet, de près de 140 000 cas observés en cinq ans et demi, sur lesquels la mortalité a été de 30 000 environ, soit 68 décès sur 1000 hommes de troupes engagées.

La comparaison de la mortalité chez les blancs et chez les troupes colorées mérite d'être étudiée, car la proportion relative varie suivant les diverses maladies.

Des travaux documentaires de ce genre sont destinés aux bibliothèques des savants; ils servent de base aux recherches statistiques, mais l'analyse résumée en serait aride, et la discussion raisonnée des résultats n'offrirait d'intérêt que pour un travail d'ensemble sur des recherches similaires que nous n'avons pas à exposer dans ce simple index bibliographique.

VARIÉTÉS

Ricord

(1800-1889).

L'illustre doyen des syphiligraphes français n'est plus. Atteint une première fois, il y a quelques semaines, d'accidents pneumoniques, le maître semblait avoir triomphé du mal, grâce à sa robuste constitution; il avait même pu, il y a quelques jours, faire une sortie en voiture. Une rechute, provoquée par un nouveau refroidissement, amena un rapide épuisement de forces, et, malgré les soins empressés de MM. ~~Potain,~~ Bouchut et Pignot, M. Ricord s'est éteint le mardi 22 octobre à trois heures du matin.

Des voix plus autorisées que la nôtre rendront l'hommage qu'il convient au chef de l'École du Midi; dans le premier moment d'émotion de notre deuil, nous ne pouvons que rappeler ici en quelques traits les principales phases de sa longue carrière.

Philippe Ricord était né le 10 décembre 1800, aux États-Unis, à Baltimore, de parents français. Après avoir fait ses premières études dans son pays natal, il fut envoyé par son père à Paris pour compléter son éducation et s'inscrire à l'École de droit. Il abandonna bientôt le droit pour la médecine et se fit recevoir interne des hôpitaux au concours de l'année 1822. Interne de Dupuytren, puis de Lisfranc à l'hôpital de la Pitié, il soutint sa thèse inaugurale en 1826 et eut à traiter plusieurs *propositions sur divers points de chirurgie.*

N'ayant pas les moyens de rester à Paris, le jeune docteur alla d'abord à Olivet, près d'Orléans, puis s'établit à Crouy-sur-Ourcq, petit village des environs de Meaux. Mais il n'avait pas abandonné le projet de poursuivre ses études et d'arriver par le concours aux divers grades qu'il ambitionnait; bientôt il quittait son modeste poste de province pour prendre part à un concours pour le Bureau central de chirurgie en 1828; il y fut nommé le premier.

Trois ans après, le hasard des mutations l'amenait à l'hôpital du Midi en remplacement de Bard, et c'est dans cet hôpital que devait s'écouler toute sa carrière jusqu'à ce que l'âge imposé pour la retraite le forçât, vers la fin de l'année 1860, à quitter cette maison sur laquelle il avait jeté pendant ces trente années d'exercice une renommée qui ne périra pas.

Placé sur un terrain nouveau pour lui, au milieu du chaos qui régnait alors en matière de vénéréologie, le nouveau chirurgien du Midi s'attacha avant tout à l'observation attentive des faits, et, se servant de la méthode des inoculations, il arriva à prouver d'une manière irréfutable la différence de nature qui existait entre la blennorrhagie et la syphilis. La démonstration du chancre syphilitique intra-uréthral acheva d'éclairer la question qu'avait contribué à obscurcir la célèbre expérience de Hunter.

Ce fut seulement plus tard, et l'honneur en revient surtout à un de ses élèves, Bassereau, que le même travail de sélection établit la doctrine de la dualité des chancres (1852), doctrine qui fut édifiée sous les yeux de Ricord et à laquelle il apporta tout aussitôt l'appoint de sa grande autorité.

A ce moment l'École du Midi avait atteint son apogée; l'enseignement de Ricord attirait de toute part de nombreux

élèves et souvent le maître se plaisait dans la belle saison à faire ses leçons dans le jardin de l'hôpital, à l'exemple de ce qu'avait fait Alibert à l'hôpital Saint-Louis.

A cette première période de sa vie se rattache la publication de plusieurs travaux; divers mémoires sur les maladies vénériennes et leur thérapeutique, et surtout le *Traité pratique des maladies vénériennes* (1838), les annotations à la traduction, par G. Richelot, du *Traité de la maladie vénérienne*, par Hunter (1840), et la *Clinique iconographique de l'hôpital des vénériens* (1842-1851), ouvrage publié en livraisons, et dont les planches fort belles, forment un ensemble de documents précieux encore à consulter. Peu après parurent les célèbres *Lettres sur la syphilis* dans l'*Union médicale* de 1850-1851, et en 1857, les *Leçons sur le chancre*, rédigées et augmentées de notes nombreuses par son interne Alfred Fournier.

Membre de la Société de chirurgie, Ricord fut nommé membre de l'Académie de médecine, le 23 avril 1850, dans la section de pathologie chirurgicale; il devint président de la savante compagnie en 1868.

C'est peu de temps après son entrée à l'Académie qu'eut lieu la célèbre discussion sur la syphilisation et la transmission des accidents secondaires. La lutte fut engagée par Velpeau (séance du 7 septembre 1852), et elle se continua pendant plusieurs mois. Velpeau, soutenu par Gibert, le médecin de l'hôpital Saint-Louis, se posa en partisan de la contagiosité des accidents dits secondaires. Ricord défendit la cause contraire; il avait jusque-là enseigné dans ses leçons que ces accidents n'étaient pas contagieux.

De part et d'autre, il y eut de mémorables joutes oratoires, mais les doctrines du célèbre maître sortirent ébranlées de la lutte, et lui-même dut reconnaître dans la suite la part de vérité qu'il y avait dans l'opinion de ses adversaires.

Peu d'années après, il quittait l'hôpital du Midi (1860) et se consacrait dès lors presque exclusivement à sa nombreuse clientèle. Rappelons seulement que, pendant le siège de Paris, Ricord fut le président du comité des ambulances de la Presse.

Doué d'un caractère excellent, d'un esprit dont les saillies sont devenues proverbiales, remarquable clinicien, Ricord obtint le plus grand succès comme médecin et comme homme du monde.

Excessivement bon, il était fort aimé de ses élèves et de ses malades; et c'était un touchant spectacle, nous a-t-on dit, que de voir célébrer, à l'hôpital du Midi, chaque 1er mai, jour de la Saint-Philippe, la fête du chirurgien en chef. Entouré de ses élèves, les anciens accourus chaque année se grouper auprès des nouveaux, le maître recevait de ses malades des compliments et des bouquets; et ce jour-là, par sa libéralité, l'ordinaire des malades se changeait en un véritable festin. C'est un souvenir qu'il aimait et qu'il se plaisait à rappeler tout dernièrement encore, alors qu'il présidait si joyeusement le banquet de clôture du Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie. Ce fut pour lui une joie véritable que de voir réunis alors tant de médecins éminents de tous les pays du monde, dont beaucoup avaient été ses élèves à l'hôpital du Midi, et les ovations dont il fut l'objet lui rappelèrent les plus belles journées de triomphe d'autrefois.

Jusqu'au moment de tomber malade, Ricord avait conservé son cabinet de consultations et il voyait encore chaque jour de nombreux malades. Il suivait assidûment les séances de l'Académie de médecine, et, si sa démarche était devenue difficile, son esprit restait toujours alerte. « Je me porte bien, répondait-il à ceux qui lui demandaient des nouvelles de sa santé, ce sont mes jambes qui ne me portent plus. »

Très amateur de choses d'art, Ricord avait réuni chez lui de belles sculptures et de nombreux tableaux de maîtres; il ne dédaignait pas non plus la poésie. Chéreau a publié dans son *Parnasse médical* un poème héroï-comique en trois chants écrit par Ricord alors qu'il était encore le modeste praticien de Crouy-sur-Ourcq; et lui-même nous montrait, il y a deux mois à peine, un quatrain qu'il fit en l'honneur de l'arrivée d'Edison à Paris.

Même pendant sa maladie, sa bonne humeur, on peut le dire, l'accompagna jusqu'au moment où les progrès du mal lui firent perdre connaissance.

Ricord avait un frère aîné, médecin naturaliste très distingué, qui est mort il y a quelques années; il était resté lui-même célibataire. Il était grand-officier de la Légion d'honneur depuis 1871, et décoré de presque tous les ordres étrangers.

Parmi ses élèves préférés, de ceux qui surent se faire une place à côté du maître dans le domaine des études spéciales qu'il avait illustrées, deux sont morts avant lui, il y a peu de temps, Bassereau et Clerc; mais il nous reste Diday, le doyen de l'école syphiligraphique lyonnaise, et le professeur Alfred Fournier, grâce auquel l'enseignement de cette branche spéciale de la médecine conquit enfin son droit de cité universitaire, et reste si brillamment représenté à l'Ecole de Paris.

Henri Feulard.

— On annonce aussi la mort de M. le docteur Philippe, médecin principal de l'armée, en retraite à Saint-Mandé; de M. le docteur Répin (de Conlie); de M. le docteur Jacolot (de Lorient), et de M. le docteur Micault, médecin-major.

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Richet vient d'être admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite.

Faculté de médecine de Paris. — Le personnel des travaux pratiques, pour l'année scolaire 1889-1890, est composé comme suit:

Travaux pratiques de physique: MM. Weiss, agrégé, chef des travaux; Sandoz et Mergier, préparateurs.

Travaux pratiques de chimie: MM. Hanriot, chef des travaux; Monange, préparateur; de Thierry, Grolons et Bourault, préparateurs-adjoints.

Travaux pratiques d'histoire naturelle: MM. Faguet, chef des travaux; Artault, Blondel et Meurisse, préparateurs.

Travaux pratiques d'histologie: MM. Rémy, chef des travaux; Variot, chef adjoint des travaux; Chatellier, préparateur; Launois, Girode, Pilliet, Binot, Legrand et Moreau, aides-préparateurs.

Travaux pratiques d'anatomie pathologique: MM. Brault, chef des travaux; Chantemesse, Toupet, préparateurs; Widal, Guinon, Nicolle, Parmentier, Legry, moniteurs.

Concours de l'internat. — La composition écrite du concours de l'internat s'est faite lundi 21 octobre, à midi. Le jury était composé de MM. Alphonse Guérin, président; Dejérine, Moutard-Martin, Hallopeau, Reynier, Schwartz et Bonnaire. Les candidats étaient au nombre de 386.

Le sujet, qui a été tiré, était: *Muqueuse utérine; diagnostic différentiel des métrorrhagies.* La lecture des copies commencera vendredi prochain, à quatre heures quinze, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique.

— Le jury du concours pour la médaille d'or de l'internat (médecine) est arrêté de la manière suivante: MM. Cornil, Pozzi, Hervieux, Debove et Gombault (de Beaujon).

Faculté de médecine de Montpellier. — Ont été nommés: M. Granel, professeur de botanique et histoire naturelle médicales; M. Imbert, professeur de physique médicale; M. Courchet, professeur d'histoire naturelle des médicaments et botanique.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

20759. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

SUPPLÉMENT THÉRAPEUTIQUE

DE LA

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

THÉRAPEUTIQUE

De la médication laxative,

Par le docteur L. Delborn.

La médication laxative tend de plus en plus à se substituer aux anciennes méthodes purgatives, qui abusaient des drastiques et amenaient forcément et en peu de temps une irritation chronique du tube digestif avec tous les inconvénients qui en résultent.

L'effet presque immédiat des laxatifs est de provoquer à la surface des muqueuses intestinales une sécrétion qui provoque l'élimination des déchets organiques cristalloïdes, tels que l'urée et la créatine.

Ces produits accumulés dans le sang forment certainement un terrain favorable au développement d'un grand nombre de maladies.

On sait, en effet, que les microbes et germes infectieux qui sont l'origine d'une foule d'affections, ont besoin pour se développer d'un milieu favorable. D'où l'utilité des laxatifs à certaines époques, surtout chez les personnes qui éliminent peu par suite d'un travail sédentaire ou usent d'une alimentation riche en substances azotées.

Mais, parmi les nombreux laxatifs connus, un grand nombre ont de multiples inconvénients; c'est ainsi que les eaux minérales naturelles ou autres, dont on a tant abusé dans ces derniers temps, ont le défaut grave de n'agir qu'en produisant une hypersécrétion trop abondante des muqueuses et amènent ainsi toujours, à leur suite, l'embarras gastrique et la *constipation*.

Les Tablettes laxatives au *Convolvulus officinalis* que prépare M. Géraudel n'ont point cet inconvénient. Leur saveur est agréable, il suffit de les laisser fondre dans la bouche pour que l'effet se produise au moyen de la salive qui forme ainsi une sorte d'émulsion laxative. Leur usage, même prolongé, n'amène jamais ni constipation, ni irritation intestinale: en un mot, elles agissent suivant le vieux précepte : *cito, tuto et jucunde.*

Nouveau traitement de la constipation et de l'anémie.

Une des affections contre lesquelles l'expérience des praticiens vient échouer le plus fréquemment est sans contredit la constipation. Le régime joue un rôle important dans le traitement de cette maladie, mais il arrive souvent qu'il ne suffit pas. Les malades se laissent alors facilement aller à abuser des purgatifs et en particulier des drastiques, aloès, coloquintes, etc....; mais les moyens qu'ils emploient finissent par irriter les organes de la digestion; leur action s'épuise, et la constipation qui semblait guérie reparait plus intense et plus grave que jamais.

Les efforts du médecin doivent tendre à mettre les malades en garde contre l'abus de tels remèdes et à faire adopter ceux qui procurent les résultats les plus satisfaisants, tout en n'exposant pas aux mêmes dangers.

Parmi ces derniers, le plus efficace est certainement la *Cascara Sagrada*, ou écorce du Rhamnus Purshiana, qui, expérimentée d'abord en Amérique, son pays d'origine, puis dans les hôpitaux de Paris, est considérée aujourd'hui comme le véritable spécifique de la constipation chronique.

M. Demazière, pharmacien à Paris, après avoir étudié la *Cascara Sagrada* au point de vue chimique et micrographique, arriva à conclure que pour obtenir de ce précieux remède tout l'effet qu'on peut en attendre, il fallait l'administrer à l'état naturel, sans avoir recours aux préparations telles que l'extrait ou la te nture; mais la poudre était d'un goût très désagréable, il prépara donc des dragées avec cette poudre, et obtint ainsi un médicament d'une efficacité certaine et facile à prendre, même pour les malades les plus exigeants. Les *Dragées Demazière à la Cascara Sagrada* contiennent 12 centigrammes et demi de poudre par dragée. La dose ordinaire est de deux dragées le matin au réveil, et deux le soir au moment du dernier repas ou avant de se coucher. Si la constipation résiste à cette dose, on peut augmenter celle-ci sans inconvénient, pour la diminuer ensuite progressivement, jusqu'à ce que les selles paraissent se produire d'une façon spontanée et sans le concours d'aucun médicament.

Les remarquables effets obtenus à l'aide de la *Cascara Sagrada* dans les cas de constipation, conduisirent naturellement M. Demazière à utiliser ce précieux remède non seulement dans les cas où la constipation est une affection naturelle du malade, mais encore dans ceux également nombreux où elle est la conséquence de l'absorption d'un médicament quelconque, du fer en particulier. Il prépara donc des dragées dans lesquelles l'iodure de fer est associé à la *Cascara*. Ce nouveau produit a l'avantage de réunir tout à la fois les propriétés du fer et de l'iode et de ne jamais occasionner de constipation. De plus, la *Cascara Sagrada* ayant une action stimulante manifeste, non seulement sur l'intestin, mais encore sur l'estomac, ces dragées sont digérées et absorbées avec la plus grande facilité.

Les *Dragées Demazière à l'iodure de fer et à la Cascara* constituent donc le remède le plus énergique contre l'anémie et la chlorose. La dose moyenne est de deux dragées par jour pour les enfants, et de quatre pour les adultes, prises en deux fois au moment des deux principaux repas; mais cette dose peut varier suivant les tempéraments et d'après les circonstances dont le médecin sera juge.

Dosées avec le plus grand soin, les dragées Demazière à la *Cascara Sagrada* et celles à l'iodure de fer et à la *Cascara* ont toujours donné les meilleurs résultats. Expérimentées dans les hôpitaux de Paris, adoptées par un grand nombre de médecins de France et de l'étranger, elles ont pleinement confirmé les observations qui avaient été recueillies en Amérique.

Du reste, afin que chaque médecin puisse se convaincre de la valeur de ces deux produits, M. Demazière, pharmacien de 1re classe, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Ecole de pharmacie (médaille d'or), membre de la Société de médecine pratique, envoie *franco* des échantillons de ses Dragées à quiconque lui en adresse la demande, 71, avenue de Villiers, à Paris.

THÉRAPEUTIQUE

L'anémie, la chlorose, la chloro-anémie et toutes les maladies qui ont pour cause l'appauvrissement du sang, jouissent du triste privilége de nous faire parcourir constamment la gamme des médications de toute espèce. Ce n'est pas que nous ignorions quels sont les agents qui peuvent influer sur ces diathèses si persistantes, mais c'est que nous hésitons sur la manière de les employer pour produire un résultat efficace. Le fer est l'agent par excellence de la rénovation du sang; mais il faut d'abord qu'il soit toléré, puis qu'il soit assimilé, enfin qu'il apporte dans l'économie ses propriétés fortifiantes sans faire naître cette déplorable infirmité qu'on appelle la constipation. Tous les chimistes se sont mis à l'œuvre pour résoudre le problème, et quelques-uns sont arrivés à des résultats très utiles. Nous voulons rechercher quelle est, dans l'état actuel de la science pharmaceutique, la préparation qui a le mieux réussi.

Les pilules de Vallet jouissent d'une faveur méritée; elles ont remplacé avec avantage ces affreuses boissons de rouille qui étaient répugnantes, à peu près inefficaces, et cependant indigestes. Elles n'ont pu cependant satisfaire à toutes les exigences du programme que les chercheurs sérieux s'étaient imposées: leur usage prolongé amène presque toujours la constipation.

Les pilules de Blaud, recommandables à certains égards, n'ont pas davantage échappé au même écueil. Et nul ne saurait nier la gravité d'un semblable danger. La constipation est une des plus cruelles souffrances infligées à l'espèce humaine et personne n'ignore que ce sont précisément les sujets anémiques et chloro-anémiques qui sont les plus prédisposés à cette terrible affection.

Beaucoup d'autres préparations ont été produites, qui ont eu la prétention d'avoir résolu le problème; elles ne méritent pas même d'être citées; elles avaient les inconvénients des produits sérieux sans en avoir l'efficacité.

En 1839, MM. Gélis et Conté ont présenté à l'Académie de médecine une préparation nouvelle, soigneusement étudiée, et paraissant répondre à tous les desiderata. L'Académie a nommé une Commission qu'elle a chargée d'examiner le nouveau produit.

Cette Commission était composée de M. Fouquier, professeur à la Faculté de Paris; de M. Bally, président de l'Académie, et de M. Bouillaud, également professeur à l'École de médecine. Il était difficile de constituer un jury plus compétent et plus honorable.

MM. Fouquier et Bouillaud se sont livrés à des expériences nombreuses, et leur verdict ne s'est pas fait attendre. Sans nier le mérite relatif des préparations déjà connues que nous avons citées plus haut, ils ont déclaré que les dragées de Gélis et Conté au lactate de fer étaient supérieures à ces préparations et devaient leur être préférées. A l'appui de leur opinion, ils ont apporté la relation d'observations nombreuses dans lesquelles ils constataient les résultats très satisfaisants qu'ils avaient obtenus de l'emploi fait par eux-mêmes de la médication nouvelle. Le docteur Hardy, chef de clinique du professeur Fouquier, est venu appuyer l'opinion de son chef de ses observations personnelles, et les services des professeurs Andral, Bouillaud, de MM. Bally, Beau, Nonat, fournirent bientôt leur contingent d'observations aussi concluantes.

Sur le rapport de sa Commission, l'Académie de médecine a voté des remerciements à MM. Gélis et Conté et l'impression dans le *Bulletin* de l'Académie du mémoire qui avait accompagné la présentation de leur produit.

La supériorité du lactate de fer sur les autres préparations martiales a été de ce moment reconnue. Plus tard, elle fut confirmée par les nombreuses expériences, tant physiologiques que pathologiques, de MM. Claude Bernard, Bareswil et Lemaire, et plus tard encore, en 1858, par le rapport d'une nouvelle Commission de l'Académie de médecine, composée de MM. les professeurs Velpeau, Trousseau, Depaul, Bouchardat et Boudet. Les expériences qui furent faites alors, en présence de MM. Robiquet, Boudault et Corvisart, constatèrent d'une manière irréfutable les avantages du lactate de fer au point de vue de la digestion et de l'assimilation.

Il est donc définitivement acquis que les dragées de Gélis et Conté sont le ferrugineux le plus efficace, et qu'aucun ne saurait combattre l'anémie, la chlorose, la chloro-anémie, avec une plus grande certitude de succès.

(*Union médicale.*)

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

20759. — MOTTEROZ. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 30 octobre 1889.

Académie de médecine : **Rapport sur les vaccinations. — La prophylaxie de la tuberculose. — Cholécystentérostomie.**

L'étendue exceptionnelle que nous avons donnée au compte rendu de la dernière séance de l'Académie (p. 712) en démontre tout l'intérêt. L'analyse du rapport général de M. Hervieux sur les vaccinations en France et dans les colonies françaises méritait, en effet, de tenir la place qu'elle occupe dans nos colonnes. Les lecteurs de la *Gazette* seront heureux de pouvoir lire ce nouveau plaidoyer en faveur d'une mesure prophylactique dont on contesterait en vain la bienfaisante influence.

Le savant et éloquent rapport de M. Hervieux expose une fois de plus et démontre les résultats obtenus dans tous les pays où la vaccination et la revaccination sont devenues obligatoires. Ainsi que le fait observer M. le directeur de la vaccine, on pouvait, il y a quelques années, lors de la discussion du projet de loi Liouville, craindre que la mesure ne fût prématurée; mais aujourd'hui, grâce au développement qu'a pris la pratique de la vaccine animale, les ressources vaccinales ne peuvent manquer et elles ne sauraient être onéreuses. La grande extension que le service spécial de l'Académie vient de prendre en témoigne aisément; le parlement serait sans excuse s'il s'opposait encore au vote de la loi que le Conseil d'État élabore en ce moment et qui est conforme aux conclusions, très concordantes d'ailleurs, du rapport de M. Hervieux à l'Académie et du rapport de M. Proust au Comité consultatif d'hygiène publique de France.

— Grâce à une allocation ministérielle que nous avons annoncée il y a quelques mois, l'Académie a pu construire une petite étable, très simplement aménagée, mais dans les meilleures conditions de salubrité, afin de récolter elle-même le vaccin qui lui est nécessaire pour son service de vaccine actuellement trihebdomadaire.

Puisque nous parlons ici de nouvelles constructions faites ou à faire, il nous sera permis d'exprimer le vœu que le gouvernement tienne aussi à ne pas laisser plus longtemps la bibliothèque de l'Académie dans l'état de délabrement où elle se trouve. Les poutres qui soutiennent le plafond viennent en effet de subir de graves avaries; elles sont vraisemblablement pourries, et il a fallu en toute hâte les étayer avec de forts madriers au nombre de huit qui encombrent la grande salle. Le péril immédiat est conjuré; mais, pour procéder aux réparations nécessaires, il faudrait enlever une grande partie des livres de cette riche collection, et il n'y a nulle part, dans l'Académie, de locaux pour les recevoir. Une solution prompte s'impose, et la meilleure serait assurément d'élever sur le jardin en bordure sur le boulevard Saint-Germain une vaste salle de bibliothèque, à un étage, avec combles vitrés. Une construction en fer et briques, convenablement aménagée, n'absorberait pas un crédit bien considérable, et assurerait aux livres de l'Académie un abri de plus en plus urgent, laissant à des projets définitifs d'aménagement ou de reconstruction le temps d'aboutir.

— Nous ne ferons que signaler aujourd'hui les modifications apportées par la Commission de la tuberculose au rapport dont M. Villemin a donné lecture. Les conclusions de celui-ci diffèrent peu en effet de celles qui avaient déjà soulevé diverses objections; mais la nouvelle rédaction est plus claire, plus explicite que l'ancienne. La Commission, tout en affirmant encore que la tuberculose peut se transmettre par le lait, la viande mal cuite et le sang, incrimine surtout les crachats tuberculeux et indique très nettement les conditions dans lesquelles ceux-ci pourront transmettre la maladie.

Dès que la discussion aura bien établi sur tous les points en litige l'opinion de l'Académie de médecine, une question préjudicielle, déjà posée par M. Trasbot, sera soulevée. L'Académie devra-t-elle se borner à répandre dans le public une instruction prophylactique de la tuberculose, c'est-à-dire l'ensemble des conseils pratiques dont on trouvera plus loin (p. 713) l'exposé succinct? Fera-t-elle mieux au contraire de donner l'appui de son autorité aux doctrines scientifiques dont les mesures prophylactiques conseillées ne sont que l'application? La première solution paraît plus avantageuse. Encore est-il probable que bien des

réserves seront faites au sujet de la nocuité du lait et des viandes suspectes. Il nous semble toutefois que la publicité extra-médicale qui est donnée au compte rendu de toutes les séances de l'Académie rend bien illusoires les réserves formulées au sujet du rapport de M. Villemin. Si l'opinion publique se pénètre bien des dangers qu'il signale, un progrès réel pourra sans doute être facilement obtenu. C'est ce que nous essayerons de montrer en suivant la discussion académique.

— Nous devons signaler aussi la remarquable observation communiquée par M. Terrier. Chacun connaît l'habileté opératoire et l'expérience consommée du savant chirurgien de l'hôpital Bichat. La nouvelle opération qu'il vient de pratiquer est aussi difficile à réaliser que son nom est barbare. Le succès obtenu par M. Terrier est d'autant plus remarquable et plus digne d'être signalé.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Le traitement du prolapsus rectal par la colopexie.

Il est indiscutable que le prolapsus du rectum, dans certaines formes tout au moins, est une des affections les plus rebelles quo le chirurgien puisse avoir à traiter. La multiplicité des procédés opératoires par lesquels on l'attaque est déjà une preuve qu'il n'en est aucun dont l'efficacité soit réelle, et M. Jeannel (de Toulouse) vient encore accroître d'une unité cette liste déjà longue, très longue même. Nous croyons toutefois devoir exposer ce procédé avec quelques détails, d'après le remarquable rapport lu à l'Académie par le professeur Verneuil. La conception en effet semble bonne, et, si tous les temps opératoires ne sont pas fixés définitivement, si la sanction du temps fait encore défaut pour permettre d'affirmer que la cure se maintiendra, il y a cependant dans l'intervention de M. Jeannel une idée directrice qui restera, qui tout au moins inspirera de nouvelles recherches.

I

Avant de résumer l'observation de M. Jeannel, il est indispensable d'étudier la physiologie pathologique des prolapsus du rectum.

Et d'abord, chacun sait qu'il en est deux variétés : le prolapsus partiel, celui de la muqueuse seule; le prolapsus total, de la paroi rectale tout entière. Du premier, celui des enfants, il ne sera pas question. Aussi bien semble-t-il tout différent, en pathogénie comme en anatomie pathologique, du prolapsus total, vraie invagination rectale, à deux ou à trois cylindres. Car au rectum l'invagination à deux cylindres existe. On conçoit que si l'invagination a quelque étendue, le péritoine formera un cul-de-sac entre les cylindres juxtaposés, et même l'intestin grêle peut former une hernie, une hédrocèle comme a dit Uhde, dans ce prolongement anormal.

Cette complexité anatomique de la tumeur prolabée a un intérêt pratique assez grand : n'est-il pas bon de savoir que si on excise cette tumeur on ouvrira souvent le péritoine? Aussi cette excision n'a-t-elle été faite sans danger que depuis l'avènement de l'antisepsie. Les opérations de Mikulicz, puis de Billroth, de Nicoladoni, ont été couronnées de succès. Succès immédiat, s'entend, car la plupart des malades ne semblent pas avoir été suivis pendant assez longtemps pour que la cure soit sûrement définitive. Or, si nous avons bonne mémoire, nous avons vu il y a dix-huit mois environ à l'hôpital Lariboisière une femme à laquelle Ch. Nélaton avait enlevé un prolapsus rectal; la guérison opératoire avait été remarquable, mais quelques mois après la lésion récidivait. C'est que l'extirpation de la masse herniée ne constitue qu'un traitement symptomatique. Elle ne s'attaque nullement — sauf si une tumeur implantée sur la masse est, par traction, l'origine du déplacement — aux causes premières du prolapsus. Causes complexes, d'ailleurs, comme celles des prolapsus génitaux, avec lesquels, chez la femme, le prolapsus rectal s'associe volontiers. Or c'est l'examen attentif des moyens de fixité normaux du rectum qui va nous permettre de comprendre quelles sont ces causes, tout comme l'analyse étiologique des prolapsus génitaux n'est possible que si on possède des connaissances précises sur la fixité de l'utérus normal.

Le rectum, organe de la défécation, doit subir les poussées qui résultent de l'effort expulsif. Si rien ne le retenait, il ferait hernie à chaque effort. Mais, avant de s'ouvrir à l'extérieur, le tube intestinal traverse le plancher ano-périnéal, et là il est entouré de fibres musculaires striées, nombreuses et résistantes, celles du releveur de l'anus et du sphincter externe : vrai cône, dont la base, supérieure, s'insère au squelette pelvien et dont le sommet est perforé par le rectum, à la paroi duquel se fixent nombre de ses fibres. L'extrémité inférieure du rectum est donc bien soutenue. Mais la tonicité de ces muscles striés n'est pas seule en jeu. A côté d'elle, il faut faire une large place aux faisceaux conjonctifs et fibreux, par places groupés en aponévroses, plus ou moins mélangés de fibres lisses; il faut aussi tenir compte des cordages vasculaires qui unissent à la région lombaire la paroi postérieure de l'S iliaque et du rectum. Trousseaux fibreux et vaisseaux constituent surtout la charpente du méso-côlon iliaque et du méso-rectum, tapissés qu'ils sont sur chaque face par un feuillet péritonéal. Mais le péritoine n'est pas, en soi, un moyen de fixité; il entoure, il réunit en faisceaux les véritables moyens de fixité, c'est-à-dire les éléments conjonctifs et vasculaires.

Dans presque tous les prolapsus du rectum, un examen clinique grossier démontre que le plancher ano-périnéal ne fournit plus au rectum qu'un appui insuffisant, que les muscles, striés et lisses, ont perdu toute résistance. La vue ne fait-elle pas constater que l'anus large, dépourvu de plis rayonnés, est au centre d'une région plane, convexe même, et non plus concave, comme lorsque le cône musculaire a gardé son énergie? Le doigt ne pénètre-t-il pas dans l'anus sans que le sphincter manifeste la moindre velléité de contraction?

De ces observations, on a déduit bien des procédés opératoires. On a cherché à rétrécir l'anus par la rétraction cicatricielle de quatre pointes de feu profondes, enfoncées en croix autour de lui; on a fait des excisions en V, suivies ou non de suture. M. Schwartz a fait connaître au dernier Congrès de chirurgie un succès qu'il a obtenu par une véritable périnéorrhaphie, qui lui a permis de rétrécir en avant l'orifice anal. En même temps, on peut agir sur la tumeur elle-même, la faire rétracter, par exemple, par la cicatrisation de profondes raies de feu longitudinales.

Mais il faut reconnaître qu'après ces diverses opérations, même aidées d'un traitement tonique attentif, la récidive est très fréquente, récidive contre laquelle on reste trop souvent désarmé. Le motif en est aisé à comprendre: la

descente n'a pu se faire qu'à la faveur d'un glissement anormal, d'une laxité pathologique du méso qui suspend le rectum. Or les opérations précédemment énumérées ne remédient en rien à cet état, et le rectum, mal suspendu, continuera à venir peser sur un plancher ano-périnéal qui, par surcroît, restera privé de tonicité musculaire; car on rétrécit l'anus, mais on ne refait pas un sphincter. Et n'est-ce pas précisément là le défaut de la cuirasse de la périnéorrhaphie appliquée aux prolapsus utérins; des colporrhaphies dirigées contre ces prolapsus, la cystocèle, la rectocèle? Aussi, depuis quelques années, a-t-on repris une idée d'Alquié et a-t-on attiré l'utérus en haut en tirant sur les ligaments ronds; aussi, plus récemment, a-t-on été chercher dans l'abdomen le fond de l'utérus qu'on a suturé à la face postérieure de la paroi abdominale antérieure. On a cherché, en somme, à raccourcir les moyens de fixité relâchés; ou bien, à leur défaut, à fournir à l'utérus déplacé une adhérence artificielle. C'est de cette hystéropexie que dérive la colopexie imaginée par M. Jeannel.

II

M. Jeannel a pensé que si on pouvait amener l'S iliaque au dehors et tirer sur son bout inférieur, on réduirait de la sorte la tumeur prolabée; tout comme Hutchinson, en 1871, ouvrit l'abdomen d'un enfant de quatre ans pour réduire une invagination dont l'extrémité inférieure, au moment de l'effort, faisait hors de l'anus une saillie d'un pouce. Et cela une fois exécuté, ne pourrait-on pas faire contracter adhérence, en cette position, à l'anse fixée dans la plaie de la paroi abdominale? La colopexie simple consisterait à suturer aux lèvres de cette plaie deux ou trois appendices épiploïques.

Mais, dit M. Jeannel, la colopexie simple serait probablement inefficace contre les cas invétérés. Elle remédie à la cause du déplacement, mais elle ne permet pas d'agir sur ses effets. Or ces effets ne sont pas négligeables. La muqueuse ne reste pas impunément exposée à l'air; elle s'enflamme, s'exulcère, saigne, suppure, devient irritable. Cette rectite, une fois le prolapsus réduit, se traduira par du ténesme, des efforts; de là des tiraillements défavorables à l'établissement des adhérences; et de plus, ces lésions ano-rectales seront difficiles à guérir tant qu'elles seront soumises au contact irritant des matières fécales et aux mouvements répétés qu'exige la défécation. De là l'idée complémentaire de M. Jeannel: ouvrir un anus contre nature sur l'S iliaque, de façon à assurer le repos de la région malade.

Ce plan opératoire a été mis en œuvre sur une femme de cinquante-sept ans, chez qui le prolapsus, ayant environ deux mois de date, s'associait à une chute de l'utérus avec cystocèle et avait résisté aux raies de feu longitudinales. Le 6 février, l'S iliaque fut amenée au dehors et M. Jeannel constata d'abord que, conformément à ses prévisions, la traction sur le bout inférieur réduisait rapidement et complètement la masse prolabée. Cette traction une fois effectuée, l'anse fut fixée par le procédé de Maydl, en embrochant le méso avec une grosse sonde uréthrale, garnie de gaze iodoformée. Puis, le sixième jour, l'anse fut ouverte au thermocautère.

Depuis cette époque, la malade se porte fort bien et son prolapsus n'a pas récidivé, mais elle subit les inconvénients d'un anus artificiel. La cure ne sera donc complète que le jour où M. Jeannel aura, par l'entérotomie et l'entérorrhaphie, détruit l'éperon et suturé l'orifice anormal, et alors seulement on pourra dire si les adhérences seront capables de résister aux poussées de la défécation.

Un mois après l'opération, M. Jeannel dut quitter son service hospitalier et il conseilla, en attendant le dernier acte chirurgical, de soumettre la région périnéale à l'électrisation, pour combattre l'affaiblissement des muscles. Cette prescription ne fut pas suivie et cependant au 15 septembre, quand M. Jeannel reprit son service, l'amélioration était notable. L'anus, entouré de plis rayonnés, est encore un peu plus ouvert que normalement, mais le sphincter fait sentir quelque striction au doigt qui le franchit; or, avant l'opération il était absolument inerte. La cystocèle et la chute de l'utérus (chute incomplète d'ailleurs) ont aujourd'hui disparu.

III

L'observation que nous venons de résumer est donc incomplète et la prudence conseille de rester sur la réserve avant d'affirmer que la malade sera guérie; d'attendre quelques mois encore après la fermeture de l'anus artificiel avant de chanter définitivement victoire. Mais on peut apprécier et les déductions qui ont guidé M. Jeannel et le résultat partiel d'ores et déjà obtenu.

La réduction possible du prolapsus en tirant sur l'S iliaque est indiscutablement possible, dans certains cas tout au moins. Cela étant, lorsque les lésions ano-rectales seront médiocres, quand on jugera inutile la dérivation des matières, on pourra s'adresser à la colopexie simple. Mais on est en droit de se demander si les adhérences créées par la fixation de quelques appendices épiploïques auront une tonicité suffisante. Qui ne sait avec quelle facilité se mobilise, sous l'influence de ses mouvements incessants, une anse intestinale adhérente? C'est là une objection à priori; mais on ne saurait raisonner à posteriori avec une méthode qui n'a pas encore été appliquée. Et cette objection a quelque valeur, puisque après hystéropexie on a vu retomber l'utérus. La même récidive est possible, quoique bien moins probable, après les adhérences solides qu'on provoque autour de l'anse attirée au dehors, dans toute son épaisseur, pour créer un anus artificiel avec éperon.

On peut négliger, de nos jours, le danger que courra la malade le jour où M. Jeannel oblitérera l'anus artificiel. Mais porter de la sorte, pendant plusieurs mois, une infirmité dégoûtante, n'est-ce pas payer bien cher une cure encore non démontrée? La longueur du traitement n'est pas une objection valable, car les méthodes classiques ne sont pas toujours d'une rapidité excessive et d'autre part, de récidive en récidive, les malades n'en sont plus à compter les mois qu'ils passent entre les mains d'un chirurgien. Qu'importe encore que, pendant ce temps, le patient soit soumis aux inconvéniens de l'anus artériel: qu'on lui offre une méthode efficace à l'abri de ces inconvénients. La seule question à se poser est donc la suivante: la colopexie avec anus contre nature est-elle efficace? L'avenir seul permettra de se prononcer. Mais déjà un point semble acquis: on peut remplacer l'infirmité du prolapsus par celle de l'anus artificiel. Or, pour les cas invétérés et rebelles, c'est peut-être déjà un résultat. Qui n'a vu des malades que leur prolapsus rend incapables de tout travail, de toute marche, et même de la station debout quelque peu prolongée? Au moindre effort, leur rectum descend à l'extérieur, et de là des douleurs, des

suintements sanguins, de la gêne tout au moins, sans parler de la possibilité de complications graves. Si à ceux-là on offrait en échange les désagréments de la colotomie iliaque, quelques-uns sans doute n'hésiteraient pas.

A. Broca.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie générale.

Recherches sur la nature et le mode de transmission du tétanos, par MM. Maljean, médecin-major de 2e classe, et Peugniez, professeur à l'École de médecine d'Amiens (1).

Nous avons entrepris, à propos de plusieurs cas de tétanos observés presque en même temps, des recherches sur la nature et le mode de transmission de la maladie : nous avons essayé de la reproduire sur des animaux et d'isoler le bacille considéré depuis Nicolaier comme l'agent pathogène du tétanos. Disons-le tout d'abord; nos expériences d'inoculations et nos essais de culture sont restés stériles. Nous n'avons pu reproduire la maladie que dans des circonstances spéciales, en insérant sur des lapins un corps étranger trouvé dans la plaie d'un homme atteint de tétanos.

I. — *Transmission du tétanos par un corps étranger.*

Voici en abrégé le fait qui nous a servi de point de départ :

Obs. — B..., vingt-huit ans, bien portant d'habitude, arrive à Amiens le 1er mai 1889, comme réserviste au 2e escadron du train : le 5 mai, il se plaint d'un malaise mal défini ; le 8, il est atteint de trismus et de raideur de la nuque, et il meurt le 16 mai d'un tétanos rapide et classique.

Au moment où le trismus s'est déclaré, B... ne présentait d'autre lésion qu'une petite plaie, située à la face palmaire du pouce droit et recouverte d'une croûte mince soulevée par un peu de pus. Cette croûte est incisée (8 mai) et le stylet introduit dans la plaie rencontre un corps étranger qui est extrait immédiatement. C'est un fragment de bois long de 15 millimètres et un peu plus gros qu'une allumette. La plaie, située au niveau du pli interphalangien, est oblique en bas : son trajet, entièrement sous-cutané, n'intéresse ni les os, ni l'articulation. Traitée par l'iodoforme et les bains phéniqués, elle était entièrement cicatrisée au bout de six jours, et au moment où le tétanos avait atteint tout son développement.

B... raconte qu'il s'est fait cette plaie le 23 avril en maniant sa pelle, dont le manche présentait une écharde saillante et pointue. Aussitôt après l'accident, il avait essayé, au moyen d'une épingle, de retirer le corps étranger; il avait réussi à en extraire un petit fragment et se croyait débarrassé. La plaie d'ailleurs n'était pas douloureuse et ne l'avait pas empêché de travailler.

Ajoutons (pour nous mettre en règle avec la théorie équine) que le blessé était cantonnier, qu'il travaillait sur une grande route, et que pendant la nuit il laissait sa pelle dans les champs. Le manche de l'instrument (qui nous a été remis et qui a servi à des expériences d'inoculations et de cultures) avait séjourné dans une écurie pendant longtemps ; il portait des traces de boue à son extrémité inférieure, mais pas à l'endroit où l'écharde faisait saillie. Dans le village du blessé et dans les environs on ne se souvenait pas d'avoir entendu parler de tétanos humain ou équin depuis plus de dix ans.

Expérience I. *Premier fait de transmission.* — Aussitôt après son extraction de la plaie, le fragment de bois avait été placé dans un tube à essai contenant de la glycérine neutre stérilisée : le 11 mai, après trois jours de macération, il fut inséré sous la peau d'un lapin vigoureux : on fit une petite plaie sur le flanc gauche de l'animal ; par cette plaie on produisit avec un stylet un décollement susceptible de recevoir le corps étranger et on ferma la plaie avec deux points de suture.

Dans la matinée du 13, quarante-huit heures après l'opération, on trouve l'animal replié sur le côté droit et pouvant à peine se tenir debout ; au niveau de la plaie existe une tuméfaction limitée et douloureuse. A six heures du soir, il ne peut plus se lever ; ses membres sont raides et étendus : la tête est relevée et la queue rabattue sur le sacrum. Dès qu'on approche, qu'on fait du bruit, ou qu'on le touche, il éprouve des secousses convulsives de tout le corps ; à neuf heures du soir on le trouve encore dans le même état et la mort survient pendant la nuit.

A l'autopsie faite le 14 mai à dix heures du matin, on trouve sous la plaie fermée par les sutures un petit abcès entourant le corps étranger et contenant un peu de pus blanc et épais. En dehors de cette collection il n'existe aucune lésion appréciable; pas de suffusions sanguines, ni d'œdème, ni d'emphysème; les parois abdominales, les viscères, le péritoine n'offrent aucune altération.

Expérience II. — Le morceau de bois retiré de la plaie (14 mai) est inséré immédiatement sous la peau du ventre d'un cobaye, d'après le procédé déjà décrit.

L'animal meurt pendant la nuit, dix-huit heures environ après l'opération. A l'autopsie faite le 16, on constate les lésions de la septicémie (vive injection au niveau de la plaie et dans le voisinage, œdème du tissu cellulaire avec bulles de gaz s'étendant jusqu'à l'aine, œdème gélatineux des parois abdominales).

Comme cela arrive souvent dans les expériences de ce genre, la septicémie avait évolué avant le tétanos. Avant d'aller plus loin, il nous parut indispensable d'éliminer les germes septiques : le morceau de bois fut placé dans de la glycérine stérilisée et soumis ensuite dans une étuve à une température de 70 degrés pendant dix minutes.

Expérience III. *Deuxième fait de transmission.* — Le 22 mai, après sept jours de macération, l'écharde fut insérée, de la même manière que précédemment, sous la peau du ventre d'un lapin n° 2. Pendant les cinq premiers jours, l'animal ne présente aucun signe de maladie ; au niveau de la plaie il existe un peu de tension et de gonflement. Dans la matinée du 28 mai, il se tient encore debout, mais dans une position anormale ; les membres sont raides et étendus, la tête est relevée ; l'animal ne peut pas marcher; dès qu'on le touche, il tombe pour ne plus se relever. Dans cette position il a les pattes antérieures complètement étendues, sauf au niveau des boulets qui présentent une très légère flexion ; elles forment un angle droit avec le tronc. Les membres postérieurs non contracturés peuvent encore exécuter quelques mouvements. La tête est relevée en arrière ; les muscles de la nuque sont durs ; on ne peut écarter les mâchoires. La queue rabattue sur le dos revient dans cette position après qu'on l'a fléchie. Les parois abdominales ont conservé leur souplesse; mais la respiration est lente et pénible. Quand on soulève l'animal par les oreilles, le corps reste raide et rien ne fléchit. Le moindre bruit et le moindre contact déterminent des secousses convulsives qui se répètent plusieurs fois. En un mot, l'animal offre tous les signes d'un tétanos bien caractérisé et semblable à celui de l'homme. Le lendemain 29 mai, la contracture a fait encore des progès ; elle a envahi complètement les membres postérieurs qui, la veille, possédaient encore quelques mouvements; ils sont étendus presque parallèlement à l'axe du corps. L'animal est resté couché à l'endroit où il avait été placé la veille ; la respiration est devenue plus lente ; et les secousses convulsives se reproduisent quand on marche près de lui. Il meurt dans l'après-midi, trente-six heures après l'apparition des accidents tétaniques.

A l'autopsie faite immédiatement après la mort, on ne constate aucune lésion des viscères, ni des parois abdominales; au niveau de la plaie, il existe un abcès bien limité, sans œdème ni emphysème ; un ganglion axillaire du côté correspondant à la lésion est tuméfié et rougeâtre.

Expérience IV. *Troisième fait de transmission.* — Dans la matinée du 28 mai, après qu'on eut constaté sur le lapin précédent (n° 2) des signes manifestes de tétanos, on ouvrit la plaie, pendant que l'animal était encore vivant, et on retira le corps étranger qui fut aussitôt inséré sous la peau du ventre d'un troisième lapin.

Quarante-huit heures après, on trouve l'animal couché, les membres étendus et contracturés, la tête renversée, la queue

(1) Travail fait au laboratoire de l'École de médecine d'Amiens.

relevée, offrant en un mot les mêmes symptômes que les lapins précédemments tétanisés. Il meurt à midi ; l'autopsie pratiquée aussitôt après la mort, ne fait découvrir qu'une lésion locale, analogue aux autres, un petit abcès autour du corps étranger.

Expérience V. — Retirée le 30 mai de la plaie du lapin n° 3, l'écharde fut remise dans de la glycérine stérilisée ; sept jours après ; on l'inséra sous la peau de l'encolure d'un vieux cheval livré à l'équarrissage. Mais l'animal, plus affaibli qu'on ne l'avait cru, mourut quelques heures après l'opération. Le corps étranger ne put être extrait que le lendemain sur le cadavre déjà putréfié.

Pour détruire les germes septiques, qui paraissaient à craindre dans l'espèce, on soumit à une température de 80 degrés pendant dix minutes, le corps étranger préalablement remis dans de la glycérine; il séjourna dans ce liquide pendant vingt jours.

Expérience VI. — Le 26 juin, il fut inséré sous la peau du ventre d'un lapin n° 4, suivant le procédé habituel. Au bout de trois jours, il se forma un petit abcès au niveau de la plaie; l'abcès s'ouvrit spontanément le cinquième jour et laissa sortir le fragment qui ne put être retrouvé. L'animal gardé en observation pendant plusieurs mois n'a présenté aucun signe de maladie.

Ici se termine l'odyssée de ce corps étranger de petit volume et d'origine banale qui, introduit sous la peau, a communiqué le tétanos à un homme et à trois lapins et n'a rien perdu de sa virulence bien qu'il ait été soumis à une température de 70 degrés maintenue pendant dix minutes.

Il contenait assurément l'agent tétanique quel qu'il soit, microbe ou ptomaïne. Nous avons admis la première de ces hypothèses et nous avons recherché le bacille tétanique soit par des cultures *in vitro*, soit par le mode de culture le plus sûr, la culture dans le milieu vivant, c'est-à-dire l'inoculation.

II. — *Inoculations.*

Dans la théorie microbienne on admet pour le tétanos une évolution analogue à celle de la diphthérie; le bacille resterait localisé dans la plaie d'entrée et s'y multiplierait en sécrétant une substance soluble dont la résorption produirait un empoisonnement caractérisé par des phénomènes de contracture. Cette manière de voir concorde avec les résultats de l'expérimentation : on n'a jamais pu reproduire le tétanos en inoculant, soit le sang, soit le tissu nerveux. Les seules inoculations positives ont été celles du pus ou des tissus de la plaie. Nous avons donc limité nos expériences à ces derniers produits : sur des blessés atteints de tétanos, ou sur des lapins tétanisés nous avons recueilli le pus ou les tissus de la plaie, et nous avons inoculé ces produits soit en nature, soit associés à des corps étrangers.

Expérience VII. *Pus tétanique délayé dans l'eau.* — Le 14 mai, à dix heures du matin, en faisant l'autopsie du lapin n° 1, mort du tétanos pendant la nuit, on recueille un peu de pus dans l'abcès formé autour du corps étranger. Ce pus, obtenu en grattant les parois de l'abcès, est délayé dans de l'eau stérilisée : 1 centimètre cube de l'émulsion est injecté avec une seringue de Pravaz sous la peau du dos d'un lapin.

Le lendemain, il se produit une petite nodosité au niveau de la piqûre et l'animal paraît un peu abattu ; il est rétabli le troisième jour et la tuméfaction disparaît rapidement.

Expérience VIII. *Pus tétanique associé à un corps étranger.* — Le 28 mai, on ouvre la plaie du lapin n° 2 atteint de tétanos et encore vivant ; après avoir retiré le morceau de bois, on introduit dans l'abcès un morceau de ouate stérilisée : on l'imprègne du pus de l'abcès et on l'insère immédiatement sous la peau du ventre d'un cobaye ; la plaie est fermée par deux points de suture.

L'animal reste bien portant; on constate le lendemain un peu de gonflement au niveau de la blessure ; huit jours après, elle est guérie ; l'ouate a été éliminée avec les fils de la suture.

Expérience IX. *Pus tétanique associé à un corps étranger.* — Le 30 mai, avec du pus recueilli dans l'abcès du lapin n° 3, mort du tétanos depuis quelques heures, on imprègne un morceau de ouate stérilisée et on l'insère sous la peau du ventre d'un cobaye, comme dans l'expérience précédente.

Même résultat négatif; guérison de la plaie au bout de six ou sept jours.

Expérience X. *Fragment de tissu emprunté à une plaie tétanique.* — Le 29 mai, en faisant l'autopsie du lapin n° 2, mort du tétanos depuis une heure à peine, on enlève un fragment des parois de l'abcès formé autour du corps étranger. Ce fragment est inséré sous la peau du ventre d'un cobaye et maintenu avec deux sutures.

Même résultat négatif ; la plaie est cicatrisée au bout de quelques jours.

Expérience XI. *Pus tétanique associé à un corps étranger.* — Il s'agit du pus d'un homme atteint de tétanos à la suite de deux plaies contuses de la jambe ; la maladie eut une marche traînante et se termina par la guérison.

Le 6 juin, cinq jours après le début du tétanos, on recueille avec des pipettes stérilisées du pus pris dans les deux plaies. Ce pus sert à imprégner un morceau de bois, ayant les mêmes dimensions que l'écharde tétanifère. On insère ce corps étranger sous la peau du ventre d'un cobaye et on le maintient avec deux sutures.

L'animal n'éprouve aucun accident ; le corps étranger est éliminé au bout de cinq jours et la plaie se cicatrise rapidement.

Expérience XII. *Pus tétanique délayé dans l'eau.* — Un homme avait contracté le tétanos à la suite de l'ablation d'un sarcome de la cuisse : la maladie resta localisée à la mâchoire, au cou, aux parois abdominales et finit par guérir.

Le 19 juillet, quatre jours après le début du tétanos, on recueille du pus dans la plaie au moyen d'une pipette flambée; on le délaye dans de l'eau stérilisée et on injecte l'émulsion à un cobaye (1 centimètre cube) et à deux lapins (chacun 2 centimètres cubes).

A part une légère tuméfaction au niveau des piqûres, les animaux ne présentèrent aucun accident.

De ces huit expériences on est en droit de conclure que, sur le lapin et le cobaye, et dans les conditions où nous nous sommes placés, le tétanos n'est pas inoculable par les produits de la plaie, que ces produits soient introduits sous la peau en nature ou qu'ils soient associés à des corps étrangers.

III. — *Cultures.*

Pendant plusieurs mois nous avons fait de nombreux essais de culture, soit en présence de l'air, soit le plus souvent dans un gaz inerte (acide carbonique ou gaz d'éclairage); pour les ensemencements nous nous sommes servis :

1° Du pus recueilli dans les plaies de blessés ou de lapins atteints de tétanos;

2° De fragments de tissu empruntés à ces mêmes plaies;

3° De la pulpe des ganglions lymphatiques voisins ;

4° Du sang de lapins atteints de tétanos;

5° De la glycérine dans laquelle avait macéré l'écharde tétanifère;

6° De fragments de ce corps étrangers;

7° De poussières empruntées au manche de la pelle.

Toutes ces tentatives ont échoué, et nous n'avons obtenu en fin de compte que les organismes habituels de la suppuration et quelques saprophytes peu exigeants au point de vue de l'oxygène. Toutes les cultures ont été inoculées à des lapins ou à des cobayes; elles ont produit parfois des abcès ou des eschares, mais jamais d'accidents tétaniques. Nous ne faisons que mentionner ces résultats négatifs; ils n'ont rien d'étonnant, car là où les inoculations avaient échoué, les cultures devaient à fortiori rester stériles.

IV

Nous en tenant à nos faits et comparant l'insuccès des inoculations avec les quatre cas de tétanos produits par le

corps étranger, nous devons admettre que ce morceau de bois n'a pas emprunté son pouvoir tétanigène aux plaies dans lesquelles il a séjourné. Au moment où il a pénétré dans le doigt du cantonnier, il était déjà imprégné du poison : il l'a gardé pendant ses premiers passages dans les tissus. S'il a fini par perdre sa puissance toxique, on peut attribuer ce résultat à une cause accidentelle, comme la putréfaction du cadavre du cheval, ou bien le chauffage à 80 degrés. Mais on peut croire aussi qu'il a perdu sa virulence par l'effet mécanique des trajets accomplis. Dans cette hypothèse on ne saurait mieux comparer ce morceau de bois tétanifère qu'à une flèche empoisonnée qui tuerait les premiers organismes traversés et qui, n'étant plus *rechargée*, finirait par *s'essuyer* dans les tissus et par devenir inoffensive.

Cette hypothèse, qui fait du tétanos un empoisonnement par un composé chimique fabriqué en dehors de l'organisme, est d'accord avec un grand nombre d'observations et peut encore figurer honorablement en face de la théorie microbienne, surtout depuis que l'on connaît le résultat des recherches récentes de M. Chantemesse sur le bacille de M. Nicolaier : cet organisme, qui n'avait jamais été isolé et qui était regardé sans preuves suffisantes comme l'agent pathogène du tétanos, a été obtenu à l'état de cultures pures. Mais l'inoculation de ces cultures ne produit aucun accident tétanique (1).

REVUE DES CONGRÈS

Quatrième Congrès français de chirurgie tenu à Paris du 7 au 12 octobre 1889.

(Suite. — Voyez les numéros 42 et 43.)

Résultats immédiats et éloignés des opérations dirigées contre les tuberculoses locales.

La question posée à l'avance par laquelle ont débuté les discussions générales du Congrès était certes de celles auxquelles tout chirurgien peut répondre, en partie au moins. Qui n'a pas opéré un plus ou moins grand nombre de tuberculoses locales? Qui n'a pas suivi, et trop souvent vu mourir phthisiques, ses propres opérés ou ceux des autres? On conçoit donc que les orateurs aient été nombreux, et nous avons à énumérer MM. *Démosthène* et *Léonté* (Bucharest), *Guyon*, *Verneuil*, *Ollier*, *Le Dentu*, *Terrillon*, *Schwartz*, *Bœckel* (de Strasbourg), *Queirel* (de Marseille), *Houzel* (de Boulogne), *Bousquet* (de Clermont-Ferrand), *Vignes* et *Iscovesco*.

Le débat comportait une étude générale à laquelle le professeur *Verneuil* s'est spécialement attaché. Mais aussi il faut tenir compte des différences qui tiennent au siège des lésions.

1. Étude générale. — Pendant longtemps on n'attribuait pas à la tuberculose les affections dites scrofuleuses. D'autre part, quand on se trouvait en face d'une lésion tuberculeuse externe, on négligeait bien souvent de la traiter chirurgicalement : la loi de Louis ne nous enseignait-elle pas que, de par ses poumons, le malade était voué à la phthisie? Mais peu à peu, surtout depuis que la tuberculose a dépossédé la scrofule de la majeure partie de son domaine, la loi de Louis est de plus en plus battue en brèche et une doctrine nouvelle est née : le foyer externe est souvent le foyer primitif et de lui partent les bacilles qui envahissent de proche en proche et finalement infectent l'économie entière. De là une conclusion thérapeutique : s'attaquer aussi énergiquement que possible à la lésion externe et la plupart des chirurgiens prennent sans tarder le bistouri. Tous ne sont pas cependant enthousiastes, et M. *Léonté* (de Bucharest), par exemple, prolonge autant que possible les essais de thérapeutique médicale. Ainsi, dit M. Verneuil, le procès est encore en instance entre la médecine opératoire et la médication interne. Pour le juger, il faut des faits et non des raisonnements; mais des faits catégorisés.

Tout d'abord, qu'est-ce qu'un résultat *immédiat?* Avec M. *Verneuil* prenons les deux mois qui suivent l'opération. Le résultat bon est caractérisé par le succès opératoire complet : le foyer se cicatrise. Ce résultat, on l'obtient souvent, surtout depuis l'antisepsie. On n'oubliera pas, toutefois, que les amputations pour tumeurs blanches réussissaient déjà dans la chirurgie ancienne. Mais aussi les résultats médiocres ne sont pas rares : il reste une ou plusieurs fistules. Il est vrai que parfois c'est tout ce qu'on demandait, de parti pris, à une opération qu'on savait devoir être purement palliative : c'est le cas pour certaines tailles hypogastriques dirigées contre la tuberculose vésicale. Le résultat médiocre est encore une amélioration. Le résultat nul est le simple *statu quo :* on transforme, par exemple, une fistule anale en un canal ouvert qui ne tend pas à se cicatriser. Enfin, il faut malheureusement tenir compte des résultats mauvais et même mortels.

Certes il est des auteurs qui, depuis l'antisepsie, se croient en droit de négliger la mortalité, ou à peu près. On peut le leur accorder pour les complications septiques aujourd'hui à peu près annihilées. Mais ils ont tort d'alléger l'acte opératoire de toute léthalité. Après les opérations les plus simples, on peut voir évoluer une granulie, ou bien une tuberculose viscérale préexistante reçoit un coup de fouet; et la granulie est fatale. On n'en saurait dire autant des simples poussées viscérales, qui n'en restent pas moins un rappel à la prudence.

Les statistiques fournies par divers auteurs démontrent qu'en effet les accidents septiques ont disparu. M. *Démosthène* (de Bucharest) sur 429 malades a pratiqué 281 opérations importantes : 72 pour lésions osseuses; 133 pour abcès froids; 61 pour ganglions (dont 40 oxtirpations); 13 pour pleurésie purulente; 2 pour péritonite purulente. Il a eu 12 morts, soit 4,2 pour 100. M. *Routier*, plus favorisé encore, n'a que 2 décès sur 150 interventions sérieuses, soit 1,2 pour 100; décès dus l'un à une pneumonie franche, l'autre à une désorganisation tuberculeuse du rein droit, lésion impossible à reconnaître, car le rein ne formait pas tumeur et d'autre part son uretère était oblitéré.

Cette dernière observation démontre le danger des lésions viscérales concomitantes. Mais ni M. Démosthène ni M. Routier n'ont vu de ces poussées tuberculeuses aiguës telles que M. Verneuil les décrit. La plupart des orateurs ont également considéré ce danger comme négligeable. Une opération quelconque chez un tuberculeux, une kélotomie par exemple, ne donnera pas un coup de fouet à la diathèse, affirment-ils, et ils n'incriminent guère plus les opérations sur les foyers tuberculeux. A une condition, cependant: c'est que l'asepsie soit parfaite et que le malade n'ait pas à subir la fièvre traumatique. De même pour les aggravations d'une phthisie pulmonaire concomitante — et aujourd'hui presque tous les chirurgiens résèquent volontiers, amputent surtout fort bien un phthisique avancé, et les lésions pulmonaires en général s'amendent. C'est, dit M. *D. Mollière*, que la lésion externe suppurée, fistuleuse est le point de départ d'une infection mixte septique; par la suppression radicale de ce foyer on fait cesser l'aggravation de l'état général engendrée par l'infection mixte. M D. Mollière, cependant, recommande, pendant l'opération, d'éviter la prolongation de l'anesthésie chloroformique; après l'opération, de se tenir en garde contre la stagnation

(1) Nous laissons de côté les résultats annoncés par Kilasato (de Berlin) ; ils n'ont pas été confirmés et nous ne les connaissons que par des analyses peu concordantes.

dans le lit. C'est pourquoi chez un phthisique avancé l'amputation sera souvent préférable à la résection.

Quelques auteurs cependant ont appuyé l'opinion de M. Verneuil et n'ont pas partagé cet optimisme. Un sujet auquel M. *Houzel* a extirpé des ganglions cervicaux est mort au dix-huitième jour de méningite tuberculeuse. M. *Schwartz*, sur 200 opérés, en a vu 5 chez lesquels des accidents sont survenus. Trois ont eu des exacerbations de lésions préexistantes; deux ont succombé à une granulie que rien ne faisait prévoir. Il est à noter pourtant que tous deux avaient été fort difficiles à chloroformiser; que chez tous deux les accidents ont éclaté dès le lendemain. La poussée, latente, n'avait-elle donc pas débuté avant l'acte chirurgical? M. *Léonté* (de Bucharest) admet, lui aussi, les généralisations par auto-infection traumatique et en cite deux faits.

Enfin, M. *Fontan* (de Toulon) a insisté sur des poussées congestives, graves, mais non mortelles, dont le poumon déjà tuberculeux a été quatre fois le siége sous ses yeux, et cet accident serait plus fréquent après les suppressions totales, castration ou amputation, qu'après les évidements et les résections.

On le voit, l'accord n'est pas fait sur ce point. C'est la seule contestation qui concerne les résultats immédiats.

Mais cicatriser ou améliorer un foyer externe n'est pas le seul but qu'on se propose. Le *résultat éloigné* n'est bon que si on a réellement supprimé la cause d'infection et si le sujet est pour le restant de ses jours à l'abri de la récidive, locale ou à distance, des lésions bacillaires. Or, quand on suit les malades, on voit que beaucoup d'entre eux — et c'est là le résultat médiocre — n'ont bénéficié que d'une trêve. Sur place, dans une région quelconque, dans un viscère, dans le poumon surtout, les hostilités recommencent et le combat tourne trop souvent à l'avantage du bacille. Autrefois, à l'époque où les amputations traumatiques de cuisse ne guérissaient presque jamais, Malgaigne, Hutin, Bauders, n'ont pas pu trouver de moignon de cuisse à Bicêtre ou aux Invalides. Et pourtant on en amputait pour tumeur blanche du genou. Qu'on interroge les amputés qu'on voit à la consultation orthopédique du Bureau central: ceux dont le moignon a plus de dix ans de date ont bien rarement été opérés pour une lésion tuberculeuse. Interrogé par M. Verneuil, M. Marjolin, qui pendant longtemps a exercé dans un hôpital d'enfants, a confirmé ce pessimisme, qui contraste avec l'optimisme inspiré par les résultats immédiats.

Aussi bien qui s'en étonnerait, ajoute M. *Verneuil*, puisque M. Jeannel a prouvé qu'après une inoculation externe le bacille a passé dans le sang au bout de huit à dix minutes? Quand on opère, il y a toujours, à un degré variable, une infection générale. Cette opinion, il est vrai, n'est pas admise de tous, et nombre de chirurgiens et d'expérimentateurs pensent que le bacille progresse souvent avec lenteur dans le système lymphatique avant de contaminer le sang. Mais ceux-là mêmes reconnaissent la gravité du pronostic définitif: l'opéré sera trop souvent apte à cultiver de nouveau le bacille qu'il avait déjà trop bien accueilli à sa première visite.

De là l'importance de conditions diverses, et l'utilité de classifier les faits avant d'en tirer des conclusions. Toutes choses égales d'ailleurs, l'énergie et la régularité du traitement général pré et post-opératoire ont un grand intérêt, et peut-être est-ce à la médication iodoformée persistante, qu'une femme opérée de néphrectomie par MM. Verneuil et Le Dentu doit une survie de quatre ans, sans aucune menace. Le pronostic, les indications opératoires ne se ressemblent pas chez l'enfant, l'adulte, le vieillard. Personne ne conteste le rôle de l'hérédité, de la condition sociale, de la richesse, de l'aisance, de la pauvreté, de la misère. Prenez un tuberculeux dépenaillé, qui n'a pas mangé avant d'entrer à l'hôpital; opérez-le, puis rendez-le à son milieu primitif: sa mort est à peu près fatale. Or ces conditions sont malheureusement trop fréquentes dans notre clientèle hospitalière. Envoyez au contraire votre opéré dans un climat marin, et souvent vous assurerez la cure. De là les statistiques remarquables de MM. Houzel, Cazin, qui opèrent à Boulogne, au bord de la mer, dans un milieu béni.

Ce n'est pas tout, et la localisation du mal doit être prise en sérieuse considération: périphérique ou viscérale; unique ou multiple. Arrivons donc à l'étude des cas particuliers.

(*A suivre.*)

Communications diverses.

Résection du maxillaire inférieur pour l'amputation de la langue. — M. *L. Labbé* a recommandé déjà ce procédé il y a six à sept ans, et, depuis, ses convictions se sont affirmées. M. Polaillon aussi a eu recours, avec de bons résultats, à ce procédé. La difformité ultérieure est grande, il est vrai, dans bien des cas; mais M. Labbé présente un malade qui, au bout de onze mois, se porte bien, et a un appareil qui corrige très bien la difformité.

Amputations du pied. — M. *Démosthène* (de Bucharest) a observé un jeune homme qui était atteint d'une gangrène des deux pieds par congélation. Il a fait, à droite, l'opération de Lisfranc; à gauche, la sous-astragalienne avec résection de la tête. Or le moignon de la sous-astragalienne est très bon, sans renversement; les malléoles ne portent pas sur le sol; le raccourcissement n'est que de 25 millimètres. La décapitation de l'astragale a été imposée par le manque d'étoffe.

Fractures de la rotule. — M. *Tripier* a eu deux très bons résultats par le massage, et, avec Richelot, il admet que la consolidation osseuse n'a que peu d'importance. Le seul point à considérer est l'état du triceps, et, à ce point de vue, M. Tripier pense qu'il faut tenir grand compte de l'épanchement sanguin. A l'appui de cette opinion, il cite l'autopsie d'une femme morte en quelques heures après un trauma violent. Il y avait des caillots abondants dans l'articulation, et de là le sang avait fusé dans les deux vastes, très infiltrés. Est-ce là un fait unique? ou faut-il considérer que cette lésion des muscles est la cause principale de l'atrophie, jusqu'ici considérée comme d'ordre réflexe? M. Tripier a fait quelques expériences sur la pénétration dans les vastes de liquide injecté autour de l'articulation. Jamais il n'a trouvé une goutte de liquide dans le droit antérieur. Le massage est le vrai traitement pour parer aux inconvénients de ces infiltrations.

Traitement du pied bot par la méthode de Phelps, par M. *Kirmisson*. — Cette méthode a été communiquée au Congrès de Copenhague en 1884, par Phelps, élève de Sayre. Elle consiste à sectionner à ciel ouvert toutes les parties molles qui, rétractées, sont l'obstacle à la réduction, c'est-à-dire la peau, les tendons, les ligaments du bord interne de la plante du pied. Elle s'est rapidement vulgarisée, et bien des chirurgiens, à l'étranger surtout, n'ont plus guère recours qu'à elle contre les cas qui résistent à l'orthopédie et aux simples ténotomies. Nous n'avons pas à revenir sur le manuel opératoire, exposé il y a peu de temps dans la *Gazette* d'après une clinique de M. Kirmisson lui-même (voy. p. 349). Au besoin, il faut associer à cette opération une tarsectomie cunéiforme externe, une ténotomie du tendon d'Achille. M. Kirmisson communique au Congrès les sept beaux succès qu'il a obtenus de la sorte sur quatre malades. Les enfants ont encore un peu d'enroulement du bord interne du pied, mais en somme ils se portent bien et marchent sur la plante du pied. Trois d'entre eux avaient été déjà traités sans succès, dont deux par des ténotomies et par l'extirpation de l'astragale.

Sarcome de l'os iliaque. — M. *Roux* (de Lausanne) présente un malade auquel il a *réséqué l'os iliaque droit* tout entier, en 1887, pour un chondrosarcome.

Pansement a la charpie stérilisée. — M. *Régnier* (de Nancy) a eu à se servir, dans un hôpital militaire, de charpie antiseptique réglementaire, obtenue en traitant les approvisionnements

anciens. Or il suffit de stériliser cette charpie par la chaleur pour pouvoir s'en servir sans danger. C'est une preuve de plus que peu importe la substance de pansement employée, pourvu qu'elle soit aseptique.

Anesthésie a la cocaïne. — M. *Reclus* a publié, avec M. Wall, un article sur ce point dans la *Revue de chirurgie*. Malgré cela, on objecte toujours à la cocaïne d'être infidèle et dangereuse. Depuis, M. Reclus compte environ deux cents opérations de plus, et il maintient que c'est un bon procédé d'analgésie locale. Pour quelques opérations légères sur les muqueuses, le contact suffit, de même une injection intra-articulaire donne de fort bons résultats dans les lavages articulaires phéniqués pour hydarthroses chroniques, et ici M. Reclus donne un manuel opératoire spécial pour un lavage pour ainsi dire à grande eau. Mais presque toujours il faut des injections intradermiques, et ces injections sont très fidèles si l'on suit bien la technique voulue. Il faut pousser l'aiguille dans le trajet de l'incision qui va être pratiquée, et, quoi qu'on en dise, il faut, le long de ce trajet, faire cheminer l'aiguille dans le derme et non pas sous lui. On pousse peu à peu le piston à mesure que l'aiguille avance. On aura grand soin de faire passer l'incision exactement sur la ligne ainsi tracée. Au besoin, on peut ajouter une ou plusieurs injections profondes. On obtient ainsi une analgésie très fidèle même, quoi qu'on en dise, dans les tissus enflammés, et cette analgésie a une durée absolument suffisante de quarante, quarante-cinq minutes. Quoi qu'on en ait dit encore, aucune région n'y est rebelle, même la région ano-rectale. Mais la cocaïne est-elle dangereuse? Est-il vrai qu'il y a 126 cas de mort, comme l'a dit un dentiste à M. Roux (de Lausanne)? Or M. Reclus et ses élèves, Wall, Delboscq ont trouvé seulement 4 observations; et, dans les quatre, on avait employé au moins 75 centigrammes. Avec 20 centigrammes, pas de danger mortel : on peut avoir quelques légers troubles, mais c'est tout. On cite des accidents sérieux avec 5 centigrammes. M. Reclus n'en a jamais vu à ce degré; il pense que c'est parce qu'il pousse l'injection lentement, en faisant avancer l'aiguille. De la sorte on est certain de ne pas faire une injection intraveineuse.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

SÉANCE DU 29 OCTOBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

M. le docteur *Delamare*, médecin-major au 32e de ligne, envoie un rapport sur *les vaccinations dans la garnison de Châtellerault en* 1888-1889.

M. *Marty* dépose un travail manuscrit de M. *Moissonnier*, pharmacien-major de 1re classe, sur *la nature et la qualité des eaux potables de la place et du territoire de Belfort*.

M. *Proust* présente: 1° un ouvrage de M. le docteur *A.-J. Martin*, intitulé: *Des épidémies et des maladies transmissibles dans leurs rapports avec les lois et les règlements*; 2° un rapport manuscrit de M. le docteur *Collardot* sur *le typhus de* 1888 *à Alger*.

M. *Jaccoud* présente: 1° la relation d'une *épidémie de dengue observée en* 1880 *en Syrie*, par M. le docteur *de Brun*; 2° un ouvrage de M. le docteur *Mourao Pitta* sur *l'île Madère*.

M. *Riche* dépose un volume de M. *Lajoux* (de Reims) sur *l'eau potable, le lait et le vin*.

M. *Le Roy de Méricourt* présente un mémoire imprimé de M. le docteur *Maurel* (de Toulouse) sur *les causes de l'exaspération vespérale de la température normale*.

M. *Albert Robin* dépose un travail de M. le docteur *Chiaïs* sur *l'action curative des eaux d'Évian dans les perversions nutritives avec hypoazoturie et déséquilibre urinaire*.

M. *Ollivier* présente la traduction française du *Traité de pathologie interne et de thérapeutique* de M. le docteur *Hermann Eichhorst* (de Zurich).

Obsèques de M. Ricord. — M. *Péan* donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Ricord samedi dernier.

Prix. — Lecture est faite par M. *Cornil* d'un rapport sur le concours pour le prix Portal en 1889. Le sujet proposé était l'anatomie et la physiologie pathologiques des capsules surrénales.

Vaccine. — M. *Hervieux*, directeur du service de la vaccine, donne lecture du rapport général sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en 1888. La majeure partie de ce travail est consacrée à la question de la vaccine obligatoire. Consultée en 1881 sur ce sujet à propos du projet de loi présenté à la Chambre par Liouville, l'Académie s'était prononcée pour le principe de l'obligation, mais seulement en ce qui concerne les vaccinations. Aucune suite ne fut donnée au projet de loi. D'ailleurs l'insuffisance des ressources vaccinales eût rendu à cette époque la loi inexécutable. M. Hervieux s'applique à démontrer qu'aujourd'hui, avec la vaccine animale, on peut satisfaire aux exigences de la loi, si elle était édictée, défier la violence des épidémies, et remédier jusqu'aux défaillances du budget. L'inoculation d'une seule génisse permettant de vacciner aisément 1500 personnes, on conçoit que, si l'on vaccinait plusieurs de ces animaux à la fois, on pourrait alimenter de vaccin une vaste région. Il existe déjà en France un assez grand nombre d'instituts vaccinogènes pour subvenir à tous les besoins. Les vaccinations dans l'armée ne coûtant pas plus de 5 centimes par homme, grâce à la vaccine animale, l'application de la loi n'entraînerait plus les sacrifices énormes qu'aurait exigés l'emploi du vaccin humain. Enfin l'abondante production du vaccin animal permettrait d'enrayer les grandes épidémies.

L'objection de l'attentat à la liberté individuelle et à l'autorité du père de famille tombe devant cette considération que l'intérêt particulier doit toujours être sacrifié à l'intérêt général, et que l'obligation existe déjà d'ailleurs pour le service militaire, l'instruction laïque, la loi sur les professions insalubres, l'expropriation pour cause d'utilité publique, les impôts de toute nature. On a dit encore: « Puisque la vaccine préserve de la variole, il suffira à ceux qui redoutent cette maladie de se faire vacciner pour être à l'abri de toute contamination. » M. Hervieux répond : « Si, en répudiant la vaccine, vous devenez le point de départ d'une épidémie, vous pouvez contaminer les vaccinés, la vaccine n'ayant pas la prétention d'être un préservatif plus certain que la variole elle-même. » On a objecté le désaccord des médecins sur toutes les questions relatives à la médecine. Or, à part quelques hérétiques, le public médical tout entier reconnaît la puissance préservatrice de la vaccine et la nécessité d'une loi sur les vaccinations et revaccinations obligatoires. Les statistiques établies en France et à l'étranger font ressortir la différence énorme qui existe entre les bienfaits de la vaccine, suivant qu'elle est facultative ou obligatoire, et démontrent avec quelle efficacité le principe de l'obligation lutte contre les épidémies les plus véhémentes. Les rapports des médecins militaires nous signalent presque tous les ans le fait de quelque garnison restée indemne au milieu d'une population plus ou moins éprouvée par la variole. Or cette immunité n'est due qu'aux vaccinations annuelles.

« La loi est vexatoire, a-t-on dit; elle fera naître des résistances. » Toutes les prescriptions hygiéniques imposées au nom de la loi, sont-elles donc moins tyranniques? On croit généralement en France au pouvoir prophylactique de la vaccine, mais on attend tout, non pas de l'action, mais de la contrainte gouvernementale. « Quelle sera la sanction pénale ? » disent les adversaires de la loi. Une propagande active ne suffisant pas à vaincre l'apathie, les préjugés, l'ignorance des populations, il n'y a que l'intérêt qui puisse triompher de la force d'inertie opposée parfois au zèle ou au dévouement des médecins. La loi une fois édictée, l'administration sera armée d'une grande force morale pour faire prévaloir le principe de l'obligation.

Quant à la puissance des revaccinations, non seulement pour atténuer, mais pour supprimer le fléau variolique, elle est aujourd'hui un fait démontré. Mais il ne faut pas se dissimuler que la pratique de l'obligation rencontrera des diffi-

cultés de plus d'un genre. Supposez que l'on vaccine tous les sujets âgés de dix ans, le nombre des vaccinations que l'on pratique chaque année sera plus que doublé, et l'on se demande avec quelles ressources vaccinales on réalisera un aussi grand nombre de vaccinations.

Les rapports de M. le professeur Layet (de Bordeaux) et de M. le docteur Boyer (de Lyon) donnent un aperçu des moyens à l'aide desquels cette réalisation peut avoir lieu. Les chiffres sur lesquels ils s'appuient prouvent que le système de l'obligation, qui eût été impraticable avec la vaccine humaine, est d'une application facile et peu dispendieuse avec le vaccin animal. Quant aux résistances qu'on serait exposé à rencontrer pour la pratique des revaccinations, voici la réponse de M. Hervieux : « L'obligation étant déjà introduite dans les habitudes du public à la période scolaire, comme à l'époque de l'adolescence, sera facilement adoptée jusqu'à vingt ans pour la partie de la population qui ne passe pas par les écoles ou qui ne s'est pas soumise au service militaire. La revaccination ayant déjà été pratiquée plusieurs fois pendant les premières étapes de l'existence, il y aurait peu de chances pour que les sujets ainsi prémunis contre les atteintes de la variole fussent frappés ultérieurement par elle. Aux périodes plus avancées de la vie, la revaccination pourrait n'être exigible qu'en temps d'épidémie. »

Après avoir fait connaître quelles sont dans les différents pays les principales prescriptions de la loi sur la vaccine obligatoire, M. Hervieux termine par les conclusions suivantes : 1° il est d'un grand intérêt social qu'une loi rende la vaccination et la revaccination obligatoires sur toute l'étendue du territoire français ; 2° la vaccination devra être pratiquée dans les six premiers mois qui suivent la naissance ; 3° la revaccination est le complément indispensable de la vaccination. Elle devra être pratiquée à la période scolaire et au plus tard à l'âge de dix ans. Elle sera une condition rigoureuse de l'admission dans les écoles, les lycées et tous les établissements d'instruction publique et privée. Elle sera exigée de nouveau dans la période de l'adolescence, à l'âge de vingt ans au plus tard, sans préjudice des revaccinations imposées pour le service militaire, et l'admission dans les administrations, les ateliers, les chantiers de l'État et tous les établissements publics et privés ; 4° aux périodes ultérieures de la vie, la revaccination pourra être exigée par les conseils d'hygiène ou les pouvoirs municipaux, toutes les fois qu'il existera soit une menace d'épidémie, soit une épidémie confirmée.

Tuberculose. — M. *Daremberg* communique ses recherches sur la résistance variable des animaux à la tuberculose. D'après lui, on peut rendre l'organisme plus apte à contracter une tuberculose rapidement mortelle en donnant aux animaux du glycogène par les voies alimentaires ou sous-cutanées, ce qui prouve que l'hyperglycémie du foie prédispose les diabétiques à la tuberculose grave. On rend quelquefois l'organisme moins apte à contracter une tuberculose rapidement mortelle, en donnant aux animaux des huiles ou des graisses par la voie alimentaire, lorsque l'inoculation est faite par la voie sous-cutanée. Quand on introduit le virus directement dans le sang, l'organisme, envahi d'emblée, ne peut plus profiter des éléments favorables que lui apportent les huiles dans sa lutte contre le virus, et il n'y a aucune survie. L'huile de foie de morue, la plus digestible des huiles, doit donc être donnée seulement dans les tuberculoses qui ne sont pas infectantes d'emblée ; cette huile n'agit pas contre le bacille, mais elle donne de la résistance à l'organisme, comme la suralimentation, l'aération permanente et les autres agents de l'hygiène générale. Elle est un agent de défense et non un agent d'attaque. D'autre part, dans toutes les maladies consomptives, les reconstituants généraux agissent en permettant à l'organisme de lutter contre les poisons formés dans l'estomac et l'intestin par des fermentations anormales. Ces reconstituants permettent aussi aux émonctoires (reins, peau) d'éliminer les poisons produits dans les cellules des organes par une nutrition défectueuse. Les tuberculeux qui ont des appareils digestif et urinaire sains vivent longtemps avec leur tuberculose, parce que souvent le tuberculeux meurt empoisonné par les produits de la dénutrition avant de pouvoir mourir de sa tuberculose.

D'ailleurs, on peut retarder l'évolution de la tuberculose chez quelques animaux en les accoutumant à supporter le virus tuberculeux. On peut leur inoculer sous la peau de petites doses de cultures tuberculeuses ou de cultures stérilisées, avant l'inoculation mortelle. On obtient le même résultat incomplet en inoculant sous la peau l'émulsion de la moelle épinière d'animaux morts de tuberculose. De ces faits, M. Daremberg conclut que le virus tuberculeux est un poison que l'on peut manier à la façon des poisons minéraux ou organiques. On peut accroître ou diminuer sa toxicité ; d'un autre côté, on peut augmenter la résistance de l'organisme contre son action désorganisante. Il croit donc qu'à travers cette gamme de virulences diverses, on trouvera la note juste qui transformera le virus en vaccin, qui fixera avec précision l'atténuation conférant infailliblement l'immunité.

Prophylaxie de la tuberculose. — Au nom de la Commission nommée à cet effet, M. *Villemin* donne lecture des propositions ci-après, modifiant celles qu'il avait déposées il y a trois mois de la part de la Commission du Congrès de la tuberculose :

I. La tuberculose est de toutes les maladies celle qui fait le plus de victimes. Dans les grandes villes elle compte pour un quart à un septième dans la mortalité. Pour s'expliquer l'élévation de ce chiffre, il faut savoir que la phthisie pulmonaire n'est pas la seule manifestation de la tuberculose, comme on le croit à tort dans le public ; en effet nombre de bronchites, de pleurésies, de méningites, de péritonites, d'entérites, de lésions osseuses et articulaires, d'abcès froids, etc., sont des maladies de même nature.

II. La tuberculose est une maladie infectieuse, parasitaire, causée par un microbe ; mais elle n'est transmissible à un individu sain par un sujet malade que dans des conditions spéciales que nous allons déterminer. En dehors de sa transmission héréditaire directe, le microbe de la tuberculose pénètre dans l'organisme par les voies aériennes avec l'air inspiré, par le canal digestif avec les aliments, par la peau et les muqueuses à la suite d'écorchures, de piqûres, de plaies et d'ulcérations diverses.

III. La source contagieuse la plus fréquente et la plus redoutable réside dans les crachats des phthisiques. A peu près inoffensifs tant qu'ils restent à l'état liquide, c'est surtout lorsqu'ils sont réduits en poussière qu'ils deviennent dangereux. Ils revêtent promptement cette forme lorsqu'il sont projetés sur le sol, les planchers, les carreaux, les murs ; lorsqu'ils souillent les vêtements, les couvertures, les objets de literie, les tapis, les rideaux, etc. ; lorsqu'ils sont reçus dans des mouchoirs, des serviettes. C'est alors que, desséchés et pulvérulents, ils sont mis en mouvement par le balayage et l'époussetage, le battage et le brossage des étoffes, des meubles, des couvertures, des vêtements. Cette poussière, suspendue dans l'air, pénètre dans les voies respiratoires, se dépose sur les surfaces cutanées et muqueuses dépouillées de leur vernis épidermique, sur les objets usuels servant aux usages alimentaires et devient ainsi un danger permanent pour les personnes qui séjournent dans l'atmosphère ainsi souillée. Le principe contagieux de la tuberculose se trouve aussi dans les déjections des phthisiques, soit qu'il provienne des lé-

sions intestinales si communes dans cette affection, soit qu'il vienne des crachats avalés par les malades. Très fréquemment ceux-ci sont atteints de diarrhée, souillent leur drap de lit et leur linge et créent ainsi une source d'infection contre laquelle il importe de se mettre en garde. En conséquence il faut :

1° Être bien convaincu de la nécessité de prendre les plus grandes précautions au sujet des matières de l'expectoration des phthisiques. Elles doivent toujours et partout être reçues dans des crachoirs contenant une certaine quantité de liquide et non des matières pulvérulentes, telles que du sable, du son et des cendres. Ceux-ci doivent ensuite être vidés chaque jour dans le feu et nettoyés à l'eau bouillante. Jamais ils ne doivent être déversés sur les fumiers ni dans les cours et les jardins où ils peuvent tuberculiser les volailles qui les mangent. L'usage des crachoirs ne doit pas se borner aux hôpitaux et aux habitations privées, mais il est indispensable de l'adopter pour tous les établissements publics (casernes, ateliers, gares de chemins de fer et autre lieux de réunion); 2° ne point laisser sécher le linge maculé par les déjections des tuberculeux, mais le tremper et le faire séjourner quelque temps dans l'eau bouillante avant de le livrer au blanchissage ou bien le brûler; 3° éviter de coucher dans le lit d'un tuberculeux et habiter sa chambre le moins possible, si de minutieuses précautions n'ont pas été prises contre les crachats et contre les souillures de son linge par ses déjections; 4° obtenir que les chambres d'hôtel, les maisons garnies, les chalets, les villas, etc., occupés par les phthisiques, dans les villes d'eau et les stations hivernales, soient meublés et tapissés de telle manière que la désinfection y soit facilement et complètement réalisée après le départ de chaque malade. Le public est le premier intéressé à préférer les habitations dans lesquelles de pareilles précautions hygiéniques sont observées; 5° ne se servir des objets contaminés par les tuberculeux (linge, literie, vêtements, objets de toilette, tentures, meubles) qu'après désinfection préalable (étuve sous pression, ébullition, vapeurs soufrées, peinture à la chaux).

IV. Si les crachats des phthisiques, ainsi que leurs excrétions alvines, sont l'origine la plus commune des tuberculoses acquises, ils n'en sont pas la seule. Le parasite de la maladie peut se rencontrer dans le lait, la viande et le sang des animaux malades qui servent à l'alimentation de l'homme (bœuf, vache surtout, lapins, volailles). 1° Le lait, dont la provenance est le plus généralement inconnue, doit attirer spécialement l'attention des mères et des nourrices en raison de l'aptitude des enfants à contracter la tuberculose (il meurt annuellement à Paris plus de deux mille tuberculeux âgés de moins de deux ans). La mère tuberculeuse ne doit pas nourrir son enfant; elle doit le confier à une nourrice bien portante, vivant à la campagne dans une maison non hantée par des phthisiques, où, avec les meilleures conditions hygiéniques, les risques de contagion tuberculeuse sont beaucoup moindres que dans les villes. L'allaitement au sein étant impossible, si on le remplace par l'allaitement artificiel avec du lait de vache, celui-ci doit être bouilli. Le lait d'ânesse et de chèvre non bouilli offre infiniment moins de danger. 2° La viande des animaux tuberculeux doit être prohibée. Le public a tout intérêt à s'assurer si l'inspection des viandes, exigée par la loi, est convenablement et rigoureusement exercée. 3° L'usage d'aller boire du sang chaud dans les abattoirs est dangereux; il est du reste sans efficacité.

V. Tous les individus n'ont pas au même degré l'aptitude à contracter la tuberculose. Il y a des sujets particulièrement disposés et qui doivent redoubler de précautions pour éviter les circonstances favorables à des contaminations signalées plus haut. Ce sont : 1° les personnes nées de parents tuberculeux ou appartenant à des familles qui comptent plusieurs membres frappés par la tuberculose; 2° celles qui sont débilitées par les privations et les excès; l'abus des boissons alcooliques est particulièrement néfaste; 3° sont aussi prédisposés à la tuberculose les individus atteints ou en convalescence de rougeole, de coqueluche, de variole, et surtout les diabétiques.

La discussion de ces propositions est renvoyée à la prochaine séance.

Cholécystentérostomie. — M. le docteur *Terrier*, candidat dans la section de médecine opératoire, communique une observation d'oblitération du canal cholédoque, ayant nécessité la cholécystentérostomie, c'est-à-dire la création d'une fistule permanente entre la vésicule biliaire et la première portion du duodénum; cette opération est la première qui ait été faite en France et la six ou septième connue; elle a été suivie de succès.

L'opérée était une femme de cinquante-quatre ans, multipare, ayant toujours joui d'une parfaite santé; la ménopause datait de deux années; à cette époque elle fut assez souffrante de douleurs rhumatoïdes et se plaignit aussi du côté droit; en janvier dernier apparurent des troubles digestifs avec de la gêne dans l'hypochondre droit; le 10 mai elle eut une crise hépatique suivie d'un ictère généralisé. A son entrée à l'hôpital le 26 juin, la teinte ictérique était foncée, le prurigo incessant, l'amaigrissement considérable, la faiblesse extrême, la salivation abondante; les selles sont décolorées, les urines, teintes en vert foncé, renferment de 14 grammes à 8 grammes d'urée par vingt-quatre heures, ni sucre, ni albumine. On constate une notable augmentation du volume du foie, au-dessous duquel existe une tumeur ovoïde lisse, rénitente, qui paraît être la vésicule biliaire distendue par la bile. Malgré un traitement médical, diète lactée, eau de Vichy, paquets de naphtol β, des accidents graves, fièvre à 40°,1, frissons, apparaissent; le 13 juillet, M. Terrier se résout à pratiquer une laparotomie exploratrice, décidé à pousser plus loin l'intervention s'il y a lieu.

L'abdomen ouvert, il trouve la vésicule biliaire peu distendue; ponctionnée, il en retire 400 grammes de liquide biliaire. L'ouverture de la ponction est momentanément obstruée par une pince à pression; avec le doigt, il explore alors le trajet du canal cystique et celui du cholédoque dans l'épaisseur du pancréas et perçoit ainsi l'existence d'une tuméfaction ovoïde, ayant les dimensions d'un noyau de datte et paraissant être un calcul oblitérant le conduit cholédoque. C'est alors qu'il tente la cholécystentérostomie. Après avoir placé comme un cordon de bourse un premier fil de catgut fin entre les parties correspondantes de la vésicule biliaire et du duodénum, à 3 centimètres environ du pylore, il fixe au-dessus huit points de suture successivement placés sur deux lignes antéro-postérieures, puis dispose en bourse un dernier point comme le premier. Il serre ensuite successivement ces points de suture et ouvre avec un bistouri étroit la vésicule biliaire d'abord, puis le duodénum dans une petite étendue correspondant à l'ouverture de la vésicule; il fait pénétrer dans la vésicule et dans l'intestin un bout de drain en caoutchouc rouge, long de 4 à 5 centimètres et de 4 à 5 millimètres de diamètre; il serre enfin le point antérieur disposé en bourse et obstrue définitivement à l'aide de deux fils de catgut, passés avec l'aiguille de Reverdin, l'ouverture faite à la vésicule par le trocart.

Pour plus de sécurité, le fond de la vésicule est fixé à l'angle inférieur de la plaie abdominale. Celle-ci est refermée; pansement avec le salol, poudre, gaze et ouate; le tout est maintenu par une bande de flanelle.

Dès le lendemain la salivation et le prurit disparurent; le deuxième jour, la teinte des téguments tendit à diminuer; les suites de l'opération furent simples, sauf pendant cinq jours (vers le douzième jour) où quelques accidents apparurent. Le 10 août, la malade sortit de l'hôpital; actuelle-

ment ses forces reviennent; elle a engraissé sensiblement; les urines sont normales, les selles colorées, les douleurs nulles; seuls, les sclérotiques et le voile du palais sont encore un peu teintés en jaune très clair; son état s'améliore de jour en jour.

Commentant ensuite les observations jusqu'ici publiées, M. Terrier fait observer que cette opération a été faite soit pour parer aux accidents déterminés par une oblitération du canal cholédoque, soit pour guérir une fistule biliaire. Dans le premier cas, quelle que soit la cause de l'oblitération, l'indication de l'opération paraît évidente et même indiscutable; rétablir le cours de la bile par une fistule cholécysto-intestinale, tel est le but qu'il faut se proposer d'atteindre pour guérir le malade. Et cette guérison pourra être définitive s'il s'agit d'une oblitération par calcul ou par simple sclérose du pancréas; au contraire, la guérison est temporaire lors de cancer du pancréas, mais la survie de plus d'une année dans un cas observé par Käppler doit encourager le chirurgien. Dans le second cas, quand il s'agit de fistule biliaire, l'opération est peut-être plus discutable; toutefois, si cette fistule résulte d'obstruction du canal cholédoque, l'opération est tout à fait indiquée. — (Le mémoire de M. le docteur Terrier est renvoyé à l'examen de la section de médecine opératoire.)

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 25 OCTOBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

Hystérie tabagique : M. Gilbert. — Pneumo-thorax survenu dans le cours d'un accès d'asthme et guéri par la thoracentèse : M. Troisier. — L'urticaire chez les enfants : M. G. Comby. — L'anémie des nourrissons : M. Hayem. — Fondation du prix Vincent.

M. *Gilbert* présente un malade de soixante-deux ans qui, depuis l'âge de seize ans, fait un abus immodéré de tabac. L'an dernier cet homme fut atteint dans les membres inférieurs de désordres paralytiques et sensitifs guéris au bout de quelques semaines. Cette année, des troubles à peu près analogues ont reparu et le malade est atteint actuellement d'hémiplégie gauche avec hémianesthésie cutanée et sensorielle, améliorée sous l'influence des agents esthésiogènes et qui présente tous les caractères de l'hémiplégie hystérique. Cet homme n'a aucun antécédent névropathique personnel ou familial; il est bien atteint d'une hystérie acquise, mais sous quelle influence? On ne relève chez lui ni traumatisme, ni perturbation morale, ni maladie infectieuse, ni intoxication, si ce n'est pourtant une intoxication tabagique des plus évidentes. A la fabrique de tabac où il travaille et où il trempe constamment les mains dans le jus de tabac, le malade est soumis depuis plus de quarante ans à une intoxication tabagique par les voies respiratoires et par la peau; de plus, ayant le tabac à sa disposition, il fume, il chique et il prise avec excès.

M. Gilbert croit que son sujet présente une nouvelle variété d'hystérie toxique : l'*hystérie tabagique*.

M. *Hayem* s'élève contre l'abus du mot *hystérie* qui ne caractérise plus une espèce nosologique, une névrose particulière, mais un élément morbide. Pour lui, les troubles hystériformes produits par les intoxications devraient recevoir une dénomination particulière et le mot hystérie devrait être ramené à son sens primitif.

M. *Letulle* avait observé ce même malade à l'hôpital Tenon et, comme M. Gilbert, avait conclu à une hystérie tabagique.

M. *Gilbert-Ballet* répond à M. Hayem qu'il ne voit pas pourquoi on ne considérerait pas l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle des intoxiqués comme de nature hystérique. Les troubles de la sensibilité sont les mêmes et ils sont combinés aux mêmes manifestations (paralysies, contractures, attaques, etc.). D'autre part, les hystériques par intoxication sont, eux aussi, des prédisposés par des tares physiques ou psychiques; chez eux aussi, les manifestations hystériques proviennent souvent à la suite d'une cause déterminante, telle qu'une émotion, une frayeur.

— M. *Troisier* lit une observation de *pneumo-thorax survenu dans le cours d'une hystérie et guéri par la thoracentèse*. (Sera publié.)

M. *Rendu* a observé également un cas de pneumo-thorax guéri par une seule thoracentèse chez un enfant de deux ans. L'épanchement d'air dans la plèvre reconnaissait pour cause la rupture d'une vésicule pulmonaire survenue au cours d'une quinte de toux.

M. *Juhel-Renoy* a, le matin même, pratiqué une thoracentèse d'urgence chez un malade arrivé dans son service avec une dyspnée intense causée par un pneumo-thorax ouvert de cause indéterminée.

M. *Desnos* a pratiqué la thoracentèse chez un tuberculeux en proie à une asphyxie imminente consécutive à la formation d'un pneumo-thorax. Il retira un litre d'air, mais pas une goutte de liquide. Au bout de trois jours le liquide s'était formé; mais des ponctions successives améliorèrent le malade, qui put retourner dans son pays natal. Ici encore, une mort imminente avait été conjurée par la thoracentèse.

— M. *Comby* fait une communication sur l'*urticaire chez les enfants*. (Sera publié.)

M. *Rendu* pense, contrairement à M. Comby, que la dentition peut avoir une influence sur l'urticaire des jeunes enfants.

M. *Sevestre* croit également au rôle joué par la dentition; mais il croit que l'embarras gastrique qui accompagne si souvent l'éclosion des premières dents, sert d'intermédiaire pour amener l'urticaire.

M. *Merklen* ajoute que l'urticaire dépend d'une prédisposition générale souvent héréditaire. Cette prédisposition est mise en éveil par des causes diverses, parmi lesquelles la dentition, sans qu'il soit besoin d'incriminer toujours le mauvais état des voies digestives.

M. *Brocq* n'admet pas avec M. Comby que l'urticaire des enfants puisse se transformer en prurigo de Hebra. C'est le *strophulus pruriginosus* de Hardy simulant l'urticaire, qui probablement est très souvent la première phase du prurigo de Hebra.

— M. *Hayem* lit une note sur l'*anémie des nourrissons*. (Sera publié).

— Dans une séance précédente, la Société a reçu de Mme veuve Adèle Vincent, un don de 1000 francs. Conformément au vœu de la donatrice, la Société médicale des hôpitaux de Paris institue un prix à décerner en juillet 1891, par une commission de la Société, à l'auteur du meilleur travail paru depuis le moment où le concours sera ouvert « sur l'angine de poitrine symptomatique d'une affection du cœur et sur l'artério-sclérose. Le travail (ouvrage imprimé ou manuscrit) devra avoir spécialement pour but de soulager ou de guérir les personnes atteintes de ces maladies ».

Le prix devra se nommer Prix Auguste Vincent. La somme de 1000 francs, non divisible, sous forme d'encouragement, sera attribuée à l'auteur du travail qui marquera un progrès dans l'étude et la thérapeutique des affections sus-indiquées.

Dans le cas où la Commission jugerait qu'il n'y a pas lieu de décerner le prix en 1891, elle remettrait de deux en

deux années l'examen des travaux relatifs à la question posée et ce, jusqu'à ce qu'il y ait lieu de décerner le prix. Le résultat du concours devra être proclamé à une date la plus voisine possible du 8 juillet.

Les travaux écrits en langue française devront être adressés au secrétariat général de la Société médicale des hôpitaux de Paris, au siège des séances de la Société, 3, rue de l'Abbaye, à Paris, le 30 avril 1891 au plus tard

Fernand Widal.

Société de biologie.

SÉANCE DU 19 OCTOBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. DUCLAUX, VICE-PRÉSIDENT.

Maladie phosphorescente de certains crustacés : M. Giard. — Présentation d'ouvrage : M. Laborde. — Sur la structure de l'os normal : M. Zachariadès.

M. *Giard* a observé sur la plage de Wimereux un talitre phosphorescent d'un éclat très intense ; la lueur, verdâtre, provenait de l'intérieur du corps du crustacé, complètement illuminé. La cause de cette phosphorescence était due à des bactéries très nombreuses, grouillant entre les muscles. M. Giard pratiqua alors des inoculations avec ces bactéries sur un grand nombre de talitres; toutes les inoculations furent positives, de telle sorte qu'il obtint une foule d'animaux lumineux. La maladie suit une marche régulière : les muscles s'altèrent rapidement, l'animal s'affaiblit et meurt après quelques jours. D'autres amphipodes ont été également inoculés avec succès, ainsi que des cloportes. La bactérie se cultive bien dans du bouillon acide de morue.

— M. *Laborde* fait hommage à la Société du volume que vient de publier la Société d'anthropologie à l'occasion de l'exposition qu'elle a organisée de ses travaux au Champ de Mars.

— M. *Zachariadès* décrit le réseau fin qu'il a découvert dans des coupes d'os frais d'adultes, comme formé par les cellules osseuses et leurs prolongements; les prolongements protoplasmiques d'une cellule s'anastomosent entre eux et avec ceux d'autres cellules rapprochées ou plus ou moins éloignées.

SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. DUCLAUX, VICE-PRÉSIDENT.

Sur le traitement du strabisme par les exercices stéréoscopiques : M. Javal. — Sur le ferment glycosique du foie : M. Kaufmann. — De la diurèse produite par la lactose : M. G. Sée. — Tuberculose zoogléique : M. Nocard. — Présentation d'ouvrage : M. Marey. — Sur le mécanisme du pouls veineux : M. François-Franck.

M. *Javal*, à propos d'une note présentée par M. Kalt dans la séance du 12 octobre, fait remarquer qu'il n'est pas exact de soutenir que le mécanisme des mouvements oculaires est purement réflexe ; rien, au contraire, n'est plus facile que d'influencer par la volonté les mouvements de convergence et de divergence des yeux ; seulement il faut pour cela que les exercices stéréoscopiques soient bien employés. Il n'est pas plus exact de prétendre que la vision binoculaire peut fonctionner de nouveau d'une manière complète, plusieurs années après avoir été perdue. Il y aurait là un fait de la plus haute importance; par malheur, le diagnostic de la perte de la vision binoculaire *pour toutes les directions* n'est pas aussi aisé qu'on pourrait le penser ; de telle sorte qu'il est probable que dans le cas de M. Kalt il s'est glissé une erreur de diagnostic.

— M. *Kaufmann* a repris l'étude de l'importante question de l'existence dans le foie d'un ferment glycosique. Il a eu l'idée de rechercher la présence de ce ferment dans les produits qui s'écoulent du foie ; ces produits sont au nombre de deux, le sang et la bile ; c'est à la bile qu'il s'est adressé. Il a recueilli ce liquide dans des conditions de stérilisation parfaite et l'a fait agir, ainsi stérilisé, sur l'empois d'amidon. Avec la bile de chien il n'a pas obtenu d'action saccharifiante ; mais il a toujours vu se produire cette action avec la bile du chat, du porc, du bœuf, du mouton, bref, des herbivores et des omnivores. Il existerait donc dans la bile un ferment diastasique ; or ce ferment ne peut, d'après M. Kaufmann, provenir que du foie ou des premiers conduits biliaires.

M. *Dastre* croit que la seule conclusion qu'il soit légitime de tirer des expériences de M. Kaufmann, c'est qu'on trouve dans la bile un ferment diastasique ; mais rien ne prouve que ce ferment soit sécrété par le foie.

— M. *Dastre* présente une note de M. *G. Sée* relative à la communication qu'il a faite lui-même dans la séance du 5 octobre sur la diurèse produite par les sucres. Dans cette note, M. G. Sée maintient que la lactose paraît être, parmi tous les sucres, le meilleur diurétique, pour la raison d'ailleurs qu'il est très bien supporté par les malades, à l'inverse de la glucose. Quant à l'hypothèse de l'action du sucre de lait sur les éléments propres du rein, M. Sée ne l'a émise que parce que les autres explications de son action diurétique semblent inexactes.

— M. *Nocard*, à l'autopsie d'une vache dont le jetage, alors qu'elle était malade, inoculé à d'autres animaux, avait déterminé de la tuberculose zoogléique, n'a trouvé qu'une bronchite chronique avec quelques cavernes purulentes, mais pas trace de tubercules ; de plus, les inoculations faites avec ces produits purulents n'ont pas donné de tuberculose. Il faut donc admettre qu'il s'était glissé des impuretés dans le jetage avec lequel on avait procédé aux premières inoculations. Quant à l'organisme même qui donne lieu à la tuberculose zoogléique, M. Nocard a reconnu qu'il est toujours le même, et dans les cultures qu'il a faites il a obtenu des éléments identiques à ceux qu'ont décrits, dans ces derniers temps, MM. Charrin et Roger, MM. Grancher et Ledoulx-Lebard, M. Dor à Lyon, etc.

— M. *François-Franck* présente, au nom de M. *Marey*, l'important ouvrage que celui-ci vient de publier sur le *vol des oiseaux*.

— M. *François-Franck* a eu l'occasion d'observer récemment un cas remarquable de pouls veineux au pli de l'aine et au creux poplité; les battements de la veine étaient isochrones au pouls artériel, par exemple au pouls de la carotide ; ils étaient donc de provenance cardiaque. Le malade était d'ailleurs atteint d'insuffisance tricuspidienne. Les reflux tricuspidiens se faisaient sentir dans la carotide comme dans la veine saphène. A ce propos, M. François-Franck discute le mécanisme du pouls veineux. La cause de la production des battements veineux dans le cas d'insuffisance tricuspidienne n'est pas douteuse : ils sont dus aux reflux mêmes du sang. Mais comment explique-t-on le pouls veineux récurrent dans les cas de ligature et saignée, au pli du coude par exemple ? M. François-Franck rejette les interprétations admises et en propose une nouvelle : lorsqu'on a fait la ligature au pli du coude, on n'empêche pas l'arrivée du sang artériel dans le membre; par suite, comme il y a un obstacle à l'écoulement du sang veineux, au bout d'un temps très court le sang artériel a distendu les tissus ; chaque fois que ceux-ci se distendent, une certaine quantité de sang veineux, en rapport avec la distension même, fait effort pour s'échapper et s'échappe en effet en un jet, si on a piqué une veine ; les expansions brusques

du tissu s'opèrent aux dépens du sang veineux. M. François-Franck a vérifié du reste l'hypothèse par des expériences directes pratiquées sur le sabot du cheval, très favorable pour cette étude : le pouls veineux latéral d'une veine quelconque du sabot s'exagère considérablement, si on comprime le sabot, la projection du sang artériel dans cet organe déterminant une brusque sortie du sang veineux. Il y a là un mécanisme analogue à ce qui se passe dans la circulation veineuse de l'encéphale, en ce qui concerne les rapports de cette circulation avec celle du sang artériel. M. François-Franck croit que c'est par ce mécanisme que se produit le pouls veineux récurrent, dans la plupart des cas où on l'observe.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 23 OCTOBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. FERNET.

Rapport sur les travaux de la Société pendant l'année 1888-1889 (M. Constantin Paul). — Emploi du sirop de groseille dans les potions au chlorate de potasse (M. Vigier). — Le somnal (M. Bolemont). — Action diurétique du glycose (M. Dujardin-Beaumetz). — Glycosurie alimentaire (MM. C. Paul, Dujardin-Beaumetz, Duhomme).

M. le *Secrétaire général* termine la lecture de son rapport sur les travaux de la Société pendant l'année 1888-1889 (matière médicale, pharmacie, appareils).

— M. *Vigier* recommande d'employer le sirop de groseille dans les potions de chlorate de potasse pour en faciliter l'administration aux enfants.

— M. *Boismont* fait une communication sur un nouvel hypnotique, le *somnal*. Ce produit, qui est un éthyl-chloral-uréthane, est représenté par la formule $7H^{12}Cl^3O^3Az$. On l'emploie à la dose de 2 grammes en solution dans une potion au sirop de framboise ou de réglisse, qu'on peut formuler de la façon suivante :

Somnal	10	grammes.
Eau distillée	45	—
Sirop de framboise	20	—

(Une cuillerée à soupe le soir.)

Le somnal a une légère odeur de chloral et d'alcool. D'après M. Radlauer, de Berlin, qui l'a découvert, il procurerait un sommeil calme d'une durée de sept à huit heures environ et n'aurait d'action ni sur la circulation ni sur la respiration.

— M. *Dujardin-Beaumetz* communique les recherches qu'il a faites sur la glycose et d'après lesquelles cette substance possède des propriétés diurétiques plus actives que celles de la lactose. Dans ses expériences il n'a jamais pu rendre glycosurique aucun des sujets auxquels il la faisait absorber. Pour rendre un animal glycosurique, il faudrait lui administrer environ 30 ou 40 grammes de glycose par kilogramme de son poids, et encore le résultat serait-il incertain. Les malades en prennent facilement 200 grammes par jour. Il se demande ce que devient dans l'économie la glycose ainsi consommée puisqu'on n'en trouve pas de trace dans les urines. Il propose que la Société engage une discussion sur la glycosurie alimentaire.

— M. *C. Paul* propose qu'on discute séparément la question de la diurèse et celle de la glycosurie alimentaire. L'action de la glycose sur le rein malade constitue un des problèmes de physiologie pathologique des plus intéressants.

M. *Dujardin-Beaumetz.* Comment expliquer le fait que la glycose fait uriner le malade alors même qu'on ne trouve pas de sucre dans ses urines après son absorption? Cela donnerait à croire que cette substance n'irrite pas les glomérules et n'excite pas directement la sécrétion urinaire.

M. *Duhomme* rappelle avoir démontré depuis longtemps que l'absorption de glycose par voie stomacale ne produit pas de diabète et que même un diabétique auquel on faisait prendre de la glycose ne rendait pas pour cela plus de sucre dans ses urines.

La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

Georges Baudouin.

REVUE DES JOURNAUX

Travaux à consulter.

Du traitement des varices viscérales par le chardon marie, par M. Tripier. — S'il s'agit d'hémorrhoïdaires, chez lesquels il y a lieu de soupçonner un état variqueux avec des congestions viscérales, l'auteur prescrit la teinture de chardon marie, à la dose bi-quotidienne de 20 à 25 gouttes, chaque dose est ingérée dans une verrée d'eau, à jeun ou après le repas.

Cette teinture est préparée avec les semences du chardon marie. D'après Jolly, au témoignage du *Bulletin de thérapeutique*, ces semences contiennent une huile grasse, et un extrait résineux qui paraît en être le principe actif. (*Lyon méd.*, 1889, p. 204.)

De l'accumulation du bromure de potassium dans l'organisme, par M. Doyon. — Un épileptique dont la mort brusque avait été une surprise, détermina l'auteur à pratiquer l'autopsie, et comme le malade ingérait le bromure de potassium à haute dose, à rechercher les tissus dans lesquels ce médicament avait pu s'accumuler.

Le foie et le cerveau furent incinérés et leurs cendres soumises à l'action du nitrate d'argent. Le premier de ces viscères contenait 73 centigrammes, et le second 1gr,934 de bromure alcalin. Ce sont donc les centres nerveux et en particulier le cerveau dans lesquels les bromures alcalins se localisent le plus volontiers. (*Lyon méd.*, 31 mars 1889.)

Traitement de l'incontinence d'urine par l'antypirine, par MM. S. Perret et Devic. — Les auteurs ont admis en prescrivant cette médication que l'anurèse a pour cause le spasme et non la paralysie des fibres musculaires du sphincter vésical. Deux enfants furent soumis à ce traitement; ils étaient atteints d'incontinence urinaire nocturne et âgés l'un de onze ans et l'autre de douze.

Pendant trois jours, on administra 2 grammes d'antipyrine, et pendant six jours, 3 grammes de ce médicament. La guérison a été obtenue. Chez l'un de ces enfants le traitement classique par la belladone n'avait procuré que de médiocres résultats. Ajoutons que la dose d'antipyrine était ingérée en trois fois pendant la soirée et avant l'heure où les enfants se mettaient au lit. (*Province médicale*, 8 juin 1889, p. 271.)

De l'administration du soufre à l'intérieur, par M. A. Garrod. — C'est sous la forme de losanges que l'auteur le prescrit. Il les formule de telle sorte que chacun d'eux contient cinq grains de soufre et un grain de crème de tartre, le goût acide de cette dernière rendant la saveur du soufre moins désagréable.

Il prescrit l'ingestion quotidienne d'un de ces losanges, contre la constipation habituelle; au besoin il en administre deux, l'un le soir et l'autre le matin. Le soufre, de l'avis de l'auteur, augmenterait la sécrétion biliaire et aurait l'avantage, dans les cas où la constipation s'accompagne d'hémorrhagies, de diminuer ces dernières et de calmer le prurit anal. Inutile de dire que sous cette forme on peut l'administrer aussi dans tous les cas où ce médicament est indiqué. (*The Lancet*, 6 avril 1889.)

Du traitement du tétanos par l'acétanilide, par M. Flammarion. — Il s'agissait d'un cas de tétanos consécutif à une

plaie de la main, chez un enfant de onze ans. Les phénomènes tétaniques se déclarèrent vers le douzième jour et persistaient depuis trois semaines, malgré l'administration du chloral et de la morphine, quand on prescrivit l'acétanilide à la dose de 15 à 20 centigrammes toutes les quatre heures.

On continua, il est vrai, les injections de morphine. Dans l'espace de huit jours, l'amélioration était considérable, et on put cesser l'usage de la morphine. (*Bull. gén. de thérap.*, 23 février 1889.)

DE L'EMPLOI DU MENTHOL DANS LES MALADIES DES VOIES AÉRIENNES, par M. F. POTTER. — L'auteur a fait connaître les résultats de sa pratique au dernier Congrès de l'Association médicale américaine. Le menthol, dit-il, diminue les inflammations superficielles et la douleur et détruit les foyers tuberculeux superficiels. C'est donc un antiseptique dans les maladies du nez, du pharynx et du larynx.

M. Potter se sert d'une solution de 15 pour 100 de menthol dans l'huile de pétrole. Le mode d'application de ce topique varie. Il emploie des attouchements directs avec le pinceau sur le pharynx, et préfère l'inhalation du spray dans les cas de maladies des fosses nasales ou du larynx.

M. F. Knight adopte un autre dissolvant, la cosmoline, et préfère les injections directes, les inhalations du spray ou les vaporisations du liquide médicamenteux. (*The New-York med. Record*, 6 juillet 1889.)

DE LA VALEUR DE LA CRÉOSOTE DANS LA PHTHISIE, par M. le docteur J.-E. NEWCOMB. — C'est le résultat de ce traitement dans seize cas de tuberculose pulmonaire que l'auteur a fait connaître. Il prescrivait la créosote dans une potion mucilagineuse par cuillerées après les repas.

L'influence sur la toux fut la suivante : huit fois elle diminua, deux fois elle guérit. Chez les autres malades elle ne fut pas modifiée. La fièvre s'atténua quatre fois, disparut une fois et ne fut pas modifiée dans les autres cas. Les sueurs devinrent moins abondantes dans cinq cas, furent guéries dans un cas et persistèrent chez les autres malades. Enfin, quatre malades augmentèrent de poids et quatre ne s'amaigrirent plus. Au demeurant, la créosote fut utile dans la moitié des cas. Par contre, elle ne modifia pas la vitalité des bacilles; ce médicament est donc un antiseptique direct et un désinfectant, mais non pas un spécifique contre les bacilles. (*The med. Record*, 10 août 1889.)

DE LA SAFRANINE COMME RÉACTIF DU SUCRE URINAIRE, par M. CRISMES. — On prépare une solution de 10 grammes de safranine dans 100 grammes d'eau et une solution de soude caustique au dixième. Pour rechercher le sucre dans un liquide, on verse quelques gouttes du liquide à examiner dans 2 à 3 centimètres cubes de la solution sodique. Le mélange est chauffé à 60 degrés centigrades; la safranine réduite colore le liquide et par le refroidissement se précipite. Par l'exposition à l'air la safranine reprend sa coloration.

Le réactif aurait l'avantage de ne pas être modifié par l'acide urique et les diverses substances qui réduisent la liqueur de Fehling. Par contre, l'albumine la réduit, mais plus faiblement que le glycose. (*Bull. gén. de thér.*, 18 juin 1889.)

UN CAS D'EMPOISONNEMENT PAR L'ANTIFÉBRINE, par M. FURTH. — Un jeune enfant ingère 4 grammes d'antifébrine, éprouve des nausées et des vomissements et tombe dans le coma (refroidissement de la peau, pouls faible et rapide, cyanose de la face et des extrémités, dilatation pupillaire, convulsions, etc.). Cet état dure pendant huit heures et après huit heures seulement le malade reprend connaissance. Néanmoins, la cyanose des téguments persista encore pendant vingt-quatre heures, et le malade ne put se lever que deux jours après. (*Wiener. med. Press.*, 1889, n° 16.)

UN CAS D'EMPOISONNEMENT PAR L'ANTIPYRINE, par M. le docteur TUCZEK. — Les accidents débutèrent après l'administration quotidienne de 120 centigrammes du médicament pendant trois semaines à un enfant de quatre ans. Ils se manifestèrent par des vomissements et de la somnolence. Il survint ensuite de la stupeur, des convulsions épileptiformes, des troubles respiratoires, de l'arythmie cardiaque, de la dilatation pupillaire, une éruption cutanée, de l'abaissement de la température et une tension exagérée du pouls. Trois jours après, les convulsions cessèrent et l'enfant guérit. Ce fait démontre le danger de l'accumulation de l'antipyrine dans l'organisme. Les jours suivants, l'auteur ajoute, fait à noter, que l'enfant présenta de l'acétonurie. (*Berlin. klin. Wöch*, 1889, n° 17.)

UN CAS D'EMPOISONNEMENT PAR LA COCAÏNE EN APPLICATIONS INTRANASALES, par M. le docteur A. HONDALL. — Les accidents débutèrent chez un enfant de six ans, après un tamponnement des fosses nasales avec du coton imbibé d'une solution de cocaïne à 10 pour 100. L'enfant éprouva du délire, des hallucinations, des tremblements violents et de la dilatation pupillaire. Ces phénomènes durèrent toute une nuit. Le lendemain, ils avaient disparu, mais le petit malade accusait de la somnolence et de la faiblesse musculaire. (*Philadelphia Univ. med. Magaz.*, avril 1889.)

BIBLIOGRAPHIE

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique, publiée sous la direction de M. le docteur Jules ROCHARD. — Tome Ier, in-8° de 806 pages. Paris, 1889, Lecrosnier et Babé.

L'hygiène n'avait pas encore en France d'encyclopédie; M. Jules Rochard vient d'entreprendre cette tâche lourde et difficile et de publier le premier volume d'une vaste collection qui ne comprendra pas moins de dix volumes semblables, si même, comme il arrive toujours en pareil cas, ce nombre n'est pas sensiblement dépassé au cours de la publication. Il n'est pas douteux que c'est là une œuvre qui fera époque dans l'histoire scientifique et médicale et cela à deux points de vue: d'abord, par la valeur de son plan, puis par les caractères qu'en présentera l'exécution. Le premier volume qui vient de paraître permet d'ailleurs de se faire dès maintenant une opinion sur ces deux points.

Ce qu'il nous paraît juste en effet de louer en premier lieu, c'est la clarté, et, nous oserions dire, la sincérité, du programme que s'est tracé M. Jules Rochard et qu'il a fait accepter de ses nombreux collaborateurs. L'hygiène, si l'on en croyait beaucoup de ses adeptes, aurait un domaine exceptionnellement vaste et elle ne tendrait rien moins qu'à embrasser toutes les sciences, médicales et autres; d'autres, plus expérimentés, lui assignent un rôle limité et pensent que, liée à un but bien déterminé, elle peut se borner à emprunter à certaines sciences les données et les découvertes qui sont applicables à l'entretien et à la préservation de la vie humaine. Mais alors l'embarras n'est pas moins grand de savoir quelle part dominante il y a lieu de donner aux conditions des milieux dans lesquelles l'homme évolue, aux variations normales ou anormales des milieux ou aux modifications de l'organisme en lui-même. De là certaines classifications de l'hygiène, plus ou moins systématiques, suivant le point de départ adopté par le commentateur des acquisitions scientifiques qui lui sont applicables.

Des ouvrages basés sur une telle conception ne peuvent être l'œuvre que d'un auteur isolé ou d'une école nombreuse et unie ; on en peut citer quelques-uns de ce genre qui ont marqué dans la science et y tiennent encore une place importante. A l'étranger, une encyclopédie toute entière a même pu présenter ce caractère. Mais en France il en serait difficilement ainsi à l'heure actuelle. Il n'existe pas encore

d'école sanitaire, à proprement parler, qui puisse fournir un nombre suffisant et assez varié de collaborateurs pour un tel travail; l'enseignement de l'hygiène n'y est pas encore assez développé et les doctrines y sont trop récentes ou plutôt trop discutées. Force a donc été à M. Jules Rochard d'être plus éclectique; son œuvre y gagnera en variété si elle y perd en unité.

Le programme tout au moins en est clair et complet. Il comprend l'hygiène générale, l'hygiène alimentaire, puis la salubrité des villes et des campagnes, l'hygiène hospitalière et l'assistance publique, l'hygiène industrielle, militaire et navale, l'hygiène infantile, et enfin l'hygiène internationale et administrative. On pourrait, il est vrai, disposer dans un autre ordre cette énumération qui ne tient peut-être pas assez compte de l'ordre naturel et scientifique des choses; mais les classifications importent peu en pareille matière, pourvu que les volumes soient bien remplis et qu'ils paraissent rapidement. Pour le moment l'hygiène générale seule est publiée, si bien qu'elle nous donne une partie de la synthèse de l'œuvre tout entière et qu'on y doit, comme toujours, supposer acquises un grand nombre de notions que nous devrons aux volumes suivants.

C'est par une longue introduction anthropologique que débute cette encyclopédie d'hygiène et de médecine publique; ce remarquable chapitre d'histoire naturelle est signé de la plume magistrale et autorisée de M. de Quatrefages; c'est dire qu'il constitue un travail de l'intérêt le plus élevé. On nous pardonnera de regretter qu'il apparaisse dans cette collection de monographie comme un hors-d'œuvre et qu'il ne soit pas accompagné d'une esquisse de la physiologie de l'organisme humain au point de vue de l'hygiène, esquisse qui formerait comme un pendant aux notions de pathogénie très habilement et très savamment exposées dans un autre chapitre du même volume par M. Jules Rochard. S'il est une science que les hygiénistes aient besoin chaque jour de connaître et de se rappeler, n'est-ce pas la physiologie? Il en est de même assurément de la démographie, dont les constatations et les procédés sont nettement et judicieusement précisés par M. Bertillon, et de la climatologie, exposée avec beaucoup de soin par MM. Le Roy de Méricourt et Eugène Rochard. Le volume se termine par une importante monographie de M. Léon Colin sur l'épidémiologie.

Tous ces chapitres sont traités de main de maître et renferment les indications les plus complètes que l'hygiène puisse utiliser dans l'état actuel de la science. Les lacunes y sont rares, mais quelques-unes d'importance; il sera d'ailleurs facile de les combler au plus vite; mais nous ne pouvons nous empêcher de signaler l'absence de données sur la valeur du rôle joué par le pneumocoque dans la pneumonie et sur les travaux de Netter, sur la curieuse maladie pyocyanique de Charrin, sur la suette d'après les recherches de Brouardel et Thoinot au cours de la dernière épidémie du Poitou, sur le rôle attribué à l'eau potable contaminée par le bacille typhique, question si discutée aujourd'hui, etc., etc. La science se modifie avec une telle rapidité que ces légères incorrections pourront être aisément effacées; elles ne servent qu'à faire désirer davantage le prompt achèvement d'une œuvre aussi considérable et dont l'homogénéité risque de n'exister qu'à cette condition.

Il serait impossible de signaler comme il convient toutes les parties, même les plus importantes, des cinq chapitres que comprend ce volume; chacune d'elles forme à elle seule comme un traité qui a pour but de traduire fidèlement l'état de la science dont l'auteur s'occupe, d'après un plan tracé à l'avance. De sorte qu'il reflète bien la variété des doctrines entre lesquelles la science sanitaire pourrait hésiter si son but n'était pas bien tracé et si sa ligne de conduite ne pouvait, par suite, être très scrupuleusement précisée. C'est là ce qui constitue la prophylaxie à proprement parler, soit l'une des branches principales, si même elle ne les embrasse pas toutes, de la médecine publique. Sans doute le volume sur l'hygiène internationale et administrative, qui doit porter le chiffre X de la collection, lui sera consacré; il devra alors ne pas trop tenir compte de la diversité des doctrines énumérées dans les chapitres du volume sur l'hygiène générale. D'ici là les indications pratiques formulées dans les autres volumes auront montré combien les principes de l'hygiène sont relativement simples lorsqu'il s'agit d'en poursuivre l'application. C'est affaire d'éducation générale et surtout d'éducation scientifique. Or, comment mieux faire celle-ci qu'en présentant un tel tableau des connaissances d'après lesquelles elle doit se former! L'œuvre entreprise par M. Jules Rochard et les collaborateurs qu'il a su grouper autour de lui est donc de celles qui sont appelées à rendre les plus signalés services. Comme il le dit justement lui-même, cette encyclopédie a pour but de donner aux médecins les connaissances qui leur sont indispensables pour s'acquitter de leurs fonctions; elle est également destinée à servir de guide aux administrations, aux conseils d'hygiène et de salubrité et à les éclairer sur toutes les questions qui sont de leur ressort. On pourrait ajouter qu'elle intéresse tous ceux, et ils sont chaque jour plus nombreux, qui pensent que les maladies évitables, c'est-à-dire celles dont l'hygiène sait empêcher la propagation, doivent disparaître parmi les peuples civilisés.

A.-J. M.

Dictionnaire abrégé des sciences physiques et naturelles, par MM. E. Thévenin et H. de Varigny. — Paris, F. Alcan, 1889.

Dictionnaire abrégé des sciences médicales, par M. le docteur L. Thomas. — Paris, Lecrosnier et Babé, 1889.

Un dictionnaire abrégé qui prétend contenir sous un petit format et dans un nombre de pages relativement restreint tous les mots de sciences aussi compréhensives que les sciences physiques ou les sciences médicales, ne saurait être qu'un lexique. L'utilité de ceux-ci peut être contestable si l'on songe, d'une part, qu'il existe déjà un assez grand nombre de dictionnaires plus compacts, il est vrai, mais d'un maniement relativement facile; d'autre part, qu'une définition sans commentaires est souvent difficile à bien comprendre. Toutefois, il faut reconnaître que, pour les étrangers qui lisent un ouvrage français de physique, d'histoire naturelle ou de médecine, un lexique peut présenter d'assez sérieux avantages. A ce point de vue, nous comprenons l'intérêt du livre que MM. Thévenin et de Varigny viennent de faire paraître. Le plus souvent leurs définitions sont exactes et précises. Si quelques-unes d'entre elles prêtent à la critique, ce qui est inévitable en pareille matière, il convient de rendre justice au zèle et à l'intelligence des auteurs ainsi qu'au soin avec lequel leur ouvrage a été édité.

— C'est avec regret que nous ne pouvons approuver de même l'œuvre de M. le docteur Thomas, dont les lecteurs de la *Gazette hebdomadaire* connaissent l'érudition et le talent. L'auteur du *Dictionnaire abrégé des sciences médicales* a voulu, en effet, pour offrir au lecteur un « auxiliaire peu encombrant auquel il n'hésite pas à recourir dès qu'une difficulté se présente », ajouter aux simples définitions un résumé des symptômes et du traitement des différentes maladies dont il s'occupe. Son livre, qui paraît avoir été rédigé en suivant d'assez près d'autres ouvrages, sans tenir compte de la date à laquelle ceux-ci ont été écrits, et qui leur emprunte ainsi des définitions aujourd'hui incomplètes (voy. Salpingite, Acide borique, etc.), renferme, au point de vue médical, de trop nombreuses inexactitudes. Il n'est pas sans danger, dans un livre de ce genre, de dire que l'antipyrine n'est qu'un fébrifuge dont la dose journalière doit être de 5 à 6 grammes (!); de résumer le traitement de la fièvre typhoïde en ajoutant: « Si la température monte et arrive à 41 degrés, l'abaisser par des bains à 25 degrés. Dans le

cas contraire, affusions froides (???), etc., etc. » N'insistons pas. Un travail de ce genre est impossible à mener à bien. L'érudition, le zèle et la bonne volonté ne peuvent tenir lieu de connaissances pratiques. Plus on veut être concis, plus il faut d'expérience clinique. Alors seulement on peut discerner ce qui est vraiment utile à retenir et à enseigner.

VARIÉTÉS

Faculté de médecine de Paris. — Les Commissions de prix pour l'année 1889 sont constituées comme il suit:

Prix Barbier. — MM. Le Fort, Gautier, Gariel, Ch. Richet et Straus.

Prix Montyon. — MM. Brouardel, Cornil et Proust.

Prix Chateauvillard. — MM. Potain, Proust, Tarnier, Ball et Dieulafoy.

Prix Corvisart. — MM. Germain Sée, Potain, Jaccoud, Peter et Damaschino.

Prix Jeunesse. — MM. Brouardel, Cornil, Proust, M. Duval et Pinard.

La Commission des thèses se compose de MM. Trélat, Le Fort, Fournier, Laboulbène, Bouchard, Damaschino, Tarnier, Gautier et Straus.

Hôtel-Dieu. — M. le docteur Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, commencera ses leçons de clinique chirurgicale le lundi 11 novembre, à dix heures du matin, et les continuera les mercredi, vendredi et lundi suivants à la même heure.

Hôpital Saint-Louis. — M. le docteur Le Dentu, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, commencera le vendredi 8 novembre, à neuf heures et demie, des conférences de clinique chirurgicale, qu'il continuera les vendredis suivants à la même heure.

Opérations les mercredis et vendredis.

Clinique des maladies des femmes. — Le docteur Chéron, médecin de Saint-Lazare, reprendra ses leçons cliniques sur les maladies des femmes, à sa clinique, 9, rue de Savoie, le lundi 4 novembre, à une heure et demie, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

Légion d'honneur. — Sont nommés, à l'occasion de l'Exposition, dans l'ordre national de la Légion d'honneur:

Commandeur : M. le professeur Verneuil, président du jury des récompenses de la classe 14.

Officiers : MM. le professeur Gariel, membre du jury de la classe 8, rapporteur des congrès et conférences; le docteur Hamy, exposant, membre de la section I de l'Histoire rétrospective du travail; le docteur Topinard, secrétaire général de la Société d'anthropologie.

Chevaliers : MM. le docteur Paul Berger, chirurgien des hôpitaux, rapporteur du comité et du jury des récompenses de la classe 14 ; le docteur de Pezzer, secrétaire du comité de la classe 14.

Hygiène publique. — Le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine vient de proposer les mesures suivantes à prendre contre la propagation des affections contagieuses par les peignes, rasoirs et autres objets de toilette. Voici les conclusions qui ont été adoptées :

1° Dans les écoles où il y a des internes, exiger que chaque élève ait son peigne, sa brosse et que ces objets soient tenus proprement. Interdire aux élèves de changer de coiffure entre eux;

2° Instruire les barbiers et les coiffeurs des dangers de contagion inhérents à la pratique de leur profession et de la responsabilité qui en résulte; leur demander d'engager chacun de leurs clients à se pourvoir, autant que possible, des objets qui doivent lui servir, et, d'autre part, inviter les coiffeurs à désinfecter, après chaque opération, les objets communs. Les peignes et les brosses devraient être tous les jours lavés à l'eau de savon et nettoyés à l'aide d'une poudre de son. Les ciseaux et autres objets en acier seraient trempés dans l'eau bouillante ou désinfectés dans une solution d'acide phénique à 5 pour 100.

En outre, M. le docteur Lancereaux a été chargé de préparer une instruction spéciale indiquant aux dentistes les mesures de désinfection auxquelles doivent être soumis les instruments dont ils se servent.

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 24 octobre 1889, ont été promus au grade de médecin aide-major de première classe :

MM. Marcus, Simonin, Bérard, Renard, Ruotte, Ecot, Licht, Renaud, Maison, Zipfel, Robelin, Jantet, Griffe, Jaubert, Spillmann, Keime, de Burine, Cahen, Castelli, Viéla, Venner, Cardot, Delporte, Bayle, Piquot, Rivière, Tersen, Méchin, Launois, Sudre, Foy, Frache, Papon, Poujol, Messerer, Ferrand, Batut, Chevassu-Périgny, Leymaric, Campos-Hugueney, Leclerc, Baillé, Laforgue, Arnaud, Fuzerot, Courtois, Galzin, Goulon, Benoit, Collet, Bouchet, Augry, Wenzinger, de Montéty, Peyret, Pierron, Manou, Riche, Martin, Cuvier, Apard, Jouet, Lévy, Barrière, Vialette, Marion, Beno, Barrière et Chabrol.

Obsèques de P. Ricord. — Samedi dernier, 26 octobre, un grand concours de médecins, d'anciens élèves et d'anciens amis du docteur Ricord lui faisaient de solennelles obsèques. L'Académie de médecine était représentée par son bureau, en costume officiel, et par un grand nombre de ses membres; l'Association générale des médecins de France, par son président, M. H. Roger, et son secrétaire général, M. Riant, accompagnés des membres du Conseil ; la Société de chirurgie, par la plupart de ses membres ; la Société de secours aux blessés, l'Association des étudiants, etc..., par des délégations. Nous regrettons que le défaut d'espace nous empêche de reproduire les discours qui ont été prononcés par M. Péan au nom de l'Académie ; M. Riant, au nom de l'Association générale; M. le professeur Fournier et M. Diday (de Lyon), au nom des anciens élèves de Ricord ; M. Peyron, au nom de l'Assistance publique; M. Hortcloup, au nom des chirurgiens des hôpitaux ; M. Le Dentu, au nom de la Société de chirurgie; M. Mauriac, au nom des médecins de l'hôpital du Midi, et M. de Beaufort, au nom de la Société de secours aux blessés. Mais nous espérons que ces allocutions, et en particulier celles qui caractérisaient en termes si éloquents la bonté, la générosité, la bienfaisance du maître et du vice-président de l'Association générale des médecins de France, seront réunies et imprimées à la suite de la notice qui va être écrite pour rappeler la vie et les œuvres de Ricord.

Nécrologie. — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort subite et prématurée de M. le docteur Danjoy, ancien interne des hôpitaux, ancien inspecteur des eaux de La Bourboule, l'un des plus instruits, des plus consciencieux et des plus expérimentés parmi les médecins de nos stations thermales.

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 8 novembre). — *Ordre du jour :* M. Josias: Sur le bain froid systématique dans le traitement de la fièvre typhoïde. — M. Chantemesse : La fièvre typhoïde à Paris. — M. Dreyfous : De l'antisepsie des organes urinaires par la voie interne. — M. Ballet: Du délire de persécution dans le goitre exophthalmique.

Mortalité a Paris (42e semaine, du 13 au 19 octobre 1889. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 13. — Variole, 0. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 8. — Diphthérie, croup, 25. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 193. — Autres tuberculoses, 19. — Tumeurs: cancéreuses, 49; autres, 6. — Méningite, 32. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 33. — Paralysie, 3. — Ramollissement cérébral, 8. — Maladies organiques du cœur, 52. — Bronchite aiguë, 21. — Bronchite chronique, 36. — Bronchopneumonie, 15. — Pneumonie, 37. — Gastro-entérite: sein, 7; biberon, 48.—Autres diarrhées, 2. — Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 26. — Sénilité, 35. — Suicides, 13. — Autres morts violentes, 4. — Autres causes de mort, 162. — Causes inconnues, 6. — Total : 867.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

20820. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

TRENTE-SIXIÈME ANNÉE — N° 45 — 8 NOVEMBRE 1889

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 6 novembre 1889.

Académie de médecine : **Transmission de la syphilis par les instruments malpropres.**

Malgré les violentes controverses qu'elle a suscitées dans la presse extra-médicale, M. Lancereaux continue la campagne qu'il a entreprise en vue d'obliger tous ceux qui se servent d'instruments et peuvent ainsi transmettre les maladies contagieuses à prendre les précautions antiseptiques nécessaires. Les nouveaux faits apportés par M. Lancereaux à l'appui de sa doctrine confirment ce que l'on savait déjà de la facilité avec laquelle les accidents syphilitiques se transmettent par le cathétérisme de la trompe d'Eustache ou par l'application d'appareils dentaires. Ceux-ci peuvent également être le résultat d'une inoculation faite par un rasoir mal essuyé ou un peigne mal nettoyé. On sait aussi combien est fréquente, par l'intermédiaire de ces objets, la transmission des maladies parasitaires du cuir chevelu. Il n'est donc pas sans intérêt d'appeler de nouveau l'attention des intéressés sur les dangers que fait courir l'usage d'instruments contaminés. Mais quel doit être le procédé de désinfection conseillé ou même imposé en vue de prévenir ces dangers? Comme l'a fait remarquer M. Magitot, il serait très dangereux de mettre entre les mains de tous les dentistes et surtout de tous les coiffeurs des quantités relativement considérables de sublimé. D'autre part ce n'est point un simple lavage à l'eau de son ou à l'eau boriquée qui suffira à neutraliser les germes infectieux. Le remède à un état de choses, depuis longtemps reconnu dangereux, reste donc assez difficile à trouver. On peut espérer que, prévenus des accidents qu'ils peuvent transmettre, les spécialistes pour les maladies des oreilles ou les maladies de la bouche, s'appliqueront tous à imiter les chirurgiens et à prendre les minutieuses précautions qu'exige l'antisepsie et que leur conseille si justement M. Lancereaux. Mais que faudra-t-il demander aux coiffeurs? La propreté *apparente* leur semblera toujours l'idéal de la purification de leurs brosses et de leurs peignes. Et l'antisepsie de ces instruments ne nous paraît pas encore facile à réaliser. C'est sur ce dernier point que l'instruction rédigée par le Conseil d'hygiène devrait porter la lumière. Les observations de M. Lancereaux contribueront à hâter cette solution.

Nous publierons prochainement l'intéressant travail lu par M. Chauvel sur les accidents que peuvent causer dans les tissus où ils séjournent, les projectiles de guerre. La *Gazette* a maintes fois déjà étudié sous ses divers aspects cette question de l'intervention chirurgicale dans les plaies d'armes

FEUILLETON

La médecine à l'Exposition universelle de 1889.

(Septième article.)

Les indications générales et critiques que nous avons présentées dans les lignes précédentes permettent d'être bref dans l'énumération des principaux instruments qui garnissent les vitrines des exposants de la classe 14; aussi bien, comme nous l'avons déjà fait observer plus haut, la plupart de ces instruments et appareils ont été déjà présentés devant les Sociétés savantes.

Auprès la maison Collin, dont il a été question dans le dernier feuilleton, se trouve son émule, la maison Mathieu. Celle-ci expose en particulier une boîte de laryngologiste, renfermant un seul manche à levier que manœuvre le pouce, la main restant immobile; ce manche s'adapte à tous les instruments contenus dans la boîte, soit une pince à polypes, à mors verticaux ou à mors horizontaux, une pince-curette perforée, une paire de petits ciseaux, des polypotomes de divers modèles, un bistouri mousse ordinaire, etc. Signalons aussi : une scie à amputations et à résections, dont le manche à jour, à ressort, est pourvu d'une articulation mobile formée d'un tenon entre deux joues et d'un cran d'arrêt; cet appareil est ainsi facilement aseptisable; le polytritome de M. Péan; la pince de M. Farabeuf pour la luxation des doigts avec un prolongement servant de point d'appui sur les métacarpiens; l'ostéoclaste de M. Robin; le spéculum de M. Saint-Germain pour la bouche; l'ouvre-bouche ou bâillon de M. Mathieu avec abaisse-langue mobile; l'amygdalotome de M. Mathieu père, pourvu d'une pince à griffe saisissant de haut en bas l'amygdale au lieu d'une fourchette qui l'embroche; et parmi l'arsenal pour le traitement des maladies des voies urinaires, la canule uréthrale de M. Lavaux; la pince en fer à cheval de M. Horteloup pour la résection du scrotum; des lithotriteurs

à feu. Les conclusions de M. Chauvel diffèrent sur plusieurs points de celles qui ont été développées dans ces colonnes. Ce nous est une raison de plus pour les faire connaître.

THÉRAPEUTIQUE

Indications de la révulsion para-hépatique dans le traitement de certaines hémorrhagies.

Depuis plusieurs années M. Verneuil ne cesse d'appeler notre attention sur la pathogénie des hémorrhagies et sur les divers traitements qu'il convient de leur opposer. Il ne s'agit pas, bien entendu, des hémorrhagies qui se font par des vaisseaux de calibre. Je parle seulement des écoulements sanguins qui peuvent se montrer, sans cause apparente, sur des plaies bourgeonnantes, dans des trajets fistuleux en voie de suppuration, ou encore à la surface de muqueuses normales, comme celle des fosses nasales par exemple. J'ai en vue, en un mot, toutes les hémorrhagies dites en nappe, toutes les hémorrhagies, si l'on peut dire, qui ne sont pas légitimes. Exemple : un sujet sain se fait arracher une dent : il n'a pas le droit, pour employer une expression familière, il n'a pas le droit d'avoir une hémorrhagie de quelque durée par son alvéole. De même on ne conçoit pas qu'un sujet sain puisse être pris d'une épistaxis prolongée sans traumatisme. Je voudrais préciser dans ce travail les lésions organiques ou autres qui peuvent donner naissance à ces hémorrhagies, et montrer combien ces lésions sont diverses. Il en résultera évidemment que le traitement devra varier avec la cause de l'hémorrhagie et qu'il ne pourra être mis utilement en œuvre que lorsque cette cause aura été découverte.

I

Pour entrer en matière, je relaterai avec quelques détails une observation qui montre bien comment l'étude des causes permet d'obtenir des résultats inespérés dans le traitement des hémorrhagies. Cette observation, comme on va le voir, a toute la valeur d'une expérience où tout est réglé par avance.

Léonie-Louise G..., couturière, âgée de quarante-quatre ans, originaire d'Oran, entre le 24 janvier 1888 au n° 29 de la salle Lisfranc dans le service de M. Verneuil à la Pitié. Elle a eu quatre enfants de 1864 à 1870. Puis elle est restée seize ans sans redevenir enceinte. Le 13 juin 1886, elle a mis au monde une petite fille à terme et elle la nourrit depuis cette époque. L'enfant est de superbe apparence et cependant n'a pas encore de dents. Quant à la mère, elle a toujours eu, dit-elle, une robuste constitution, n'a jamais été malade. Ce n'est que depuis qu'elle allaite son enfant qu'elle a commencé à « dépérir et à perdre son embonpoint ». Deux mois après l'accouchement qui n'avait d'ailleurs rien présenté d'anormal, elle remarque un écoulement vaginal peu abondant, mais continu. Cet écoulement est devenu depuis six mois extrêmement considérable et de plus, la malade, qui n'avait jamais souffert, est tourmentée par des douleurs violentes dans la région lombaire et dans le bas-ventre. Ces phénomènes s'accentuant de jour en jour, elle vient consulter le chirurgien le 24 janvier 1888. Elle est pâle, considérablement amaigrie et présente un aspect cachectique marqué. Malgré cela la sécrétion lactée est encore très abondante et l'enfant tette avidement. Le toucher vaginal permet de reconnaître immédiatement l'existence d'un épithélioma qui a envahi l'utérus et le vagin. Le diagnostic ne saurait être douteux un seul instant. L'ulcération arrive à 4 centimètres environ de la vulve. Notre attention est attirée sur ce fait qu'à aucun moment la malade n'a eu de perte sanguine. Depuis son accouchement elle n'a jamais eu que des écoulements leucorrhéiques. Et pourtant les lésions que nous constatons s'accompagnent, on peut dire toujours, d'hémorrhagies plus ou moins répétées, plus ou moins abondantes. Comme le mal a débuté et s'est développé pendant que la malade était nourrice, nous devions nous demander s'il y avait une corrélation entre l'état d'activité sécrétoire des glandes mammaires et l'absence des hémorrhagies utéro-vaginales. Ne sait-on pas que, sauf exceptions, les règles sont supprimées pendant la lactation? Ne pourrait-il pas en être de même des hémorrhagies du cancer de l'utérus chez les nourrices? Nous avions en tous cas la facilité de nous en assurer, en sevrant l'enfant et en faisant tarir la sécrétion lactée chez la mère. Si notre hypothèse était exacte, les hémorrhagies ne devaient pas tarder à se manifester. La suite de l'observation va montrer que tout devait se passer comme nous l'avions prévu.

Le 25 janvier, la malade est séparée de son enfant. Limonade Rogé. Tisane de canne et de pervenche.

Le 28, les seins ne sont plus durs et la sécrétion lactée se tarit.

à levier; la sonde utérine à double courant de M. Budin; les diverses pinces pour le morcellement des tumeurs de M. Péan; des pinces à érignes plates, à deux, quatre, six ou huit griffes, et à pointes cachées, avec nouvelle articulation; l'hystéro-curvimètre de M. Terrillon. La maison Mathieu a aussi exécuté nombre d'appareils orthopédiques, parmi lesquels elle montre une jambe artificielle à verrou automoteur, dans laquelle les mouvements du pied s'appuyant sur le sol commandent ceux de l'articulation du genou, sans la moindre interposition de liens de caoutchouc, une jambe artificielle à tige excentrique et un curieux redresseur des doigts, sans compter des cuirasses et corsets pouvant répondre aux diverses exigences de l'orthopédie, telle qu'elle est aujourd'hui comprise.

D'ailleurs, quel que soit le modèle commandé aux divers constructeurs de ces derniers appareils, les matières premières employées diffèrent moins encore que les modèles eux-mêmes, et il est bien rare qu'une cuirasse ou un corset satisfasse les indications trop souvent contradictoires des maladies osseuses avec ou sans altérations musculaires primitives ou consécutives.

Chez M. Aubry, ce qui paraît le plus digne d'intérêt, c'est la collection, aujourd'hui si complète et si variée, qui constitue l'instrumentation de M. le professeur Guyon pour les opérations sur les voies urinaires, ainsi que la plupart des instruments dont se sert la chirurgie dans cette région : pinces à phimosis, à dents de souris et à branches démontables, droites ou courbes; sonde cannelée démontable en trois portions pour l'uréthrotomie externe, se composant d'une partie moyenne cannelée, pourvue à une extrémité d'une partie mobile et à l'autre d'un stylet effilé pour pénétrer dans les fistules périnéo-scrotales, la patte est mobile pour permettre l'introduction, à l'aide de cette sonde comme conducteur, d'une bougie à bout coupé; pinces uréthrales pour corps étrangers, à deux et à trois branches avec chemise pour permettre plus facilement la

Le 2 février, bien que la malade soit au repos complet au lit, la sérosité vaginale devient sanguinolente.

Le 5 février, une abondante hémorrhagie a lieu le soir.

Le 6, le 7, le 8, le 9, l'hémorrhagie est continue.

Le 18, elle se manifeste avec une grande intensité. Issue de caillots volumineux. La malade s'affaiblit et se cachectise de plus en plus. Il est tout à fait urgent de tarir cet écoulement sanguin. Voulant alors faire pour ainsi dire la contre-épreuve de l'expérience positive qui nous avait démontré que la fonction mammaire s'opposait à l'hémorrhagie vaginale, nous faisons appliquer sous le sein droit et sous le sein gauche deux larges vésicatoires en forme de croissant embrassant la face inférieure des seins. Le 19 février, c'est-à-dire dès le lendemain, l'hémorrhagie cesse. Et cela sans qu'on ait fait localement aucun traitement.

Inutile d'ajouter que la malade continua à décliner de jour en jour; elle est probablement morte chez elle peu de temps après sa sortie de l'hôpital. En tout cas nous l'avons perdue de vue.

Il nous a semblé que ce fait avait toute la valeur d'une expérimentation raisonnée à l'avance. Une lésion habituellement hémorrhagipare au premier chef, évoluant pendant quinze mois environ sans provoquer le moindre écoulement sanguin ; les hémorrhagies apparaissant dès que la sécrétion lactée se tarit; ces accidents graves cessant brusquement après une révulsion énergique sur la région mammaire ; faut-il ne voir dans tout cela qu'une série fortuite de coïncidences? Evidemment non. Il nous semble que ce fait, pour être unique, n'en a pas moins une valeur absolue démontrant qu'il existe une corrélation manifeste entre la fonction mammaire et les flux sanguins de l'appareil génital. On savait que le flux ovarien mensuel normal est ordinairement supprimé par la lactation : cette observation (on pourrait même dire cette expérience) montre que l'activité fonctionnelle des glandes mammaires arrête les hémorrhagies du cancer utéro-vaginal des nourrices. Faut-il conclure de là que pour se rendre maître des hémorrhagies génitales de la femme il faudra appliquer des vésicatoires sous les seins? Il suffit d'énoncer cette proposition pour montrer ce qu'elle a de ridicule. Nous savons qu'il faut avant tout distinguer les faits et leur pathogénie. Aussi nous semble-t-il utile de revenir en quelques mots sur cette question des hémorrhagies et d'insister sur les distinctions qu'il y a à faire suivant les cas.

II

On se rappelle que M. Verneuil fit, il y a quelques années, une communication à l'Académie de médecine sur le « Traitement de *certaines* épistaxis rebelles » par l'application de vésicatoires sur la région hépatique (séance du 26 avril 1887). Ce fut un cri d'étonnement général, bien que la pratique ne fût pas nouvelle, puisqu'elle remonte à Galien (voy. la citation de M. Verneuil, même séance). Cependant M. Verneuil citait des faits précis. Dans un cas il s'agissait d'épistaxis répétées chez un malade atteint de cirrhose du foie. Dans un autre c'était une congestion chronique du foie. Une malade, qui avait subi l'amputation d'un sein, mourut d'hémorrhagies onze jours après l'opération et l'autopsie montra que la vésicule biliaire était remplie de calculs et que le foie était énorme, etc., etc.

Personne ne pouvait nier des faits positifs, mais plusieurs membres (M. Colin (d'Alfort), M. Dujardin-Beaumetz) prirent la parole pour discuter les effets de la révulsion superficielle sur des organes sous-jacents qui ne sont même pas en connexion circulatoire avec la peau. Chacun donna son opinion sur la question de savoir comment on peut expliquer l'action thérapeutique du vésicatoire en pareil cas. Le lendemain les journaux de médecine, et les journaux politiques qui ont maintenant la fâcheuse habitude de rendre compte des séances académiques, propageaient partout cette notion. Aussi peut-on dire que pendant quelque temps il n'est guère d'épistaxis rebelle qui n'ait été soumise à ce mode de traitement, parfois même avant que le médecin soit mandé près du malade. Qu'est-il arrivé? Cela est facile à deviner. Dans bon nombre de cas le résultat a été nul. Et alors les sceptiques, les incrédules, de vous dire complaisamment : « Vous voyez : voilà un large vésicatoire sur la région du foie, et l'hémorrhagie continue de plus belle. »

Cela prouve tout simplement que toutes les épistaxis ne sont pas sous la dépendance d'une lésion du foie; mais cela ne saurait en rien infirmer les faits positifs nombreux dans lesquels le traitement a été héroïque sans qu'on puisse d'ailleurs interpréter son mode d'action. Conclusion: dans quels cas faut-il mettre un vésicatoire sur la région du foie ? Les règles me paraissent aisées à formuler et c'est là le but de cet article.

On se trouve en présence d'une hémorrhagie quelconque (il n'est pas question, je le répète, des hémorrhagies par des vaisseaux de calibre) :

---

préhension, ou bien à deux mors dont l'un peut être rendu fixe à volonté ; lithotome double sans levier, avec vis à curseur pour faire écarter les lames; uréthroscope électrique avec spéculum pour voir l'urèthre postérieur et l'urèthre antérieur, avec spéculum pour voir latéralement et une lampe à incandescence ; exciseur des petites tumeurs de la vessie par l'urèthre; emporte-pièce intravésical; grattoir intravésical à lames cachées, ne se développant que dans la vessie après son introduction; dilatateur rétrograde du col de la vessie; pinces-curettes droites et courbes pour l'extraction des tumeurs vésicales; cathéter hydroaérique de M. Duchastelet; dépresseur vésical de M. Bazy; cathéter fenêtré pour la taille vaginale de M. Hartmann ; ajutage-fixateur de la bougie armée à uréthrotomie interne de M. Baudouin; sonde exploratrice et évacuatrice de la vessie à fermeture excentrique de M. Créquy; curettes vésicales de M. Guyon; lampe électrique pour l'éclairage vésical; pince dilatatrice utérine à quatre branches à mouvement automatique; pince à polypes à clous d'ivoire mobiles; ligateur à fil élastique ; dilatateur vaginal à six branches; pince fixatrice du col utérin ; pince coudée de M. Périer; valve en étain à manche de M. Richelot; axipelvimètre de M. Rey. Puis les gouttières à valves mobiles de M. Nicaise; le compresseur des ovaires de M. Féré; l'appareil-bandage pour anus contre nature de Kirmisson, avec godet mécanique et sous-cuisse; la pince à serrer les tubes de Galli de M. Duplay; un dilatateur œsophagien, muni d'olives à extrémité supérieure très allongée, en cône renversé, pour permettre à l'instrument de ressortir sans soubresaut et sans altérer la muqueuse ; un amygdalotome à guillotine et à trois anneaux; le clan à pressions parallèles des parois de l'estomac de M. Blum ; le trocart-injecteur pour les kystes hydatiques du foie de M. Monod; l'aiguille de ce dernier, constituée par un chas allongé dont un des bords latéraux, très flexible et très mince, est sectionné à une de ses extrémités pour permettre l'introduction du fil de catgut ou du crin de Florence

1° Si le malade a une affection quelconque du foie, ancienne ou récente, on fera la révulsion au niveau de cet organe.

2° Si on ne trouve rien dans son histoire qui puisse faire penser à une lésion hépatique, on devra passer en revue toutes les causes possibles d'hémorrhagie, telles que l'impaludisme, les affections rénales, les affections cardiaques, etc.

3° Si l'examen constitutionnel et viscéral est complètement négatif, on peut encore mettre un vésicatoire empiriquement au niveau du foie. Et on sera surpris souvent de voir l'hémorrhagie s'arrêter, ce qui révélera chez le malade une affection latente, ignorée, de la glande hépatique. Il me sera facile de citer des exemples se rapportant à ces trois catégories de faits. Je les prendrai avec intention en dehors des observations publiées antérieurement par M. L.-H. Petit dans le *Bulletin de thérapeutique* (Traitement des hémorrhagies par la révulsion sur la région hépatique, 30 juillet 1888); par M. Alexander Harkin (six observations dont trois ont trait à des hémorrhagies hémorrhoïdaires et trois à des épistaxis, in *The Lancet*, 30 octobre 1886); par M. Verneuil dans sa communication à l'Académie de médecine, etc., etc.

III

Premier ordre de faits : Il y a une affection hépatique reconnue et manifeste. — On pourrait ici multiplier les exemples : je n'en citerai qu'un qui me paraît topique. Dans le courant de l'année 1887, le nommé M..., employé à la cuisine de l'hôpital de la Pitié, se fait au bras droit et surtout à la jambe droite une brûlure profonde au second degré. En quelques jours les parties atteintes sont recouvertes de phlyctènes qui occupent toutes la face antéro-externe de la jambe et du bras droit.

Cet homme, qui remplit les fonctions de sommelier, est un alcoolique atteint depuis plusieurs mois d'une cirrhose hypertrophique du foie avec ictère considérable. Il a reçu des soins de M. Lancereaux pour cette affection. Les jours qui suivent son accident, l'ictère s'accentue d'une façon des plus marquées. Je n'insiste pas sur les détails de l'observation qui sont pourtant intéressants à d'autres points de vue. Un érysipèle des plus graves part des brûlures du membre inférieur, gagne le tronc et s'accompagne de phénomènes généraux menaçants, délire violent, hyperthermie, etc., qui mettent la vie du malade en péril. Ces symptômes s'atténuent peu à peu et au bout d'un mois, le malade entre en convalescence. L'ictère n'est plus aussi intense et les plaies résultant des brûlures commencent à se cicatriser. Celles du membre supérieur sont tout à fait guéries; il reste sur la jambe droite une ulcération en voie de cicatrisation. Le malade garde encore le lit avec un léger pansement ouaté. A cinq heures du soir, on s'aperçoit que le pansement est complètement traversé par une hémorrhagie en nappe. On enlève le pansement et on trouve une grande quantité de caillots. L'hémorrhagie continuant avec une grande intensité, on va chercher l'interne de garde en toute hâte.

Ici l'ictère devait immédiatement attirer l'attention sur le foie et le traitement de l'hémorrhagie par la révulsion sur la région hépatique s'imposait. Quand je vis le malade le lendemain, le vésicatoire placé la veille avait produit l'effet prévu.

Les faits de ce genre ne sont pas rares. On en cite surtout chez les hémorrhoïdaires qui ont notoirement une affection du foie (obs. d'Alexander Harkin, in *The Lancet*, octobre 1886). La révulsion au niveau du viscère malade est pour ainsi dire héroïque pour arrêter les hémorrhagies hémorrhoïdaires des hépatiques.

IV

Deuxième ordre de faits. — Rien dans l'histoire et dans l'examen du malade n'attire l'attention sur le foie.

C'est là le triomphe des sceptiques qui se refusent à admettre une action thérapeutique que la physiologie pathologique n'explique pas suffisamment. Car c'est là qu'on voit échouer le traitement en question. Mais encore une fois, personne n'a jamais dit, et M. Verneuil moins que tout autre, que la révulsion para-hépatique répondait à toutes les indications. Citons quelques exemples résumés.

Le 20 février 1888, deux médecins grecs qui suivent assidûment la clinique de M. Verneuil viennent me chercher en hâte pour donner des soins à un de leurs compatriotes de passage à Paris. Je me rends avec eux auprès du malade et je trouve un jeune homme de vingt et un ans la tête inclinée sur une cuvette, perdant du sang par la narine droite. L'épistaxis dure depuis la veille à huit heures du soir et il est onze heures du matin. On a commencé par mettre un large vésicatoire sur la région du foie, et, au moment où je vois le malade, la révulsion est intense. Puis on a touché la muqueuse des fosses nasales avec un

---

dans le chas; la griffe de M. Duplay pour les fractures de la rotule et son écraseur à vis et à volant brisé, dont la chaîne est pourvue d'un câble passant dans un anneau des chaînons; enfin des pinces à mors pointus à dérignement automatique et à crémaillère facultative à l'aide d'une vis mobile, ainsi que des pinces à mors pointus à dérignement à volonté et à crémaillère facultative par mouvement de glissière.

La préoccupation qui inspire les fabricants d'appareils et d'instruments de chirurgie de répondre aux nécessités de l'asepsie et de l'antisepsie, a été partagée dès le premier jour par M. Mariaud. Dans cet ordre d'idées il a construit une étuve à air chaud, portative, pour la stérilisation des manches métalliques, qui ne nous paraît ni plus ni moins pratique que celles qui sont actuellement si peu encore en usage, une trousse de poche en acier à bistouris tout en métal, dont les manches se composent de deux châssis métalliques, pouvant se démonter comme la lame, des pulvérisateurs à pieds et à roulettes, marchant vingt-quatre heures, sans compter la table pour opérations et les divers instruments dont nous avons précédemment parlé. Comme appareils spéciaux il y a lieu de signaler un spéculum de M. Cusco à valves en cristal dans le but de voir par transparence la surface de la muqueuse vaginale et de faciliter la cautérisation du col, un spéculum à manche pourvu d'une gâchette et un spéculum cylindrique, l'appareil à douches thermo-électriques utéro-vaginales de M. Nicoletis, le serre-nœud de M. Pozzi, à manche démontable et à tête mobile, un clan pour hystérectomie abdominale, l'appareil de M. Péraire pour le curage de l'utérus, l'écouvillon de M. Gellé pour nettoyer, racler et gratter légèrement les arrière-cavités des fosses nasales et un casse-pierre avec perforateur actionné soit par une vis de pression, soit par un marteau, se détachant à volonté et instantanément à l'aide d'un cliquet, etc.

Comme la plupart de ses confrères, la maison Lüer a

tampon imbibé de perchlorure de fer et enfin, l'hémorrhagie continuant de plus belle, on a pratiqué le tamponnement complet des fosses nasales. Malgré cela, le sang s'écoule goutte à goutte par l'orifice antérieur à travers le tampon d'ouate.

En raison de la nationalité du sujet, mon attention se porte aussitôt sur l'impaludisme et j'apprends qu'à plusieurs reprises ce jeune Grec a eu à Athènes des accès de fièvre intermittente tierce bien caractérisés. J'envoie alors chercher des cachets de 50 centigrammes de sulfate de quinine. Le malade en absorbe un sur-le-champ, et, avant de m'en aller, j'enlève les tampons qui obstruent les fosses nasales, puis je fais un lavage antiseptique. En quelques heures tout était terminé.

Autre exemple du même genre :

En janvier 1887, je suis appelé auprès d'une femme de soixante ans qui s'était fait arracher une molaire à dix heures du matin. Le dentiste l'avait renvoyée chez elle, et, quand je la vois à cinq heures du soir, elle était fort effrayée par une hémorrhagie de l'alvéole qui durait depuis sept heures et qui avait résisté à tous les traitements usités en pareil cas : cautérisation au nitrate d'argent, au perchlorure de fer, etc. Là, mon hésitation ne fut pas de longue durée, car j'avais soigné déjà cette femme pour des accès de fièvre intermittente qu'elle avait eus au bord des étangs de la plaine du Forez. Quelques doses de sulfate de quinine eurent raison de cette hémorrhagie, qui était, je le répète, fort abondante.

Je pourrais citer une seconde observation en tout pareille à la précédente. Il s'agissait encore d'une hémorrhagie de l'alvéole survenue à la suite d'une extraction de dent pratiquée à l'Ecole dentaire dès le matin. L'écoulement sanguin n'était pas encore tari à sept heures du soir, malgré tous les moyens employés, quand il eût suffi d'une dose de sulfate de quinine administrée en temps voulu. Dans ce cas-là encore les accès antérieurs de fièvre tierce devaient attirer l'attention.

Je ne multiplie pas davantage ces exemples. Malgré ces succès si remarquables dus dans bon nombre de cas à l'usage du sulfate de quinine, je ne vais pas conclure que ce médicament doit être héroïque dans toutes les épistaxis ou autres hémorrhagies. Cela ne serait pas plus exact que d'attribuer au vésicatoire sur la région hépatique une action générale sur toutes les hémorrhagies. Nous dirons donc que les hémorrhagies chez les hépatiques s'arrêtent sous l'influence de la révulsion sur la région du foie, et que chez les paludiques c'est le sulfate de quinine qui est le médicament de choix.

Arrivons maintenant aux hémorrhagies chez les sujets atteints de lésion rénale. Je n'ai pas eu l'occasion d'observer des faits de ce genre. Mais on trouve dans les *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux* (séance du 22 juin 1888) une communication de M. E. Gaucher sur ce sujet.

Il s'agissait d'un malade que M. Gaucher a observé à l'hôpital Cochin. Ce malade, âgé de trente-huit ans, était entré à l'hôpital pour des saignements de nez incoercibles. Un médecin avait appliqué sans succès un vésicatoire sur la région du foie. M. Gaucher fit ce que nous conseillons de faire toujours en pareil cas: il fit le diagnostic de la cause. Ne trouvant rien d'anormal dans les viscères thoraciques, rien dans le foie, il fit l'examen de l'urine qui décela une petite quantité d'albumine. Il y avait donc chez son malade un léger degré de néphrite. D'ailleurs il s'agissait d'un distillateur qui absorbait l'alcool autant par les poumons que par le tube digestif; c'était un alcoolique avéré: le régime lacté absolu, l'extrait de ratanhia et le quinquina à l'intérieur en s'adressant à la néphrite devaient guérir les épistaxis. C'est ce qui eut lieu, et le malade put quitter l'hôpital le 28 mai, c'est-à-dire huit jours après son entrée.

M. Huchard, dans la même séance de la Société médicale des hôpitaux, cite un cas analogue à celui de M. Gaucher. On voit par là de quelle importance est l'examen de l'urine chez les malades auxquels on ne découvre aucun antécédent hépatique ou paludéen. Et on conçoit bien comment dans ces cas-là le vésicatoire, sur la région du foie, doit être inefficace, à moins que la néphrite n'ait amené une congestion secondaire du foie.

Je termine ce qui a trait aux lésions viscérales qu'il faut rechercher avant d'instituer le traitement des hémorrhagies.

Il y a déjà douze ans que M. Verneuil a attiré l'attention de l'Académie de médecine sur l'action du cœur dans les hémorrhagies chirurgicales.

Dans le courant de l'année 1887, je donnais des soins, dans un taudis de la rue Visconti, à un malade de cinquante-deux ans atteint d'une affection mitrale bien caractérisée. Ce malade fut pris d'un abcès périanal auquel succéda une fistule à l'anus. Je le fis entrer à la Pitié dans le service de M. Verneuil dont j'étais le chef de clinique. Quelques jours après son entrée au n° 52 de la salle Michon,

---

son appareil pour la stérilisation des instruments de chirurgie; ici, il est à vapeur humide, à pression assez faible. L'arsenal pour les maladies du nez, des yeux et du larynx est des plus complets dans la vitrine de ce fabricant; remarquons-y plus spécialement le dilatateur naso-pharyngien de M. Luc; les *speculum nasi* de M. Ruault, de M. Terrier; le *speculum auris* et la pince droite de M. Boucheron; une curieuse canule à trachéotomie pour les opérations sur le larynx; l'écarteur de M. Panas pour l'angle externe de l'œil; plusieurs pinces à mors de caoutchouc; la seringue antiseptique de M. Panas pour le lavage de la chambre antérieure, en cristal, avec ajutage en caoutchouc durci, et le vaporisateur de M. Abadie permettant de graduer la température du jet.

Chez M. Dubois on remarquera la seringue à injections sous-cutanées de M. Clado, composée d'un corps de pompe tout en verre et gradué; « sur le bout usé de l'émeri vient s'emmancher à frottement le corps de l'aiguille, le piston est fait comme les pistons ordinaires; ainsi la seringue et son aiguille peuvent être nettoyées et antiseptisées par l'ébullition, le piston ne se détériore jamais ».

A peu près seule, la maison Galante expose une collection très variée d'instruments en caoutchouc, soit en caoutchouc rouge vulcanisé, soit en caoutchouc durci ou ébonite, dont l'emploi se généralise de plus en plus. « On ne se borne plus en effet à fabriquer avec cette matière des sondes uréthrales lisses, souples, d'un calibre égal, des bougies rectales, des sondes œsophagiennes. La chirurgie antiseptique utilise les tubes à drainage, parfois à l'emporte-pièce, sectionnés par petits morceaux de quelques centimètres et que l'on conserve dans des solutions antiseptiques; puis la thérapeutique a multiplié le nombre des appareils dans lesquels les qualités spéciales du caoutchouc sont mises à contribution ». Tels sont les tubes de MM. Faucher et Debove pour le lavage de l'estomac, l'excitateur des parois stomacales de M. Bardet, les nombreux

la fistule fut débridée au thermocautère. Le surlendemain de l'opération, hémorrhagie abondante au niveau de la petite plaie ano-périnéale. Cette hémorrhagie se répète les jours suivants. Voilà un cas où le vésicatoire de la région du foie aurait été sans doute inefficace, quand au contraire le traitement de l'affection mitrale par la digitale fit immédiatement cesser tout écoulement sanguin au niveau de cette plaie opératoire insignifiante par elle-même.

V

Troisième ordre de faits: Enfin, il est des cas dans lesquels l'examen complet et attentif du malade atteint d'épistaxis ou autre hémorrhagie de ce genre, reste complètement négatif.

On est autorisé alors à mettre un large vésicatoire sur la région du foie, bien que cet organe paraisse absolument indemne. On sera parfois surpris de voir l'hémorrhagie s'arrêter, et ce sera là un signe d'affection hépatique méconnue.

Cela m'est arrivé dans un cas d'hémoptysie rebelle à tous les traitements habituels. Un vésicatoire appliqué sur la région du foie fit cesser l'hémoptysie, probablement parce que le malade avait — de par son ancienne tuberculose — une stéatose hépatique méconnue (voy. le premier volume des *Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose*, p. 653, deuxième fascicule). On peut considérer comme démontré que la stéatose du foie en particulier est la cause occasionnelle de bon nombre d'hémorrhagies. M. Verneuil a cité de nombreux exemples qui jugent cette question. Je trouve, dans le cinquième volume de ses *Mémoires de chirurgie* (p. 369), une observation du docteur Bertin (de Gray), qui est très démonstrative à cet égard.

Un enfant qui a eu une coxalgie avec abcès articulaires est pris ultérieurement de scarlatine. Cette fièvre éruptive prend la forme hémorrhagique, et, de plus, les trajets fistuleux péri-articulaires sont le siège d'hémorrhagies graves, qui mettent en péril la vie de l'enfant. Il est clair que ces longues suppurations avaient amené une stéatose hépatique, c'est-à-dire une lésion hémorrhagipare au premier chef. Mais cette lésion, est-il aisé de la diagnostiquer en dehors de l'étude des antécédents du malade? Je ne le crois pas, et, le plus souvent, on ne peut que la soupçonner. En pareil cas, on peut toujours essayer la révulsion sur la région du foie, et, le pis qui puisse arriver, est de ne pas obtenir un résultat positif.

VI

En somme, je crois pouvoir résumer de la façon suivante les indications de la révulsion parahépatique.

Dans le traitement des épistaxis ou autres hémorrhagie rebelles :

1° Mettre un vésicatoire sur la région du foie toutes les fois qu'on aura découvert chez le malade une lésion de cet organe;

2° Quand l'examen de tous les viscères, y compris le foie, sera resté négatif, mettre à tout hasard un vésicatoire sur la région du foie, et cela en raison des affections latentes dont cet organe peut être le siège;

3° Ne pas s'attarder à cette pratique et surtout ne pas la condamner sans merci, si elle échoue, dans les cas où l'examen du malade a révélé une lésion viscérale (cardiaque, rénale, etc.) ou une intoxication générale, comme la malaria, par exemple

Dans ces cas-là, en effet, c'est le traitement de la lésion viscérale qui sera héroïque.

Je dirai donc, comme conclusion générale à cet article, que la révulsion sur la région du foie a, comme toutes les médications, des indications précises basées sur l'étude étiologique des hémorrhagies qu'on veut combattre.

Aimé Guinard.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Note sur l'anémie des nourrissons. Communication faite à la Société des hôpitaux dans la séance du 25 octobre 1889, par M. Georges Hayem.

Jusqu'à présent, dans les recherches que j'ai poursuivies sur l'anémie, j'ai négligé l'étude des états anémiques qui se développent chez les nourrissons. Depuis quelques mois je cherche à combler cette lacune. Mes observations ne sont pas encore assez nombreuses pour me permettre de tracer un tableau des particularités que présente l'anémie pendant les premiers mois de l'existence. Je puis cependant dès aujourd'hui vous signaler un fait important qui constituera probablement plus tard le caractère distinctif de l'anémie des nourrissons.

Vous savez qu'au moment de la naissance le sang des enfants à terme est plus riche en globules rouges que celui de l'adulte. Au bout de quelques jours le chiffre de ces éléments diminue et pendant la période d'allaitement il se maintient à un taux un peu inférieur à la moyenne

---

appareils à réfrigération du tronc et des membres, les vide-bouteilles pour les injections antiseptiques, les ampoules pour le tamponnement des fosses nasales, les œillères à poires, la fontaine ou poche en caoutchouc de M. Doléris pour douches, lavages et injections antiseptiques, les nombreux pessaires, la tétrelle de M. Auvard, et, parmi les objets en caoutchouc durci, c'est-à-dire en caoutchouc renfermant une plus grande quantité de soufre, certains pessaires, les diverses variétés de seringues, plusieurs pompes aspiratrices stomacales, le thermomètre à température locale de M. Constantin Paul, le pulvérisateur à chlorure de méthyle.

Un nombre extrêmement restreint de fabricants étrangers a pris part à l'Exposition dans la classe 14; il en est d'ailleurs ainsi, tout le monde l'a pu constater, dans la plupart des autres classes, ce qui n'a pas empêché la courtoisie française habituelle de décerner aux étrangers un nombre relativement considérable de récompenses, bien qu'en général, dans les autres pays, la réciproque ne se produise jamais. Nous n'avons guère à signaler que l'exposition de M. Demaurex, dans la section suisse, où l'on peut voir toute l'instrumentation dont se servent MM. les professeurs Julliard, J. et A. Reverdin. On connaît la table d'opérations, si simple, du premier, que M. Manoury a si heureusement modifiée; celle de MM. Reverdin se compose de deux parties distinctes qui, réunies, forment un meuble de 2 mètres de largeur pour les opérations dans lesquelles le patient est complètement étendu; en enlevant la partie inférieure il reste une table de 1m,30, avec dossier incliné et appui pour les pieds, destinée plus spécialement aux opérations qui intéressent les membres inférieurs ou la région périnéale. MM. Reverdin ont, en outre, fait construire par le même fabricant tout un arsenal des plus variés, comprenant notamment un fixateur de la mâchoire inférieure, un flacon d'anesthésie spécial, un pulvérisateur à débouchoirs dont les deux becs peuvent se déboucher

normale constatée chez l'adulte. Cependant je n'ai pas encore eu l'occasion d'observer un exemple d'anémie essentielle ou protopathique chez les nouveau-nés. Les causes les plus puissantes d'anémie à cette époque de la vie sont la syphilis infantile et les troubles digestifs, particulièrement la diarrhée verte.

Les lésions des globules rouges sont, d'une manière générale, les mêmes que chez l'adulte. Cependant les inégalités dans le diamètre des éléments m'ont paru plus notables que dans les cas ordinaires d'anémie. Cette particularité paraît tenir à la richesse relative du sang des nouveau-nés en globules de grande taille. Dès que l'anémie se constitue et devient un peu notable, ces grands éléments se multiplient et l'on voit apparaître des globules géants qu'on ne rencontre chez l'adulte que dans les anémies très prononcées du troisième et du quatrième degrés.

Mais, en même temps, et c'est là le point particulier sur lequel je désire attirer votre attention, on voit survenir d'assez nombreux globules rouges à noyau. La présence dans le sang d'éléments de ce genre ne constitue pas un fait spécial au nouveau-né. Elle s'observe parfois chez l'adulte, mais seulement dans la leucocythémie et dans certains cas d'anémie extrême.

Si l'on considère à part la leucocythémie, à cause des lésions particulières des organes hématopoiétiques dans cette maladie, on peut dire que chez l'adulte les globules rouges à noyau, ne prennent jamais qu'une part extrêmement minime à la constitution du sang des anémiques.

Il n'en est pas de même chez les nourrissons. Chez eux, les cellules rouges à noyau peuvent se montrer dans le sang à un moment où l'anémie n'a pas atteint un développement considérable. De plus, ils y pénètrent en nombre relativement élevé.

Au point de vue anatomique, les globules rouges nucléés des nouveau-nés anémiques ne diffèrent en rien des mêmes éléments observés chez l'adulte. Leur noyau de dimension variable est unique, petit ou de moyen volume, parfois cependant trilobé. Les noyaux volumineux ou en voie de kariokynèse, paraissent appartenir spécialement au sang des enfants à grosse rate, atteints de la forme particulière de leucémie que j'ai récemment signalée (*Du sang et de ses altérations anatomiques*. Paris, Masson, 1889).

Les caractères particuliers de l'anémie et de la leucocythémie des nouveau-nés me semblent présenter un réel intérêt au point de vue de la physiologie générale du sang.

Dans l'espèce humaine, les cellules rouges à noyau du sang disparaissent déjà vers la fin du sixième mois, tandis que chez les mammifères nouveau-nés on en trouve encore pendant quelques semaines après la naissance.

Au moment où commence la vie extra-utérine, la formation du sang par l'intermédiaire des cellules rouges à noyau est donc éteinte, chez l'homme, depuis un certain temps. Mais les organes qui forment ces éléments sont certainement moins engourdis que chez l'adulte et ils passent plus facilement que chez ce dernier, à un état de nouvelle activité. La moelle osseuse reste d'ailleurs rouge chez les nouveau-nés et riche en cellules hémoglobiques, tandis que plus tard elle devient en grande partie graisseuse et relativement très pauvre en globules rouges nucléés.

Chez l'adulte, l'apparition dans le sang de globules rouges à noyau est un fait des plus graves; il est le résultat d'un effort de réparation sanguine, pour ainsi dire ultime.

Il est loin d'en être ainsi chez les nouveau-nés et je pense que chez eux et peut-être aussi chez les jeunes enfants sevrés, des recherches ultérieures permettront de démontrer la fréquence et le caractère bénin de cette modification du sang dans les anémies. Je laisse ici de côté, cela est bien entendu, la leucémie infantile, qui paraît être, au contraire, une maladie des plus graves.

Pour compléter ces quelques considérations, je vais rapporter ici deux observations d'anémie qui ont été recueillies avec soin dans mon service de crèche par mon interne, M. Luzet. Elles concernent des enfants atteints de diarrhée verte.

Obs. I. — S... (Charlotte), deux mois, entre le 18 mai 1889, salle Vulpian, n° 3.

Antécédents héréditaires. — Père, trente-neuf ans, bien portant. Mère, vingt-deux ans, bien portante. Grands-parents maternels morts de maladies thoraciques aiguës. Grand-père paternel mort d'accident. Grand'mère paternelle bien portante.

Antécédents personnels et début. — Née à terme le 27 avril 1889. Pas malade jusqu'à une semaine, où survint une diarrhée verte, peu intense. L'enfant toussait et avait beaucoup de fièvre. L'appétit avait complètement disparu. Quelques vomissements, quelques convulsions. Un médecin ordonna alors du bismuth. La mère, ne constatant pas d'amélioration, entra alors à l'hôpital.

État général. — 18 mai. Enfant maigre, masses musculaires très réduites. Faciès blême, conjonctives décolorées, coloration grisâtre de la peau. Pas trace d'éruption cutanée. Langue normale. Appétit peu considérable. Diarrhée verte assez intense. L'enfant salit ses couches environ quatre à cinq fois par jour. Abdomen légèrement rétracté, pas douloureux, l'estomac ne semble pas dilaté, le foie déborde légèrement les fausses côtes. Pas d'hypertrophie de la rate. Pas d'adénopathie inguinale. Sonorité thoracique normale, quelques râles sibilants et sous-crépitants. Rien au cœur. Rares convulsions très légères. La fontanelle antérieure est encore très marquée, la postérieure complètement fermée. Urines: pas d'urobiline, pas d'albumine, pas de sucre, un peu d'urohématine.

Traitement. — Quinze cuillerées à café de la solution d'acide lactique à 1 pour 100. Un verre d'eau albumineuse en supprimant le lait.

Le 30 mai. — Pas d'amélioration. Aspect de l'athrepsique.

---

instantanément sans interrompre la pulvérisation, un pulvérisateur de poche à réservoir en caoutchouc, des pinces à forcipressures aseptiques, dont les entailles des mors sont remplacées par des ondulations qui s'emboîtent exactement; un greffotome, une pince en cœur, fenêtrée d'un côté; un couteau à conducteur pour les débridements, terminé par une petite gorge qui lui permet de glisser sur un trocart sans risquer de dévier; des passe-drains, des passe-sétons et des aiguilles diverses, dont un modèle est installé de telle sorte que l'aiguille peut se replier pour être mise dans la poche ou dans une trousse; enfin un dilatateur-irrigateur de la cavité utérine, une pince en fer à friser, destinée à saisir les ligaments larges, etc., etc.

L'instrumentation spéciale présente, comme toujours, un réel intérêt; elle témoigne de recherches longuement et patiemment poursuivies, qui sont parvenues à utiliser les multiples propriétés des diverses matières mises en usage et à les asservir à un but bien défini. Parmi les particularités les plus intéressantes que présente l'Exposition dans cet ordre d'idées, on peut mettre en première ligne, comme l'a d'ailleurs fait le jury, l'importante exposition d'appareils prothétiques fabriqués par M. Claude Martin (de Lyon). Les appareils y sont nombreux qui, appliqués au moment même de l'opération, ont été tolérés, depuis quatorze mois et plus, par les tissus; on y voit aussi de nombreux spécimens de restaurations bucco-palatines ou nasales, et des pièces montrant les avantages de l'application d'un appareil prothétique nasal pour soutenir le lambeau nasal.

Le temps n'est plus où les chirurgiens français, désireux de pratiquer l'antisepsie, devaient s'approvisionner à l'étranger. Nous nous rappelons que, dans maints hôpitaux de Paris, il n'y a pas plus de treize ans, les premiers essais ont été faits avec des objets de pansement que les chefs de service avaient dû faire venir à leurs frais. L'industrie fournit actuellement en abondance les matériaux de pansement et les produits antiseptiques les plus variés et les plus aisés

Le 5 juin. — La diarrhée continue. Etat stationnaire.

Le 10. — Même état.

Le 15. — Pas d'amélioration. Léger mouvement fébrile le soir. Cataplasmes sinapisés.

Le 18. — Un peu d'amélioration. Même traitement. On rend le lait. Pas de vomissements.

Le 21. — Amélioration bien marquée.

Le 22. — Sort très améliorée.

Examen du sang te 8 *juin*. — N. = 926590; R. = 685600; G. = 0,74; Rn. = 7440; B. = 18910.

On désigne ici par Rn les cellules rouges à noyau qui ont pu être distinguées des globules blancs pendant la numération des éléments.

Dans les préparations de sang sec, on trouve un grand nombre de cellules à noyau unique, non kariokynétique. Les globules rouges sont remarquables par la grande inégalité de leur diamètre.

OBS. II. — C... (François), deux mois et demi, entre le 25 novembre 1889, salle Vulpian, n° 8.

Antécédents héréditaires. — Père, quarante-deux ans, bien portant. Mère, trente-trois ans, bien portante. Il en est de même de deux oncles et de deux tantes. Grand-père maternel mort de maladie thoracique aiguë. Grand-père mort d'une maladie de l'estomac. Les deux grand'mères sont bien portantes. Deux frères et deux sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Né à Ris (Puy-de-Dôme), pays non marécageux.

Avant son arrivée à Paris, l'enfant était vigoureux et bien portant, sauf quelques coliques, dit la mère.

Début. — Le 15 mai 1889, la mère vint à Paris chercher une place de nourrice au bureau de placement de la rue Poliveau. Tous les enfants qui y étaient à ce moment étaient malades (peut-être de la diarrhée verte?). Le 18 mai, c'est-à-dire trois jours après son arrivée, l'enfant fut pris de diarrhée et se mit à tousser. La mère donna à son enfant de l'eau de chaux, du bismuth, etc. Le traitement étant resté sans résultat, la mère se décida à entrer à l'hôpital.

Là, pendant que persistait la diarrhée, on put constater que l'enfant pâlissait.

4 juin. — *Etat actuel*. — Le petit malade est profondément anémié, la peau présente une coloration jaune verdâtre. Pas traces d'éruptions cutanés. Muqueuses décolorées, conjonctives bulbaires bleuâtres. Langue normale. Appétit excellent. Depuis quelques jours la diarrhée va en diminuant. Amaigrissement assez considérable; l'enfant aurait, au dire de la mère, perdu la moitié de son poids primitif. L'abdomen est volumineux, non douloureux. Pas de douleur à la pression des fosses iliaques. Pas de douleur au niveau des hypochondres droit et gauche, ni à la région épigastrique. Le foie déborde notablement les fausses côtes. Rate non augmentée de volume. Pas de tuméfaction des ganglions de l'aine. Appareil respiratoire : sonorité thoracique normale. A l'auscultation, quelques râles de bronchite. Rien au cœur. Léger bruit de souffle au niveau des vaisseaux du cou. Fontanelles: l'antérieure est facilement perceptible à la palpation; elle mesure environ 20 millimètres de long sur autant de large. La postérieure est complètement oblitérée.

A son entrée à l'hôpital, l'enfant avait de la diarrhée avec selles vertes fréquentes. Le ventre n'était pas ballonné, mais il existait de fortes coliques, et l'abdomen était douloureux.

Le traitement consista en : potion avec naphthol β, 50 centigrammes; salicylate de bismuth, 1 gramme ; acide lactique, quinze cuillerées à café do la solution au 100°; lavages de l'estomac avec une solution de benzoate de soude à 1 pour 1000.

En huit jours, amélioration considérable en sorte qu'actuellement la diarrhée a disparu et l'appétit renaît.

Contre l'anémie, on donne: deux gouttes de liqueur de Fowler et un julep gommeux et on continue l'acide lactique à la dose de douze cuillerées. Urine : pas d'albumine, pas de sucre, pas d'urobiline.

Le 7. — Amélioration considérable, la pâleur diminue, la face se colore.

Le 11. — Etat fort amélioré. Encore quelques coliques, la face se colore davantage.

Le 12. — Amélioration. Bon appétit. Un peu de diarrhée. Un peu de bronchite. Quinze cuillerées d'acide lactique.

Le 14. — L'amélioration continue. Encore un peu de diarrhée. Gros râles sonores de bronchite dans la poitrine. Sirop de codéine et de tolu, ãā 10 grammes.

Le 15. — Même état. La mère, trouvant son enfant en bon état, part sur sa demande.

Le 25 mai. — Temp., 37°,4 soir.
Le 26. — Temp., 37°,2 matin, 37°,4 soir.
Le 27. — Temp., 37°,4 matin, 38°,4 soir.
Le 28. — Temp., 37°,8 matin, 38°,4 soir.
Le 29. — Temp., 37°,4 matin, 38°,6 soir.
Le 30. — Temp., 37°,8 matin, 38 degrés soir.
Le 31. — Temp., 37 degrés matin, 37°,4 soir.
Le 1er juin. — Temp., 37°,2 matin, 38 degrés soir.
Le 2. — Temp., 36°,8 matin, 37°,2 soir.
Le 3. — Temp., 36°,8 matin, 37 degrés soir.
Le 4. — Temp., 36°,6 matin, 37°,2 soir.
Le 5. — Temp., 37 degrés matin, 37°,2 soir.
Le 6. — Temp., 36°,8 matin, 37 degrés soir.
Le 7. — Temp., 36°,8 matin, 37°,2 soir.

A partir de ce moment, la température reste normale jusqu'à la sortie, sauf exacerbation au moment de la bronchite.

Le 8. — Temp., 37 degrés matin, 37°,2 soir.
Le 9. — Temp., 36°,8 matin, 37°,4 soir.
Le 10. — Temp., 37°,2 matin, 37°,6 soir.
Le 11. — Temp., 37 degrés matin, 37°,4 soir.
Le 12. — Temp., 37°,2 matin, 37°,6 soir.
Le 13. — Temp., 37°,4 matin, 37°,6 soir.
Le 14. — Temp., 37°,2 matin, 38 degrés soir.
Le 15. — Temp., 38°,2 matin, 37°,2 soir.

Examens du sang. — Le 2 juin 1889. — N. = 1280300; G. = 0,71 ; R. = 909013; B. = 13485; Rn. = 490.

Globules géants nombreux mesurant jusqu'à 13 μ,5. Globules déformés et de dimensions très irrégulières.

Le 3. — Sang pur. Piles globulaires courtes, ne se rejoignant pas. Grand nombre d'éléments isolés. Globules géants très nombreux, mais un très grand nombre sont peu colorés. Nombreux globules déformés. La plupart de ces derniers sont

---

à employer. L'Exposition ne nous en montre aucun qui ne fût déjà connu, mais elle en a un si grand nombre qu'il n'est pas sans intérêt de constater ainsi une fois de plus tout le chemin parcouru depuis peu d'années par l'antisepsie.

Cette rapide revue ne saurait se terminer sans signaler tout au moins quelques-uns parmi les principaux instruments de précision que l'art médical ne peut plus se passer d'utiliser ou dont la science médicale se sert dans les laboratoires ou dans les cliniques; on peut les subdiviser en trois classes, comprenant les appareils de physiologie, parmi lesquels les appareils d'électricité médicale, ceux de l'optique médicale et les appareils d'histologie. C'est ainsi que l'Exposition nous permet de considérer, dans la vitrine de M. Gaiffe, ses machines électro-statiques; une batterie à collecteur double, composée de couples au bioxyde de manganèse et au bichlorure de zinc, munies d'un collecteur double, d'un galvanomètre et d'un interrupteur pour produire les chocs voltaïques; une batterie de cabinet en forme de petits meubles, renfermant une batterie de vingt-quatre couples; une batterie à collecteur double au sulfate de bioxyde de mercure pour la galvanocaustique; le condensateur médical, permettant de doser l'énergie électrique et de provoquer des interruptions très régulières; l'appareil volta-faradique à hélices mobiles de M. Tripier, modifié par M. Gaiffe, et une série d'hystéromètres en charbon pour l'électrolyse intra-utérine.

M. Chardin expose, d'autre part, une pile à insufflation et une pile à flotteurs, un appareil galvanocaustique portatif à grand effet, un appareil d'induction volta-faradique également portatif; puis, parmi les appareils spéciaux, l'électrode épilatoire de M. Brocq, qu'on introduit dans le follicule pileux pour détruire le poil; le miroir rotatif de M. Luys pour la fascination; divers accessoires pour galvanocaustique thermique, dont un manche porte-cautère et de nombreux modèles de têtes de cautères. Il convient aussi de signaler l'appareil galvanocaustique de M. Trouvé, son

petits ou nains. Cependant la déformation porte aussi sur un grand nombre de grands globules et même de globules géants.

Dans les leucocytes, pas de pigmentation. Pas de déformation palustre des globules du sang. Amas d'hématoblastes assez volumineux, mais peu nombreux. La plupart des globules blancs ne présentent pas de déformations amœboïdes. Pas de corps filamenteux mobiles.

Au bout de vingt minutes, pas de réticulum visible. Quelques corps filamenteux.

Le 6. — N. = 2052200; G. = 0,59; R. = 1210700; B. = 5952.

On retrouve encore des globules rouges à noyau dans les préparations de sang desséché.

Syphiliographie.

De la dilatation de l'estomac dans ses rapports avec la syphilis et son traitement, par le docteur Louis Jullien, chirurgien de Saint-Lazare.

C'est un fait jusqu'ici passé inaperçu, et que je signale tel qu'il m'est comme fortuitement apparu en faisant le recensement de mes observations de tertiaires, et c'est un fait fréquent que la concomitance de la dilatation de l'estomac avec les lésions ultimes de la syphilis. Me limitant, volontairement, d'abord au point de vue strictement séméiologique, et ne voulant en aucune façon prendre part à la discussion sur son rôle pathogénique, par dilatation d'estomac, je veux dire : affection qui, parmi ses caractères les plus saillants, présente la sonorité exagérée de la région stomacale, la sensibilité de la ligne médiane sus-ombilicale et le clapotement, sans parler ici de certains symptômes sur lesquels je reviendrai.

Or, sur 72 malades, j'en trouve 21 dyspeptiques, soit en moyenne 29 sur 100, presque un tiers. Encore dois-je avouer que je n'ai cherché cette complication que dans ces derniers temps, et qu'à coup sûr elle a dû m'échapper dans un bon nombre de cas vus antérieurement.

I

En ce qui concerne l'étiologie de cette coïncidence morbide, deux facteurs semblent devoir être incriminés dans le cas présent : l'influence thérapeutique d'une part, et de l'autre, celle des lésions de structure du foie.

1° Sur le premier point, il n'est pas besoin d'une longue démonstration, c'est chose banale que de voir les malades se plaindre de digestions laborieuses pendant le traitement hydrargyrique. Les pilules sont très souvent mal faites, l'agent actif est irrégulièrement distribué; de là des sensations de brûlure, parfois de véritables intoxications avec diarrhée profuse. La liqueur de Van Swieten est souvent cause de coliques violentes. Mais de tous les spécifiques, il n'en est pas de plus justement redoutable, à ce point de vue que l'iodure de potassium. Assurément son association aux sirops, et mieux encore au lait, la fragmentation des doses, l'absorption précédant le repas, atténuent sensiblement les effets, mais pas assez pour les rendre négligeables, et bien souvent on se heurte au refus absolu et très raisonné des malades. Je sais bien que, devenus optimistes par conviction, nous prenons volontiers notre parti des doléances de nos clients voués à des hydrargyrisations, à des iodurations de trois ou quatre ans; mais, méconnus ou négligés, cause et effets n'en subsistent pas moins.

2° Les lésions de structure du foie jouent un rôle plus fâcheux, mieux démontré, plus actif, on peut dire plus fondamental, et elles ne sont pas moins fréquentes. Elles dépendent, soit de la syphilis, soit de l'alcoolisme, et caractérisent le premier stade du processus qui, s'il n'est enrayé, conduit à la cirrhose. Il serait superflu d'insister sur la coïncidence de la syphilis et de l'alcoolisme. Sur mes 72 malades tertiaires, je compte 13 alcooliques notoires, et près de la moitié figurent parmi les dyspeptiques susmentionnés. Ce n'est pas chose facile que de reconnaître de prime abord la nature de ces troubles digestifs. On ne peut arriver au diagnostic qu'en tenant compte des antécédents, de la profonde atteinte ressentie par l'état général et de la résistance du mal aux traitements ordinaires. Mais ces éléments sont bien souvent négligés; on est dans l'habitude de rechercher l'alcoolisme quand la cirrhose est déclarée, cela importe peu; ce qu'il faudrait s'attacher à découvrir, c'est la cirrhose commençante, ou mieux la précirrhose, suivant l'heureuse expression de Glénard, et la nature soit alcoolique, soit spécifique de cette lésion.

Pour le médecin de Vichy, la *précirrhose du foie*, dont la notion s'impose par la clinique en attendant qu'elle soit vérifiée par l'anatomie pathologique, constituerait une *étape*, qui peut rester définitive, dans le cycle morbide commençant par la congestion du foie et se terminant par la cirrhose hypertrophique ou atrophique. Le foie atteint de précirrhose peut donc ne pas dégénérer en cirrhose, grâce à l'intervention thérapeutique, mais il ne rétrocédera jamais non plus *ad integrum*. Du reste, « il suffit que le foie ait été, à un moment donné, le siège d'une congestion pour qu'il soit désormais déchu ». Cette déchéance, qui peut rester plus ou moins longtemps latente et dont le degré est variable suivant la cause de la congestion, se caractérise cliniquement. lorsqu'elle a abouti à la précirrhose : 1° par une *déformation particulière du foie* avec élasticité spéciale du tissu hépatique, appréciables par ce mode de palpation que l'auteur a décrit sous le nom

---

explorateur électrique, bien connu; la sirène de M. Luys, destinée à l'hypnotisation, et produisant un bruit strident d'une façon instantanée; le photophore électrique de MM. Hélot et Trouvé.

M. Verdin, le fournisseur habituel des laboratoires de physiologie, expose des enregistreurs à poids de M. Marey, avec tambours à levier, chronographe, manomètre métallique, et un compteur à roues dentées; des myographes à transmission; le signal électrique de M. Desprez modifié; des métronomes enregistreurs; l'hémodynamomètre de M. Ludwig modifié; le sphygmomètre de M. Brocq; plusieurs spiromètres; le chronomètre électrique de M. d'Arsonval, permettant d'avoir le temps exprimé en millièmes de seconde. Le plus remarquable de tous ces instruments est, sans contredit, celui qui a été construit par la maison Brégnet pour le laboratoire de M. Hayem, sur les indications de M. Roussy : il s'agit d'un grand appareil enregistreur dont la bande a 100 mètres de longueur sur 25 centimètres de large; la vitesse de progression peut varier de 20 centimètres à 1 mètre à la minute. Il est pourvu d'une pendule qui marche pendant quinze jours et indique les heures, les minutes et les secondes; il enregistre le temps à l'encre, et le tambour possède un levier-inscripteur également à l'encre; l'encrier se trouve au centre du mouvement. Comme annexes, il comporte un manomètre à mercure ou un kymographion de Fick et un commutateur en forme de manette circulaire, permettant d'obtenir des excitations de durée variable, soit de 1 à 60 par minute; un inscripteur enregistre les abcisses.

(*A suivre.*)

de « procédé du pouce » ; 2° par un syndrome en rapport avec la modalité fonctionnelle encore inconnue du foie atteint de précirrhose et très justement caractérisé par les termes de *neurasthénie hépatique*. La neurasthénie hépatique doit être distinguée du rhumatisme goutteux, de la lithiase biliaire ou urique, de l'entéroptose, de la dilatation d'estomac, affections avec lesquelles elle présente des traits communs, et dont elle revêt habituellement l'allure apparente. Suivant l'origine de l'affection du foie, il y aurait une précirrhose « éthylique » puerpérale, psychique, syphilitique, etc. (1).

II

La dilatation de l'estomac engendre des symptômes nerveux qui peuvent jeter un grand trouble dans le diagnostic de la syphilis tertiaire. Leven, mieux que personne, a insisté sur les céphalées, les vertiges, parfois les convulsions, les troubles psychiques qui caractérisent la névrose cérébro-gastrique. A la lecture de ces pages, fidèle tableau de la clinique, on ne peut s'empêcher d'être frappé par la similitude de beaucoup de ces manifestations avec celles de la syphilis cérébrale ; et depuis que notre attention a été appelée sur ce sujet, nous avons pu nous convaincre que la confusion était non seulement possible, mais fréquente. — Les douleurs de tête, l'asthénie profonde qui en résulte, la prostration, l'hypochondrie, se trouvaient à leur maximum dans une de nos observations (obs. 64). Le traitement stomacal est institué, et du jour au lendemain le malade est soulagé, tout change dans l'économie, il se sent revivre. — Un autre sujet (obs. 5) n'écrit plus qu'avec difficulté, parfois une lettre échappe, de même il a des défaillances de mémoire, des obnubilations passagères, son caractère devient irascible, il bat ses gens. En même temps, il porte sous la langue une plaque muqueuse fort ancienne ; je le soumets au traitement, la plaque muqueuse disparait, mais les troubles nerveux persistent ; j'examine l'estomac et constate sans peine le flot, de la sensibilité du plexus au niveau d'un organe démesurément agrandi. — Un autre (obs. 21) accuse des troubles légers commençant par une sensation de vague ; il pâlit, se sent couvert de sueurs froides, et reste deux minutes comme anéanti ; c'est un vertige, une défaillance qu'il compare à celle du mal de mer. Petit mal, absence, dirait plus d'un syphiligraphe. Il se tromperait, ce jeune homme n'était qu'un dyspeptique, comme le traitement l'a démontré.

Je pourrais multiplier ces exemples, mais à quoi bon? J'affirme encore que leur fréquence est extrême.

On a jadis accusé le mercure de grands méfaits. Il y a seize ans, j'ai moi-même, me basant sur les résultats d'une statistique considérable, démontré que les accidents nerveux s'observaient surtout au cours des syphilis fortement mercurialisées, et d'autres observateurs ont apporté des faits nouveaux à l'appui de cette manière de voir. Il est probable que quelques-uns de ces faits sont justiciables de l'interprétation que je présente aujourd'hui, et qui n'infirme pas nos résultats anciens, mais bien au contraire, les corrobore.

Je dois noter aussi d'autres effets susceptibles d'en imposer pour une de ces cardiopathies spécifiques que de bonnes observations nous obligent à ne jamais perdre de vue dans l'examen des tertiaires. Chez les uns, ce sont des douleurs du squelette précordial, des seins, des mamelons ; chez d'autres, palpitations avec spasmes, étouffements ; chez presque tous, il y a réveil brusque pendant le sommeil. Un de mes malades, homme intelligent et fort éclairé, plus versé qu'il n'eût fallu dans la lecture des ouvrages spéciaux, entrevoyait déjà l'artério-sclérose ou les gommes du myocarde (obs. 5).

III

Etant donnée la symptomatologie que je viens d'esquisser, on comprend la nécessité et la difficulté d'arriver à un diagnostic précis. Car, à côté des cas types où tous les signes relèvent, soit de la syphilis soit de la dyspepsie, il ne faut pas perdre de vue ceux dans lesquels les deux processus coïncident et se compliquent. En pareil cas, en effet, il ne suffit pas d'avoir trouvé l'estomac en faute pour donner l'interprétation du syndrome, il faut encore élucider si la syphilis n'y intervient pas, et dans quelle mesure. Or, je ne sache guère de plus difficile problème en clinique, et je crois bien qu'il serait insoluble sans le secours de la thérapeutique. On se souviendra cependant que la céphalalgie gravative du dyspeptique est intermittente, peu localisée, rarement accompagnée de l'affreuse sensation de compression ou de déchirement qui caractérise celle du syphilitique, qu'elle cesse la nuit et permet au patient de s'endormir, que, à l'exception des altérations de la mémoire, de la modification du caractère exaspéré et irritable, les autres troubles nerveux sont en général mal dessinés ; les absences sont moins complètes, les vertiges moins soudains et plus durables ; enfin, l'aphasie, ou mieux la dysphasie, est exceptionnelle. Un caractère général plus significatif encore, est la lenteur avec laquelle ces désordres évoluent, les fonctions restent languissantes pendant des mois, parfois des années, sans progrès sensible. Il semble qu'il s'établisse une sorte d'équilibre morbide qui devient une seconde nature pour le malade.

IV

Les moyens de la thérapeutique s'utilisent ici, et à titre de secours, et à titre d'épreuve. D'abord, en vue de la complication gastro-intestinale, il faut dès le début de la syphilis, n'omettre aucune des précautions nécessaires pour faire accepter le traitement spécifique sans détriment pour l'estomac. On redoublera de prudence si ce viscère présente quelque prédisposition, si l'on reconnaît l'existence de troubles fonctionnels, si l'on constate un commencement de dilatation. On a dit, et avec raison, qu'un praticien consciencieux ne devait prescrire le mercure qu'après un examen attentif des gencives et des dents ; on doit ajouter aujourd'hui que l'exploration de l'appareil digestif n'est pas moins utile, une dyspepsie n'étant pas moins redoutable qu'une stomatite.

Si la muqueuse digestive est saine, on prescrira le traitement jugé convenable suivant les règles habituelles, en ayant soin de faire prendre les médicaments au moment des repas, avant ou après. Mais un estomac dilaté ou atonique, par gastroptose, ou par précirrhose du foie, impose une thérapeutique toute différente, et je me hâte de dire qu'avec les bains, les frictions, les lavements, et surtout les injections hypodermiques, nous ne manquons pas de ressources ; j'y reviendrai dans un instant.

Se trouve-t-on en présence de ces cas d'accidents pseudo-tertiaires qu'une diagnose méticuleuse permet de rattacher à l'affection gastrique ou hépato-gastrique? On ne saurait, pour ces derniers, formuler d'autre traitement, à la fois thérapeutique et diététique, que celui de la dyspepsie nerveuse si bien établi depuis quelques années par MM. Bouchard, Sée, Leven, Glénard, et sur lequel il ne m'appartient pas d'insister.

Quant au traitement d'épreuve, il est banal, mais dans notre cas il serait déplacé de le borner au classique iodure. Grâce aux progrès de la médication antiseptique, il est ra-

(1) Voy. Glénard : *De la palpation du foie par le « procédé du pouce »*, in thèse de Françon, Lyon, 1888 ; *Obs. de neurasthénie hépatique par précirrhose éthylique*, in thèse de Raphély, Lyon, 1889 ; *De l'entéroptose*, conférence faite à l'hôpital de Mustapha (Alger), in *Presse médicale belge*, février 1889, et tirage à part. Bruxelles, 1889, p. 26.

tionnel de commencer l'épreuve par l'emploi des agents de cet ordre. Car ceux-là peuvent suffire, et dans ce cas ils auront rendu un double service en dispensant de l'iodure. La pratique, sous ce rapport, nous réserve plus d'une agréable surprise, car il m'est arrivé plusieurs fois de dissiper avec le régime et quelques cachets de naphtol, des accidents d'apparence syphilitique fort redoutables.

Voyons maintenant ce qu'il convient de faire dans les cas si intéressants où les deux processus se combinent. L'indication est alors de traiter rigoureusement la syphilis sans le secours de l'estomac, qui lui-même est surmené et réclame son traitement propre. Si le cas est d'une urgente gravité, il n'y a pas à hésiter, c'est à l'injection de calomel, suivant les principes de la méthode Scarenzio-Smirnoff, qu'il faut avoir recours. Nous sommes peu fixés encore sur toutes les vertus de ce moyen précieux entre tous, mais on ne peut nier son efficacité supérieure même dans les cas d'accidents tertiaires confirmés à l'heure où la plupart des préparations internes seraient radicalement inefficaces. L'huile grise mercurielle, préparée selon la méthode de Vigier et injectée tous les huit jours, à la dose d'un quart de centimètre cube, sera réservée pour les cas ordinaires, à moins qu'on ne lui préfère, en vertu de certaines susceptibilités, l'injection quotidienne des sels solubles. Mais, après avoir fait un très grand nombre des unes et des autres, je tiens à témoigner hautement de l'innocuité de l'huile hydrargyrique et de sa remarquable efficacité.

Y joindre l'iodure, sera le plus souvent nécessaire. Sans méconnaître le succès des tentatives d'injections sous-cutanées de ce sel, il faut avouer que la voie rectale reste de beaucoup préférable. Sans accidents, sans inconvénients, les malades peuvent chaque jour, et parfois pendant des mois, prendre des lavements à deux, trois, quatre grammes. Il y a, je crois, avantage à choisir le lait comme véhicule, suivant une pratique vantée par M. Guyon pour l'administration du bromure de potassium (1).

La syphilis étant ainsi combattue, rien n'empêche de faire part égale à la dyspepsie, qu'il s'agisse de dilatation simple ou d'entéroptose, et par les poudres, les élixirs, les lavages, le traitement de Glénard (sangle, laxatifs, régime, alcalins), suivant les degrés du mal et aussi, il faut bien le dire, la doctrine que l'on adopte, de poursuivre sans obstacles le rétablissement de l'organe et la guérison du malade.

Je conclus :

1° La dyspepsie s'observe avec une grande fréquence dans le cours de la syphilis, et il y a lieu de supposer que le traitement spécifique, tel qu'il est le plus généralement institué, n'est point étranger à son développement ;

2° Elle peut simuler certains accidents de la phase tertiaire, et en tous cas, s'ils existent, les complique et les aggrave ;

3° Le diagnostic exact n'est souvent possible qu'à la faveur d'une thérapeutique d'épreuve, soit pour la syphilis, soit pour la dyspepsie;

4° S'il est démontré que les deux processus coexistent, il faut faire double traitement et combatte la syphilis sans l'intervention de l'ingestion stomacale, c'est-à-dire par les injections sous-cutanées mercurielles et les lavements iodurés.

(1) Dans un seul cas j'ai observé ceci : après un lavement contenant 2gr,50 d'iodure, le malade était pris de malaise général, nausées au bout d'un quart d'heure, puis envie de vomir (obs. 69).

REVUE DES CONGRÈS

Quatrième Congrès français de chirurgie tenu à Paris du 7 au 12 octobre 1889.

(Suite. — Voyez les numéros 42, 43 et 44.)

Résultats immédiats et éloignés des opérations dirigées contre les tuberculoses locales.

II. Localisations spéciales. — Nous envisagerons successivement les parties molles périphériques, le squelette et les viscères.

Pour les *parties molles périphériques*, les abcès froids tendent de plus en plus à être traités par les injections iodoformées. Et une thérapeutique analogue, jointe, cela va sans dire, au traitement général, prévaudra sans doute bientôt pour les adénopathies, pour celles du cou surtout. Presque tous les orateurs ont été d'accord pour proclamer que cette lésion est celle pour laquelle on évite plus difficilement la repullulation du mal sur place. M. *Iscovesco*, par exemple, nous a appris que M. Cazin, naguère interventionniste décidé, n'extirpe plus les paquets ganglionnaires que s'il y a une indication spéciale. L'anatomie pathologique enseigne, en effet, qu'autour de la masse principale s'égrènent au loin des ganglions extérieurement normaux, mais déjà histologiquement infectés : M. Iscovesco affirme que l'éradication complète du mal est une chimère. Certes, l'ablation donne des guérisons fréquentes ; mais tout le monde sait combien souvent guérissent les écrouelles qu'on n'a pas extirpées, mais seulement traitées à l'ancienne mode. M. *Houzel*, il est vrai, reste partisan de l'extirpation, à condition de la faire par une large incision et de chercher la réunion immédiate. De 30 malades, 3 sont morts de tuberculose : tuberculose une fois aiguë, post-opératoire; deux fois tardive et à distance; 27 sont en bonne santé, dont 17 depuis plus d'un an et 10 depuis un an. M. *Bousquet*, lui aussi, recommande d'enlever les foyers au bistouri ou de les détruire au thermocautère. Il a renoncé à la réunion immédiate, avec laquelle les récidives sont plus fréquentes, car on enferme souvent dans la profondeur quelques points malades : mieux vaut donc surveiller attentivement la cicatrisation d'une plaie béante et combattre à la curette et au fer rouge toute velléité de retour offensif. On sacrifie donc le brillant à la sûreté.

Il semblerait que l'énucléation de l'œil dût, si elle est précoce, mettre facilement à l'abri des récidives de la tuberculose oculaire. L'événement a déçu à cet égard les espérances de M. *Vignes*, et deux fois une tuberculose mortelle (car la cavité crânienne est vite prise) a récidivé dans le moignon. Il est vrai qu'une fois l'énucléation avait été précédée d'une ablation partielle faite par M. de Wecker; que dans l'autre cas les gaines du nerf optique étaient déjà anormalement développées, ainsi que l'a révélé l'autopsie de l'œil enlevé.

La *tuberculose ostéo-articulaire* peut être combattue par l'amputation ou par la résection, et depuis longtemps on établit le parallèle entre ces deux méthodes. Aujourd'hui, les tendances de la chirurgie sont conservatrices, chez l'enfant surtout. L'amputation est réservée la plupart du temps aux cas où, le malade étant dans un état très précaire, il faut lui supprimer au plus vite le foyer morbide, et de plus lui faire une opération qui lui permette de quitter rapidement le lit. C'est là, d'après M. *Ollier*, un des motifs qui rendent les résections du membre supérieur meilleures que celles du membre inférieur. Pour le coude, en particulier, le patient peut aller et venir au bout de peu de jours, prendre de l'exercice et fuir, au besoin, les infections du milieu nosocomial. Mais pour guérir complètement, sans fistule, une résection doit dépasser partout les limites du

mal. Or, dit M. *Bousquet*, est-on assuré d'atteindre ce but pour la tuberculose infiltrée, envahissante? C'est alors surtout qu'on est conduit, par la récidive, à une amputation ultérieure, mais on peut cependant arriver au succès par des opérations à retouches successives. Ces fistules persistantes, ces continuations de la tuberculose sont le vrai écueil des résections et tous les auteurs en ont observé : M. *Léonté* semble exagérer en les considérant comme la règle après la résection du genou. Les statistiques remarquables publiées par M. *Jules Bœckel* sont probantes à ce point de vue. Mais, si ces repullulations sur place sont imputables à la méthode, il serait injuste de la charger des déterminations à distance, viscérales ou autres, observées alors que la jointure réséquée reste intacte. L'opération a été alors aussi radicale qu'une amputation et les accidents ultérieurs dépendent soit d'une généralisation antérieure à l'intervention, soit d'une réinfection.

A côté des lésions tuberculeuses étendues et diffuses, la résection et même l'amputation peuvent échouer à cause d'une altération spéciale sur laquelle M. *Le Dentu* a attiré l'attention avec grand soin. Souvent, en cas de tumeur blanche, les os dont l'épiphyse est tuberculeuse sont malades au loin. Leur moelle tout entière est lie de vin, ou graisseuse; presque absente même et, avec leur coque compacte amincie, ils prennent presque l'aspect d'os d'oiseaux. Que l'on ampute alors, et le moignon sera voué aux fistules, aux abcès successifs. M. Le Dentu a un opéré qui depuis six ans va ainsi d'abcès en abcès. Aussi chez deux autres malades est-il intervenu plus radicalement : en sectionnant l'os, il l'a trouvé friable et vide, et, sans hésiter, après avoir trépané la diaphyse plus haut pour assurer son diagnostic, il a désarticulé l'épaule à un des patients et la hanche à l'autre. Tous deux ont fort bien guéri.

Les résultats immédiats et éloignés de 204 opérations et résections, pratiquées de 1875 à 1889, ont été étudiés par M. *J. Bœckel*. La série, on le voit, est considérable. Elle comporte 53 amputations, 127 résections des grandes articulations et 24 résections des os du tronc. La mortalité immédiate des amputations est de 5,8 pour 100. M. Bœckel n'a insisté que sur les résections de la hanche et du genou. Malgré quelques beaux succès, les résultats sont médiocres pour la hanche : les fistules, les membres peu utiles semblent n'être pas rares. Pour le genou, M. Bœckel est partisan déclaré de la résection et, même chez l'enfant, elle est préférable à l'arthrectomie. Avant la fin de la croissance, on lui objecte sans doute le raccourcissement progressif du membre : en réalité, si la section est intra-épiphysaire, le raccourcissement est très supportable.

M. *Ollier* s'est occupé tout spécialement des résections du pied, région où les chirurgiens les plus conservateurs sont souvent partisans de l'amputation. En principe, M. Ollier ampute les sujets qui ont de la tuberculose pulmonaire; ceux qui ont passé trente ou quarante ans. Mais il ne faut pas exagérer la rigueur de ces indications. M. Ollier a pratiqué 32 fois l'extirpation de l'astragale, avec ou sans attaque du calcanéum et des malléoles : mortalité immédiate. 0; une mort au bout de six mois. De ces opérations, 12 ou 13 ont plus de six ans de date, et les sujets non seulement vivent, mais n'ont pas de récidive et marchent avec une grande facilité. Six autres sont en pareil état depuis trois à six ans. Evidemment il y a aussi des morts tardives par phthisie ; mais cette enquête n'est pas terminée et M. Ollier préfère ne pas conclure encore. Il ne pense cependant pas qu'il y ait à ce propos une grande différence avec l'amputation. L'éminent chirurgien lyonnais conclut par une remarque qui s'applique à toutes les résections : avec ces opérations, qui cherchent une restauration fonctionnelle, il faut du temps pour arriver au but, et il est absolument insuffisant de dire dans une statistique qu'un malade, réuni par première intention, est sorti guéri au bout de quinze jours.

Jusqu'ici il n'a été question que des lésions externes, ne compromettant pas d'organes indispensables à la vie. Il n'en va plus de même pour les *tuberculoses viscérales;* celles-là ne ressortissent que depuis peu au chirurgien. Le congrès n'a été entretenu que de la tuberculose péritonéale et de la tuberculose génito-urinaire.

M. *Le Dentu* a mentionné l'observation d'une femme qui a subi il y a quatre ans une *néphrectomie pour rein tuberculeux:* elle est aujourd'hui en parfait état, guérie même d'une fistule qui a persisté pendant longtemps. Fait peu surprenant, d'ailleurs, car la ligature avait porté sur un uretère tuberculeux. Les bacilles ont disparu de l'urine. Le même chirurgien a parlé d'un homme de trente ans auquel il a fait avec plein succès le *curage de la prostate tuberculeuse*, pour une fistule périnéale du lobe gauche.

La *tuberculose vésicale* est certainement une des déterminations les plus douloureuses, et par la cystite, avec ses épreintes et ses souffrances, nombre de malades sont voués à une existence atroce, que les narcotiques à hautes doses rendent à peine supportable. Heureux encore quand ils n'échouent pas à peu près complètement. Rien à attendre non plus, bien souvent, des topiques intravésicaux. La taille hypogastrique, qui supprime toute contraction de la vessie, fait cesser les douleurs. C'est là une opération palliative, assez rarement indiquée, il est vrai, dont M. Guyon a vanté les bon effets, l'an dernier devant le Congrès, et cette année, M. *Le Dentu* a publié quatre faits de ce genre Deux fois, il est vrai, en 1886 et 1887, le résultat a été médiocre. Depuis, pendant que la fistule se fermait, M. Le Dentu a eu l'idée d'assurer par la sonde à demeure la siccité de la vessie, et deux malades s'en sont fort bien trouvés. La taille hypogastrique une fois faite, on peut aisément gratter, cautériser les lésions vésicales, les enrayer jusqu'à un certain point. Est-on en droit d'espérer mieux encore, de chercher une guérison définitive ? M. *Guyon* le pense, car il suit depuis quatre ans un de ses opérés, marié depuis cette époque et devenu père; les urines sont absolument claires. Malheureusement de ses souffrances passées, le malade a gardé de la morphinomanie. Mais un examen purement clinique est sujet à caution. Aussi est-il important de relever une autopsie où, au bout de plus de deux ans, le malade est mort de cachexie urinaire : depuis l'opération, son urine ne contenait plus de bacilles, et après la mort on a vu qu'il avait de la cystite et de la pyélonéphrite suppurées, mais pas de lésions tuberculeuses. On peut donc détruire sur place la tuberculose vésicale ; ce que l'anatomie pathologique explique, car Clado a fait voir que le plus souvent les lésions débutent tout contre l'épithélium et sont lentes à dépasser la muqueuse. Cette possibilité d'attaquer directement les tubercules est une supériorité indiscutable de la voie hypogastrique sur la voie périnéale, qui permet sans doute le drainage, mais borne-là son pouvoir.

M. *Terrillon* a exposé devant le Congrès les règles de l'intervention chirurgicale dans les *salpingo-ovarites tuberculeuses*. Dans le récent traité qu'il a publié en collaboration avec M. Monod, M. Terrillon s'est déclaré, en principe, partisan de la castration pour la tuberculose limitée au testicule. Peut-on établir un parallèle avec la tuberculose salpingo-ovarienne, elle aussi parfois localisée? Six fois, en effet, M. Terrillon s'est trouvé face à face avec cette lésion, et par la laparotomie a extirpé la trompe, ou bien a incisé et drainé les cavités. Une des malades, chez laquelle les foyers se sont rompus dans le péritoine au cours de l'opération, est morte en huit jours ; chez les autres, le résultat a été bon. Il faut donc traiter comme toutes les salpingites les tuberculoses tubaires, mais en sachant bien que trop souvent les adhérences rendent impossible une intervention absolument radicale. Et même, si l'on pose le diagnostic

précoce, l'intervention est plus indiquée encore que pour une salpingite non tuberculeuse. Ces adhérences n'ont-elles pas précisément leur origine dans une propagation au péritoine, et n'est-ce pas là affaire de temps? Mais ce diagnostic est bien illusoire; on le fondera sur des présomptions fournies par la marche (pelvi-péritonites à répétition), par l'étude générale de la femme, par les antécédents. Deux fois seulement M. Terrillon l'a soupçonné. Reste à se demander quels seront les résultats définitifs: pour le moment les opérées vont bien et ont engraissé, mais l'intervention est de date encore trop récente pour qu'on soit en droit de conclure avec netteté.

Lorsque les lésions ont quelque ancienneté, des foyers péritonéaux circonscrits se constituent autour de la trompe et de l'ovaire. C'est à une péritonite enkystée que le chirurgien s'adresse, dès lors. Et ceci nous amène à parler du traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse. Ce sujet a été traité dans la discussion sur le traitement des péritonites, mais ne vient-il pas ici tout aussi naturellement, et il est indiscutable que l'étude de la péritonite septique gagnera en clarté si nous évitons de la surcharger de faits absolument dissemblables.

La *tuberculose péritonéale* est très variée, et dans ses lésions anatomiques, et dans ses manifestations cliniques. Quelle parité établir entre les cas où des granulations innombrables provoquent une ascite; ceux où un grand foyer caséeux se circonscrit; ceux où des foyers caséeux multiples envahissent le péritoine; ceux où la séreuse est prise en premier, et ceux où l'origine du mal est intestinale? Dans la discussion actuelle il n'a pas été fait mention des cas d'origine intestinale, avec ou sans perforation.

La granulie péritonéale à forme ascitique a quelquefois été, par erreur de diagnostic, soumise à la laparotomie et, contrairement à toute attente, on a pu enregistrer des guérisons complètes après cette incision dont l'effet eût théoriquement dû être nul. A ce point de vue, une malade que Spencer Wells suit depuis une trentaine d'années est devenue célèbre. M. *Demons* (de Bordeaux) a, dans un cas de ce genre, opéré de parti pris. Après avoir évacué l'ascite, il a, pour la forme, saupoudré la séreuse d'iodoforme. Il est bien certain de n'avoir pas touché avec le parasiticide un centième des tubercules, et cependant, guérie depuis quinze mois, la malade travaille aux champs comme si de rien n'était.

M. *Démosthène* (de Bucharest) conseille toutefois de ne pas se laisser aller à un optimisme exagéré; certes il ne méconnaît point les succès de Sp. Wells, Clarke, Cecchereli. Mais il a vu une malade chez laquelle les drains introduits dans le péritoine ont fourni pendant trois mois une suppuration abondante, et finalement la consomption a amené la mort. Peut-être, dans ces suppurations chroniques, aurait-on de bons résultats par des lavages antiseptiques; mais on craint l'absorption de substances toxiques par cette séreuse si vaste. Sans doute, les expériences de Delbet tendent à prouver que ces craintes ne doivent pas être poussées trop loin; mais la clinique ne s'est pas encore prononcée.

Une autre forme est encore défavorable: M. Démosthène a bien montré que parfois des tubercules multiples, avec productions pseudo-membraneuses, créent des loges nombreuses, purulentes et caséeuses. Ces loges, il est indiqué de les ouvrir et de les drainer; mais on ne peut rien contre l'extension progressive, de proche en proche. Et M. Démosthène a perdu ainsi une malade soixante-quinze jours après l'opération.

La variété où la chirurgie peut le plus est la péritonite tuberculeuse enkystée. Il y a quelques années, la plupart des malades étaient opérées par suite d'une erreur de diagnostic: on croyait reconnaître l'existence d'un kyste de l'ovaire et l'on tombait, après laparotomie, sur des collections tuberculeuses que l'on désinfectait et drainait. Or, bon nombre de malades ont guéri, radicalement même. Pour ne parler que des cas exposés devant le Congrès, des faits de ce genre ont été publiés par MM. Demons, Routier, Labbé; et si la malade de M. *Demons* a succombé au sixième jour, celles de MM. *Routier*, *Labbé* vivent sans accident, depuis quinze mois à deux ans. On conçoit donc que la plupart des chirurgiens préconisent l'intervention de parti pris. M. Démosthène recommande de ne point attendre jusqu'à ce que la poche bombe et fluctue: assurez, dit-il, par la ponction exploratrice un diagnostic soupçonné et fendez sans plus tarder le foyer. C'est ce qu'il a fait, avec plein succès; la malade a guéri, malgré une fistule stercorale qui a duré pendant sept jours; et même des accidents pulmonaires dont elle souffrait se sont amendés. Un point de pratique est à signaler: après avoir ouvert la cavité, il semble qu'il faille s'abstenir de grattages et se borner à tamponner et drainer le foyer, qu'on déterge par des lavages antiseptiques.

Si l'on cherche à tirer de toute cette discussion un enseignement général, on constate qu'elle démontre l'innocuité des interventions les plus hardies, si elles sont antiseptiques: les résultats immédiats des opérations sont certainement bons. Pour les résultats définitifs, il semble que les sujets opérés soient moins exposés à la tuberculose viscérale ultérieure; mais déjà ici la netteté est moins grande. Quant au parallèle, depuis longtemps établi, entre les opérations conservatrices et les ablations radicales, la question reste obscure en bien des points, et, comme l'a montré M. Verneuil, la discussion ne peut comporter une solution absolue. Les faits doivent être rangés en catégories multiples, difficiles à assimiler les unes aux autres. Et qu'on ne croie pas leur analyse aisée, évidente. M. Verneuil nous a déclaré, lui qui depuis quarante-quatre ans médite ce sujet, que déjà ses opinions se sont modifiées; qu'il entrevoit même l'heure où elles se modifieront encore.

A. Broca.

Communications diverses.

Autoplastie par la méthode italienne modifiée, par M. le docteur *Berger* (de Paris). — Nous n'avons pas à revenir sur le principe même de la méthode, que nos lecteurs connaissent par le résumé des travaux antérieurs de M. Berger sur ce point, et par une revue analytique sur les travaux étrangers principaux (voy. *Gazette*, 1887, p. 779, 794, 860; 1888, p. 44). C'est une méthode qui a d'assez nombreux inconvénients, aussi sera-t-elle souvent une méthode de nécessité, lorsque les greffes ont échoué, lorsque les autres autoplasties ont échoué. On combattra ainsi et des ulcères rebelles et des cicatrices qu'on est forcé d'exciser. Mais à côté de ces indications de nécessité, il est des cas où c'est l'opération de choix: ainsi, pour les *grandes* autoplasties de la face, car en prenant le lambeau à la face même, on crée une nouvelle difformité: or parfois l'autoplastie échoue. Le seul résultat est donc alors une aggravation de la difformité. Il faut d'abord déterminer à l'avance, par une étude minutieuse, la région où il faut prendre le lambeau, la forme et les dimensions de ce lambeau; souvent il faut exercer pendant plusieurs jours le malade à l'attitude où on veut l'immobiliser; et, pendant ce temps, on préparera l'appareil immobilisateur, appareil soit en plâtre et fait par le chirurgien, soit en substances diverses et construit par un fabricant. Les précautions opératoires sont: 1° bien conserver le pannicule sous-cutané; 2° absence de ligatures; 3° adapter exactement, non pas les bords seulement, mais toute l'étendue des surfaces cruentées. Le premier pansement devra rester en place aussi longtemps que possible; mais à la face le renouvellement devra être très fréquent. La section du pédicule doit avoir lieu vers le quinzième jour. M. Berger a fait ainsi 30 opérations. Il a eu un décès par intoxication iodoformée. Un seul des lambeaux s'est sphacélé en entier; deux se sont gangrenés en partie, mais le résultat n'a pas été mauvais.

Gynécologie. — Le *traitement électrique des myomes utérins* a été étudié par MM. *Apostoli* et *Danion* qui sont venus soutenir chacun les avantages de leur méthode respective. Nos lecteurs n'ont pas oublié la discussion récente de la Société de chirurgie sur ce point spécial, et précisément il y a été longuement parlé des innovations de MM. Danion et Championnière. Innovations dont M. Apostoli conteste, il est vrai, la nouveauté, soit pour les faibles intensités, soit pour les renversements de courant.

M. *Facieu* (de Gaillac) a parlé de l'*hypéresthésie papillaire du méat chez la femme*, affection signalée par Giraldès, par Verneuil. Ce serait une cause souvent méconnue du vaginisme.

M. *Goullioud* (de Lyon) a recommandé le *débridement vaginal des collections de la périmétrite chronique*, d'après Laroyenne (de Lyon). Ces collections séreuses, purulentes, hématiques siègent soit dans le péritoine, soit dans la trompe, soit dans le ligament large. Après incision du cul-de-sac vaginal, on fait avec un trocart spécial la ponction de la poche. Puis, dans la canule, on glisse le métrotome de Simpson, et après avoir retiré la canule, on débride largement avec le métrotome dans la direction de la brèche vaginale. La cavité est alors drainée avec des mèches iodoformées. Le résultat immédiat est presque toujours bon, et la plupart du temps il se maintient.

M. *Doléris* s'est occupé de la *physiologie normale et pathologique du col utérin*. Il pense que l'organe, indispensable à la régularité des excrétions utérines et de la fécondation, doit, lorsqu'il est malade, être rétabli autant que possible dans sa structure normale. Il faut donc, en cas de déchirures, faire la trachélorrhaphie immédiate; et pour les ectropions, pour les déchirures anciennes, on doit renoncer définitivement aux cautérisations diverses, dont le seul effet est de transformer la muqueuse en un tissu cicatriciel. De plus, il sera souvent nécessaire, en même temps qu'on agit sur le col avec le bistouri, de rétrécir par une opération plastique le vagin trop ample.

M. *Richelot* a tâché d'élucider les indications thérapeutiques dans le *traitement des déviations utérines*. Pour les rétro-déviations adhérentes il pense qu'il faut laisser de côté la déviation et s'adresser directement, par la laparotomie, aux annexes malades, pour peu que la périmétrite ait quelque importance. Pour les déviations mobiles, le traitement de la métrite suffit quelquefois pour supprimer les douleurs, mais il faut aussi redresser l'organe, et de là, suivant la gravité des accidents, des indications au pessaire, à l'opération d'Alexander, à l'hystéropexie. Mais parfois, les moyens simples échouant, on hésite à ouvrir le ventre. Pour ces cas M. Richelot conseille, avec Nicoletis, de pratiquer une amputation supravaginale du col, puis de suturer la paroi vaginale au moignon par un procédé spécial, de façon à faire basculer le col en avant. Il faut aussi (et cela peut se faire dans la même séance) traiter la métrite par le curage.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

SÉANCE DU 5 NOVEMBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

L'Académie reçoit de Mᵉ Lavoignat, notaire à Paris, l'extrait du testament de M. *Ricord* par lequel celui-ci lui lègue la somme de 10 000 francs, nette de tous droits, pour, avec les revenus, fonder un prix bisannuel, en son nom et comme elle l'entendra.

M. *Tarnier* dépose un mémoire de M. le docteur *A. Herrgott* (de Nancy) sur un *cas de rétention fœtale*.

M. *Dujardin-Beaumetz* présente, au nom de M. le docteur *Gellée*, la relation d'une *épidémie de variole à la prison départementale de Bordeaux*.

M. *Charpentier* présente un travail de M. le docteur *A. Brissay* (de Rio-de-Janeiro), intitulé : *Fragments de chirurgie et de gynécologie opératoires*.

M. *B. Ball* dépose un ouvrage de M. le docteur *J. Falret*, ayant pour titre : *Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*.

M. *A. Ollivier* fait hommage : 1° d'un rapport sur *la fièvre typhoïde à Paris*; 2° d'un volume de *Leçons cliniques sur les maladies des enfants*.

Microcéphalie. — M. *Guéniot* montre un enfant microcéphale âgé de huit jours, qui présente une telle hyperossification du crâne que les fontanelles ne sont pas perceptibles.

Notice. — Lecture est faite par M. *Larrey* d'une *Notice sur la vie et les œuvres de M. Maurice Perrin*.

Prix. — M. *Vallin* donne lecture du rapport sur le concours pour le prix de la Commission de l'hygiène de l'enfance en 1889, et M. *de Villiers* du rapport sur les mémoires envoyés à cette dernière Commission pendant la même année.

M. *Hervieux* achève la lecture du Rapport général sur les vaccinations et les revaccinations pratiquées en France et dans les colonies françaises en 1888.

Hypo-hématose. — Complétant ses recherches antérieures sur l'hypo-hématose à l'aide d'appareils spéciaux, M. le docteur *E. Maurel* est arrivé aux conclusions ci-après : 1° il existe un rapport nécessaire entre la taille et le poids d'un sujet et sa section thoracique; 2° ces rapports varient avec les âges, mais pour chaque âge, ils sont constants; 3° lorsque ce rapport est insuffisant, il en résulte une série de troubles que M. Maurel a réunis sous le nom d'hypohématose; 4° ces troubles constituent bien une affection spéciale ; ils représentent une forme particulière de l'anémie, par défaut de comburant ; 5° tous ces troubles tiennent bien à l'insuffisance thoracique, entraînant elle-même une respiration insuffisante, à preuve qu'il suffit d'agrandir cette section thoracique pour que tous ces troubles disparaissent; 6° cet agrandissement s'obtient rapidement par la gymnastique respiratoire. — (Commission : MM. *Gariel* et *Dujardin-Beaumetz*.)

Syphilis. — Deux cas de transmission de la syphilis par des instruments malpropres sont communiqués par M. *Lancereaux* : dans le premier, il s'agissait d'un homme de cinquante-trois ans, présentant une syphilide acnéique ou acnéiforme due au cathétérisme de la trompe d'Eustache à l'aide d'une sonde contaminée par l'un des malades pour lesquels elle avait précédemment servi; le second se rapporte à une dame de trente-six ans, qui avait une maladie syphilitique ayant eu son origine dans les opérations pratiquées par un dentiste pour la pose d'un râtelier. A ce sujet, M. Lancereaux demande que les dentistes et les coiffeurs soient tenus de ne se servir que d'instruments rigoureusement propres et, comme il est difficile qu'ils aient des instruments spéciaux pour chacun de leurs clients, que l'on veille à ce qu'il existe chez chacun d'eux des solutions désinfectantes, et surtout à ce qu'ils en fassent usage.

M. *Magitot* fait observer qu'en pareil cas c'est l'antisepsie au bichlorure de mercure qui offre seule des garanties sérieuses; ira-t-on jusqu'à l'exiger des coiffeurs et des dentistes et à leur en confier des doses considérables?

Chirurgie. — M. le docteur *Chauvel*, candidat dans la section de médecine opératoire, lit un mémoire sur les accidents dus au séjour des projectiles dans les tissus et la nécessité d'une intervention chirurgicale consécutive. (*Sera publié*.)

— L'Académie se forme ensuite en comité secret, afin de voter les conclusions des rapports de prix lus par MM. *Vallin*, *de Villiers* et *Hervieux*, au cours de la séance.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 29 OCTOBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. LE DENTU.

Suture tendineuse : M. Périer. — Sarcome utérin : M. Terrillon. — Extirpation du rectum par la voie sacrée : M. Routier (Discussion : MM. Després, Pozzi, Marc Sée). — Fistules trachéales : M. Berger. — Instruments : MM. Kirmisson, Berger.

M. *Périer* présente un tendon qu'il a suturé et qui, quelques mois plus tard, a été recueilli par M. Reboul à

l'autopsie du sujet, mort accidentellement. L'union est parfaite. Le tendon adhère un peu à sa gaine, mais nullement à la peau.

— M. *Terrillon* a présenté à la dernière séance une pièce de *sarcome utérin* enlevé par voie abdominale. La malade est aujourd'hui à peu près guérie.

— M. *Routier* fait une communication sur un cas de *cancer du rectum* enlevé après résection sacro-coccygienne sur une femme de vingt-neuf ans, dont la tumeur était trop élevée pour être atteinte par les procédés ordinaires, mais trop basse pour être justiciable de la laparotomie. Fallait-il donc réduire cette femme, jeune encore, au palliatif dégoûtant de la colotomie? M. Routier a préféré appliquer la méthode de Kraske, dont il avait vu de bons résultats au cours d'un récent voyage en Allemagne. Il enleva donc le coccyx et un peu (fort peu) du sacrum, et eut ainsi un large accès sur le cancer qu'il put abaisser. Puis, après un essai de décollement, il ouvrit le péritoine, excisa la partie malade entre deux ligatures; ferma le péritoine par des sutures au catgut, puis retira les ligatures et sutura les deux bouts de l'intestin circulairement. Tout alla fort bien, sauf une fistulette fécale, à partir du neuvième jour, et probablement due à une alimentation (d'où une défécation) trop précoce. Il va sans dire que la malade avait été préparée par le régime lacté, par l'ingestion de naphthol et par des lavages du rectum au naphthol.

Après avoir rappelé que M. Verneuil a depuis longtemps réséqué le coccyx quand il faut remonter très haut pour pratiquer la rectotomie postérieure, pour opérer par voie périnéale les imperforations de l'anus, M. Routier résume le procédé indiqué par Kraske en 1885 : on réséque la moitié gauche du sacrum jusqu'au troisième trou, on fend longitudinalement le rectum en arrière, de l'anus à la tumeur, puis on enlève le cancer et la large brèche sphinctérienne est une bonne condition pour la réussite des sutures péritonéales. D'autres auteurs, allant plus loin encore, ont suturé à la peau le bout supérieur. En réalité, un des avantages principaux de la méthode est de respecter le sphincter: il faut donc, comme l'a fait Schede, faire une suture circulaire totale, et la fistulette observée par M. Routier n'est pas capable de déconsidérer cette pratique. Mais pour que cette suture réussisse, il est nécessaire de la bien maintenir au repos, si bien même que Schede conseille d'établir d'abord un anus iliaque artificiel : c'est allonger de beaucoup la cure de malades auxquels la récidive ne laissera trop souvent qu'assez peu de survie. Une autre question se pose : combien faut-il réséquer de sacrum? Bardenheuer enlève toute l'extrémité inférieure jusqu'au troisième trou, et là remonte également la résection unilatérale de Kraske. Mais déjà Heinecke (dont la résection est ostéoplastique) ne va qu'au quatrième trou. En réalité, dit M. Routier, il suffit d'enlever fort peu du sacrum.

Cette voie sacrée a été employée depuis, par Hégar surtout, pour enlever divers organes pelviens, l'utérus en particulier. Il est certain qu'on a ainsi beaucoup de jour.

M. *Desprès*, qui, il est vrai, se proclame « routinier et rococo », n'aurait pas conçu cette opération et s'étonne qu'on l'ait conçue, car la récidive du cancer du rectum est fatale dans les trois mois. Il n'admet pas que les sutures puissent tenir sur un intestin dépourvu de péritoine, ce à quoi MM. *Pozzi* et *Routier* lui répondent que les faits sont indiscutables.

M. *Pozzi* pense comme M. Routier qu'il faut en principe respecter le sphincter. Mais en le fendant largement, l'opération est plus courte, moins laborieuse, et parfois, sur des malades épuisés, il est bon de viser à la rapidité. C'est ce qu'il a fait sur la malade dont il a publié l'observation au Congrès de chirurgie, et il ne s'en repent pas. M. *Marc Sée* ajoute que la section du sphincter peut fort bien se cicatriser toute seule.

M. *Routier* a laissé la plaie béante, et c'est précisément pour cela que, pour les opérations sur le rectum, il repousse le lambeau ostéoplastique de Heinecke. On est toujours exposé, en effet, à voir manquer un point de la suture rectale; si la brèche est large, l'inconvénient est à peu près nul, et la malade de M. Routier en est la preuve.

— M. *Berger* présente deux malades auxquels il a oblitéré une fistule trachéale ancienne (dix-neuf ans et cinq ans) par un procédé spécial, à deux plans de suture. Après avoir circonscrit la fistule par deux incisions demi-elliptiques, il a disséqué une collerette, large de 7 centimètres, adhérente au pourtour de la fistule, puis a rebroussé cette collerette dans l'orifice à l'aide de sutures de Lembert. Ensuite il a disséqué, après incisions libératrices longitudinales, deux ponts cutanés, qu'il a suturés sur la ligne médiane, à peu près comme on fait dans l'uranoplastie de Baizeau-Langenbeck. Les deux malades ont guéri; sur l'un, une fistulette a nécessité une petite retouche. Tous deux sont aujourd'hui en bon état. L'un d'eux, celui que M. Gouguenheim a déjà présenté à la Société, se passe de temps à autre dans le larynx rétréci des dilatateurs de Schrötter. L'autre, trachéotomisé il y a dix-neuf ans par M. Richet, on ne sait plus trop pourquoi, n'a même pas besoin de cette précaution.

M. *Kirmisson* a échoué en 1886 avec ce procédé sur une fistule de l'urèthre.

— M. *Kirmisson* présente une bougie conductrice, destinée à faciliter le passage de la sonde dans le bout antérieur après rupture de l'urèthre.

— M. *Berger* présente une trousse métallique facile à rendre aseptique.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel pratique des maladies de l'enfance, par MM. A. d'Espine et C. Picot (de Genève). 4e édition. — Paris, J.-B. Baillière, 1889.

A diverses reprises déjà (1876, p. 702 et 1880, p. 256), nous avons insisté sur les mérites de ce Manuel. Le nom des auteurs, tous deux anciens internes des hôpitaux de Paris, l'un professeur à l'Université de Genève, l'autre médecin d'hôpital; leurs travaux bien connus; leur consciencieuse activité nous étaient garants du succès d'un livre dont la quatrième édition nous parvient aujourd'hui. Comme dans les éditions précédentes, la pathologie nerveuse de l'enfance paraît avoir été l'objet de la prédilection de MM. d'Espine et Picot. Plusieurs chapitres nouveaux montrent qu'ils ont tenu à suivre le mouvement scientifique dont l'impulsion est partie de la Salpêtrière. Nous signalerons aussi le chapitre Diphthérie, qui a été l'objet de nombreuses additions. Après l'ouvrage si remarquable de M. Cadet de Gassicourt, qui reste celui de tous les traités des maladies d'enfance que l'on consultera toujours avec le plus de profit, ce petit livre mérite l'attention et la sympathie des lecteurs français.

VARIÉTÉS

Faculté de médecine de Paris (Année scolaire 1889-90, 1er semestre). *Cours de pathologie chirurgicale.* — M. le professeur Lannelongue commencera le cours de pathologie chirurgicale le lundi 11 novembre 1889, à trois heures (petit amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

— *Clinique médicale* (hôpital de la Pitié). — M. le professeur Jaccoud reprendra son cours de clinique médicale le samedi

9 novembre 1889, à neuf heures et demie du matin, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

— *Cours de pathologie interne.* — M. le professeur Dieulafoy commencera son cours le jeudi 14 novembre 1889, à trois heures (petit amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

— *Cours d'histologie.* — M. le professeur Mathias-Duval commencera le cours d'histologie le samedi 9 novembre 1889, à cinq heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. Objets du cours : Les épithéliums et les glandes en général : le foie, le rein; le sang et la lymphe; les vaisseaux sanguins et lymphatiques; le système musculaire; la peau et les organes des sens.

— *Clinique d'accouchements et de gynécologie.* — M. le professeur Tarnier commencera le cours de clinique d'accouchements et de gynécologie le samedi 9 novembre 1889, à neuf heures du matin (clinique d'accouchements, rue d'Assas) et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Ordre du cours : Mardi et samedis, leçons à l'amphithéâtre. Visite des malades tous les matins à huit heures et demie.

— *Clinique des maladies mentales* (asile Sainte-Anne). — M. le professeur Ball commencera le cours de clinique des maladies mentales le dimanche 10 novembre 1889, à dix heures du matin, et le continuera les jeudis et dimanches suivants, à la même heure.

— *Cours de clinique des maladies du système nerveux* (hospice de la Salpêtrière). — M. le professeur Charcot commencera le cours de clinique des maladies du système nerveux le vendredi 8 novembre 1889, à neuf heures et demie du matin (hospice de la Salpêtrière).

Ordre du cours : les mardis, Policlinique. Les vendredis, examen des malades.

— *Conférences de pathologie externe.* — M. Kirmisson, agrégé, commencera ces conférences le mardi 12 novembre 1889, à cinq heures (petit amphithéâtre), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— *Conférences d'obstétrique.* — M. Ribemont-Dessaignes, agrégé, commencera ces conférences le mardi 12 novembre 1889, à six heures (petit amphithéâtre), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— *Conférences de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.* — M. Gilbert Ballet, agrégé, commencera les conférences de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale le mardi 12 novembre 1889, à quatre heures (salle Laennec), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Leçons cliniques a l'hôpital Broussais. — MM. Barth, Chauffard et Reclus commenceront, à partir du lundi 11 novembre, une série de leçons cliniques médicales et chirurgicales. M. Reclus fera sa première leçon de clinique chirurgicale le lundi 11 novembre à neuf heures et demie et les continuera les lundis suivants. M. Barth fera sa première leçon de clinique médicale le mercredi 13 novembre et les continuera les mercredis suivants. M. Chauffard commencera le samedi 16 novembre et continuera les samedis suivants.

Clinique des Quinze-Vingts. — Le concours pour la place de médecin-adjoint à la clinique nationale des Quinze-Vingts, s'est terminé par la nomination du docteur Kalt.

Ecole de médecine de Rouen. — Par arrêté en date du 31 octobre, l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen est autorisée à jouir des droits conférés aux écoles préparatoires réorganisées par l'article 13 du décret du 1er août 1883.

Ecole de médecine de Grenoble. — Un concours s'ouvrira le 10 mai 1890 à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble pour l'emploi de chef des travaux physiques et chimiques à ladite Ecole.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Hôpital Ricord. — M. le directeur de l'Assistance publique vient de décider, sur la proposition de M. Horteloup, qu'à l'avenir l'hôpital du Midi s'appellerait hôpital Ricord.

Ecole d'anthropologie. — L'Ecole d'anthropologie, qui entre dans sa quatorzième année d'existence, a ouvert ses cours le lundi 4 novembre 1889, à quatre heures du soir, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. Les cours se succéderont dans l'ordre suivant :

Lundi à quatre heures, M. G. de Mortillet : Anthropologie préhistorique.

Lundi à cinq heures, M. Mathias Duval : Anthropogénie et embryologie comparée.

Mardi à quatre heures, M. A. Hovelacque suppléé par M. A. Lefèvre : Ethnographie et linguistique.

Mardi à cinq heures, M. Georges Hervé : Anthropologie zoologique.

Mercredi à quatre heures, M. P. Topinard : Anthropologie générale.

Vendredi à quatre heures, M. A. Bordier : Géographie médicale.

Vendredi à cinq heures, M. L. Manouvrier : Anthropologie physiologique.

Samedi à quatre heures, M. C. Letourneau : Histoire des civilisations.

Cours supplémentaires. — *Mercredi* à cinq heures, M. P.-G. Mahoudeau : Anthropologie histologique.

Samedi à cinq heures, M. A. de Mortillet : Ethnographie comparée.

Samedi à trois heures, M. Chudzinski : Démonstrations anatomiques.

Légion d'honneur. — On été promus :

Au grade de commandeur : M. le professeur Trélat.

Au grade d'officier : M. le docteur Ségard, médecin de la marine.

Banquet offert a MM. Chauveau et Arloing. — Les nombreux élèves et amis de MM. Chauveau et Arloing se sont réunis le 30 octobre dernier pour fêter dans un banquet la présence à Lyon du maître aimé et vénéré de la physiologie lyonnaise et la nomination de M. Arloing comme correspondant de l'Académie des sciences. Nombreux étaient les membres de la Faculté de médecine, de la Faculté des sciences, de l'Ecole vétérinaire, du corps des médecins de Lyon qui avaient répondu à l'appel des organisateurs. Le *Lyon médical* auquel nous empruntons cette note, publie les toasts portés à ce banquet par MM. Lortet, André, Pétraux, Lépine, Biduy, Viennois et les réponses de MM. Chauveau et Arloing.

Testament de Ricord. — M. Ricord a légué à l'Académie de médecine une somme de 10000 francs et à la Société de chirurgie une somme de 5000 francs pour la fondation d'un prix bisannuel; à l'Association générale des médecins de France, une somme de 10000 francs; à l'hôpital du Midi, sa bibliothèque scientifique.

Mortalité a Paris (43e semaine, du 20 au 26 octobre 1889. — Population: 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 16. — Variole, 1. — Rougeole, 6. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 21. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 206. — Autres tuberculoses, 17. — Tumeurs: cancéreuses, 48; autres, 9. — Méningite, 27. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 50. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 9. — Maladies organiques du cœur, 53. — Bronchite aiguë, 23. — Bronchite chronique, 27. — Bronchopneumonie, 13. — Pneumonie, 55. — Gastro-entérite: sein, 16; biberon, 43. — Autres diarrhées, 7. — Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 4. — Débilité congénitale, 21. — Sénilité, 27. — Suicides, 11. — Autres morts violentes, 9. — Autres causes de mort, 178. — Causes inconnues, 8. — Total: 922.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

20011. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

SUPPLÉMENT THÉRAPEUTIQUE

DE LA

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

THÉRAPEUTIQUE

Le chlorhydrate de cocaïne dans les affections de la gorge et du larynx.

L'action analgésique et anesthésique de la cocaïne était connue depuis 1862, époque à laquelle le docteur Schroff obtint l'anesthésie de la muqueuse linguale; mais, comme l'a dit M. le professeur Rossbach (d'Iéna), c'est le docteur russe von Anrep qui, le premier, a indiqué les propriétés anesthésiques locales de la cocaïne.

Cette découverte, faite dans le laboratoire de l'Université de Wurtzbourg, était restée inaperçue quand, au Congrès des ophthalmologistes à Heidelberg et à la Société império-royale des médecins de Vienne, M. le docteur Koller a démontré l'action exercée par le chlorhydrate de cocaïne sur la muqueuse oculaire.

Les expériences de Koller ont été contrôlées et reconnues exactes; de plus, on a étendu les recherches aux autres muqueuses, et l'on a reconnu que toutes sont analgésiées et anesthésiées par l'application de chlorhydrate de cocaïne qui annihile toute excitabilité. Mais on ne doit recourir généralement à l'application locale d'une solution de chlorhydrate de cocaïne que s'il y a lieu de faire une opération sur un point déterminé, ou bien si les badigeonnages sont indispensables pour amener la guérison d'une lésion de la muqueuse.

Si, comme dans la pratique journalière, on a affaire simplement à une maladie de la gorge, à un enrouement, à une extinction de voix ou bien à toute autre inflammation du larynx ou du pharynx, il suffit de prescrire l'emploi des pastilles blondes au chlorhydrate de cocaïne pour obtenir un prompt succès. « Les malades atteints de douleurs pouvant gêner la déglutition, éprouveront un réel soulagement en faisant usage de quelques pastilles de chlorhydrate de cocaïne » (*Progrès médical*).

Cette action locale des pastilles Houdé est aujourd'hui bien reconnue, et les expériences qui ont été faites ont démontré qu'il est aisé, par suite de leur dosage rigoureusement exact et de la pureté de leur principe actif, d'entretenir et de régulariser l'action de ce médicament.

D'une saveur agréable et d'une dissolution rapide et régulière, elles représentent un gargarisme sec d'une administration pratique.

Nous croyons utile de rapporter ici brièvement l'observation suivante :

Obs. — M.-B..., quarante-six ans, né d'une mère tuberculeuse, est sujet à des bronchites répétées. Depuis deux mois, le malade éprouve une certaine difficulté pour respirer, les crachats sont fréquents, la voix est couverte. Signes physiques de tuberculose au deuxième degré.

L'examen au laryngoscope montre qu'il existe un œdème de l'aryténoïde gauche avec ulcération. Au mois de novembre, l'œdème s'étend à l'épiglotte et la déglutition est gênée par suite de nombreuses ulcérations du larynx.

A ce moment, le made fait usage de pastilles au chlorhydrate de cocaïne pendant quinze jours; dès le premier jour, la douleur diminue considérablement et la déglutition s'effectue sans souffrances. Ces pastilles ramènent en même temps l'appétit et le malade se trouve mieux par l'emploi de ce médicament.

Le professeur Gouguenheim (de Paris) a constaté que l'emploi du chlorhydrate de cocaïne sur la muqueuse du larynx produit l'anesthésie rapide de cet organe et amène une sédation complète des laryngites : « Grâce à la cocaïne, dit-il, les malades atteints d'ulcérations tuberculeuses du larynx peuvent se nourrir; la douleur et la gêne de la déglutition diminuent; la dysphagie disparaît et l'examen laryngoscopique devient facile, même pour le larynx le plus rebelle. »

Dans le catarrhe aigu ou chronique du larynx, les pastilles Houdé à la cocaïne modifient l'hypérémie et la tuméfaction des tissus; les quintes de toux cessent rapidement sous leur influence; on les conseille aussi dans les ulcérations aphtheuses de la muqueuse buccale, dans les picotements de l'angine et de la pharyngite sèche, dans les pharyngites aiguës et les enrouements.

Leur utilité est indiscutable dans les affections si douloureuses de la bouche, de la gorge et du larynx.

(*Semaine médicale.*)

précises que l'on poursuit dans les laboratoires. Nous avons toujours défendu ses droits, et moins que jamais nous ne voudrions contester à la médecine clinique sa légitime prépondérance. A M. Jaccoud, qui vient de protester une fois de plus, dans la leçon d'ouverture de son cours de clinique médicale, contre l'exclusivisme des découvertes contemporaines, nous ne manquerons donc point d'accorder que, au point de vue de la pratique médicale, les observations cliniques nous ont, depuis de longues années, fait connaître la pathogénie et la thérapeutique d'un assez grand nombre de maladies infectieuses. Mais nous devons aussi reconnaître que tout autre est la doctrine qui ne s'appuie que sur des hypothèses plus ou moins séduisantes, et celle qui se déduit d'expériences positives. L'opinion qui consistait à considérer la rage comme une affection nerveuse siégeant dans la moelle allongée se déduisait bien de l'analyse des symptômes, mais elle est restée hypothétique jusqu'au jour où l'inoculation du bulbe rabique lui donna une certitude absolue. La contagiosité de la tuberculose pouvait et devait être niée jusqu'au jour où les expériences de M. Villemin eurent démontré que le virus tuberculeux était inoculable. En affirmant aujourd'hui encore que les maladies infectieuses doivent être divisées en deux classes, les unes primitivement locales, les autres générales d'emblée, M. Jaccoud développe une doctrine très séduisante et généralement admise. Mais, en ajoutant que cette doctrine pathologique ne doit rien à la période microbienne des maladies infectieuses, il ne peut parler que pour le passé. L'avenir est aux recherches qui, comme celles de M. Bouchard, préciseront les conditions dans lesquelles l'infection peut rester locale.

Loin de nous cependant l'idée de nier ce qu'il y a de juste et de légitime dans les recommandations adressées à ses élèves par M. le professeur Jaccoud. S'il convient d'applaudir au progrès scientifique que les recherches de laboratoire contribuent à affirmer dans le domaine de la pathologie générale, il serait souverainement imprudent d'encourager les étudiants à s'adonner exclusivement aux travaux de ce genre, et à négliger les études d'ordre clinique et pratique. Aussi appartient-il à ceux qui dirigent les examens et président aux concours des hôpitaux et de l'agrégation de réagir, s'il y a lieu, contre de semblables tendances. Les maîtres éminents, dont nous louons dans ces colonnes les travaux de pathologie expérimentale, ont été et restent toujours, dans leurs services hospitaliers, d'excellents médecins, au courant de tous les procédés d'exploration clinique, de tous les progrès de la thérapeutique contemporaine. Pour eux aussi la microbiologie n'est qu'une des sources multiples et variées auxquelles la clinique doit emprunter les connaissances préalables qui lui sont nécessaires pour l'achèvement de son œuvre propre. Mais, désireux d'arriver à une solution rigoureuse des problèmes de pathologie générale les plus ardus et les plus discutables, ils étudient scientifiquement les questions d'ordre scientifique. Il en est de même des chirurgiens qui, au lieu de se contenter des notions vagues et incomplètes de la pathologie d'il y a trente ans, se préoccupent d'introduire dans leur pratique hospitalière et d'appliquer au point de vue thérapeutique les procédés d'antisepsie les plus rigoureux. Ceux-ci, parce qu'ils attachent une plus grande importance à l'étiologie déduite des recherches microbiologiques, n'en considèrent pas moins comme indispensable l'étude rigoureuse et approfondie de l'anatomie chirurgicale et de la médecine opératoire. Il doit en être de même dans tous les cours de clinique médicale. Tous les maîtres de la jeunesse française admettent que les travaux de microbiologie ne sauraient jamais tenir lieu des études de séméiologie clinique, et que le médecin qui, sans savoir ausculter longuement et méthodiquement un phthisique, prétendrait le traiter en bornant son exploration clinique à l'analyse bactériologique de l'expectoration, ne serait pas longtemps à s'apercevoir de l'inanité de ses tentatives; mais tous les élèves doivent apprendre, comme leur dit M. Jaccoud, qu'il faut que la science et la pratique marchent parallèlement et se prêtent un mutuel appui. Les cours de clinique médicale et chirurgicale ont précisément pour objet et doivent avoir pour résultat de former de bons praticiens. Les laboratoires leur apprendront ensuite que les hypothèses doctrinales ne sauraient prévaloir contre des faits positifs.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Cholécystentérostomie.

M. Terrier vient de communiquer à l'Académie de médecine une très remarquable observation de cholécystentérostomie. Ainsi que son nom l'indique, cette opération a pour but d'aboucher la vésicule biliaire à une anse intesti-

---

Ce jury, seul à peu près parmi ceux de l'Exposition, ne s'est en effet pas contenté de regarder les appareils qu'il avait à examiner, en tenant compte de l'aspect extérieur, de l'ingéniosité de la fabrication et de l'importance de la maison qui exposait, comme on le fait d'ordinaire; il a voulu les expérimenter et il s'est livré à cet effet à de longues et minutieuses expériences qui donneront à son rapport une importance toute spéciale, qui justifie la sévérité de ses décisions. Ces expériences ont porté sur les systèmes de chauffage et de ventilation et les appareils affectés à cet usage, sur les filtres pour l'eau potable, sur les étuves à désinfection et enfin sur les divers appareils destinés à la salubrité des habitations et des villes, notamment les réservoirs de chasse d'eau, les water-closets, les siphons obturateurs hydrauliques et les tuyaux de canalisation. On trouvera sans doute quelque intérêt à connaître certains dispositifs employés dans ces expériences, qui ont été longues et multipliées.

Pour les systèmes et appareils de chauffage et de ventilation, il y avait lieu de s'occuper d'abord de ceux qui doivent avoir pour effet de supprimer toute exhalaison de gaz nuisible dans les locaux habités et de n'enlever à l'atmosphère de ces locaux aucune de ses qualités essentielles à la vie, tout en déterminant une égale répartition de la chaleur ou du froid dans les diverses parties et sur tous les points. Quelques-unes des grandes installations actuelles de chauffage et de ventilation présentent ces conditions, que M. Emile Trélat, après trente-cinq ans d'enseignement, voit enfin se généraliser dans la pratique. On a cessé d'envoyer à grands frais, par de vastes orifices, de l'air chauffé ou refroidi, sali par les calorifères, les tuyaux ou les boîtes de ventilation, sans qu'on puisse bien savoir quelle direction prennent les veines qu'il projette de côté et d'autre, et sans qu'on puisse arriver à réchauffer suffisamment les parois elles-mêmes des locaux occupés. On n'ignore plus aujourd'hui, et on en connaît bien les moyens d'exécution, que l'on doit s'efforcer de ne pas modifier les qualités normales de l'atmosphère

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 13 novembre 1889.

Académie des sciences : **Causes de l'immunité dans les maladies.**

Nous reproduisons plus loin (p. 746), d'après le texte officiel des *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, le résumé des observations que vient de faire M. Bouchard sur le rôle et le mécanisme de la lésion locale dans les maladies infectieuses. Il ne nous appartient pas de discuter longuement ici les conclusions qu'il convient de déduire de ces recherches si intéressantes. Elles s'appuient, on le verra, sur un assez grand nombre d'expériences dont on ne saurait contester la valeur ; elles affirment, avec l'autorité incontestée du maître qui les a entreprises, que, dans les maladies infectieuses, la lésion locale est presque toujours symptomatique soit d'une immunité relative de l'organisme, soit d'une virulence modérée de l'agent infectieux.

« Plus grands, dit M. Bouchard, sont la virulence ou le nombre des microbes, plus grandes aussi sont les chances d'infection de l'organisme. D'une façon générale, si l'immunité est nulle ou si la virulence est excessive, la lésion locale peut faire défaut, l'infection est d'emblée générale ; si l'immunité est absolue ou si la virulence est nulle, la lésion locale peut faire défaut, mais l'infection générale manque également ; si l'immunité est relative ou si la virulence est modérée, il y a de grandes chances pour qu'il se produise une lésion locale, et, dans le cas où cette lésion locale sera effectuée, l'infection générale sera épargnée ; elle apparaîtra, au contraire, s'il n'y a pas eu lésion locale. »

On lira, avec intérêt, les observations qui montrent comment la diapédèse très rapide des leucocytes et la suractivité de la puissance phagocytique de ces éléments cellulaires sert, chez les sujets vaccinés, et, par conséquent, doués d'immunité, à constituer la lésion locale et à éliminer rapidement ou à détruire sur place les agents infectieux. On comprendra dès lors comment ces recherches de pathologie expérimentale éclairent et expliquent les problèmes si obscurs de l'immunité constitutionnelle et de l'immunité acquise par la vaccination, et combien sont nécessaires au progrès scientifique ces découvertes déduites des recherches microbiennes.

Sans doute, personne ne songe à y contredire, la médecine dite traditionnelle, c'est-à-dire l'observation clinique, a reconnu et affirmé de tous temps quelques-uns des faits qu'expliquent et que démontrent aujourd'hui les études si

FEUILLETON

La médecine à l'Exposition universelle de 1889.

(Huitième et dernier article.)

Arrivé au terme de ces courtes pérégrinations à travers l'Exposition universelle de 1889, on nous pardonnera de vouloirr en dégager les principaux enseignements. Au premier abord, il ne semble pas que ces vastes exhibitions soient bien favorables aux industries qui s'occupent des diverses branches de l'art de guérir ni à celles qui ont des rapports avec l'hygiène ; encore moins pour les œuvres d'assistance proprement dites. Ce n'est pas précisément au point de vue de ces industries et de ces œuvres qu'elles sont préparées et installées, et d'ordinaire celles-ci y tiennent une place fort modeste, le plus souvent très effacée. Il en a été assurément de même cette année qu'aux expositions universelles précédentes pour ce qui concerne la médecine et la chirurgie, mais non pour l'hygiène et l'assistance, qui y ont brillé d'un certain éclat et ont été exposées de façon à attirer et à retenir l'attention publique. Les palais — pour employer l'expression consacrée, bien qu'elle soit ici quelque peu exagérée — qui leur étaient consacrés, contrastaient singulièrement avec la galerie obscure et étroite où se voyait mal l'arsenal chirurgical contemporain. Et cependant, celui-ci était vraiment supérieur et témoignait d'une longue série d'efforts parvenus à une remarquable perfection ; on a pu s'en convaincre dans les deux précédents feuilletons. L'industrie sanitaire est, nous l'avons dit aussi, chose toute nouvelle en France ; aussi ne doit-on pas s'étonner que les objets qui la composent n'aient pas encore, pour la plupart, atteint ce même degré de perfection ; néanmoins, elle possède déjà des appareils, quelques-uns tout au moins, dont la supériorité a été nettement établie par les travaux spéciaux du jury de la classe 64.

précises que l'on poursuit dans les laboratoires. Nous avons toujours défendu ses droits, et moins que jamais nous ne voudrions contester à la médecine clinique sa légitime prépondérance. A M. Jaccoud, qui vient de protester une fois de plus, dans la leçon d'ouverture de son cours de clinique médicale, contre l'exclusivisme des découvertes contemporaines, nous ne manquerons donc point d'accorder que, au point de vue de la pratique médicale, les observations cliniques nous ont, depuis de longues années, fait connaître la pathogénie et la thérapeutique d'un assez grand nombre de maladies infectieuses. Mais nous devons aussi reconnaître que tout autre est la doctrine qui ne s'appuie que sur des hypothèses plus ou moins séduisantes, et celle qui se déduit d'expériences positives. L'opinion qui consistait à considérer la rage comme une affection nerveuse siégeant dans la moelle allongée se déduisait bien de l'analyse des symptômes, mais elle est restée hypothétique jusqu'au jour où l'inoculation du bulbe rabique lui donna une certitude absolue. La contagiosité de la tuberculose pouvait et devait être niée jusqu'au jour où les expériences de M. Villemin eurent démontré que le virus tuberculeux était inoculable. En affirmant aujourd'hui encore que les maladies infectieuses doivent être divisées en deux classes, les unes primitivement locales, les autres générales d'emblée, M. Jaccoud développe une doctrine très séduisante et généralement admise. Mais, en ajoutant que cette doctrine pathologique ne doit rien à la période microbienne des maladies infectieuses, il ne peut parler que pour le passé. L'avenir est aux recherches qui, comme celles de M. Bouchard, préciseront les conditions dans lesquelles l'infection peut rester locale.

Loin de nous cependant l'idée de nier ce qu'il y a de juste et de légitime dans les recommandations adressées à ses élèves par M. le professeur Jaccoud. S'il convient d'applaudir au progrès scientifique que les recherches de laboratoire contribuent à affirmer dans le domaine de la pathologie générale, il serait souverainement imprudent d'encourager les étudiants à s'adonner exclusivement aux travaux de ce genre, et à négliger les études d'ordre clinique et pratique. Aussi appartient-il à ceux qui dirigent les examens et président aux concours des hôpitaux et de l'agrégation de réagir, s'il y a lieu, contre de semblables tendances. Les maîtres éminents, dont nous louons dans ces colonnes les travaux de pathologie expérimentale, ont été et restent toujours, dans leurs services hospitaliers, d'excellents médecins, au courant de tous les procédés d'exploration clinique, de tous les progrès de la thérapeutique contemporaine. Pour eux aussi la microbiologie n'est qu'une des sources multiples et variées auxquelles la clinique doit emprunter les connaissances préalables qui lui sont nécessaires pour l'achèvement de son œuvre propre. Mais, désireux d'arriver à une solution rigoureuse des problèmes de pathologie générale les plus ardus et les plus discutables, ils étudient scientifiquement les questions d'ordre scientifique. Il en est de même des chirurgiens qui, au lieu de se contenter des notions vagues et incomplètes de la pathologie d'il y a trente ans, se préoccupent d'introduire dans leur pratique hospitalière et d'appliquer au point de vue thérapeutique les procédés d'antisepsie les plus rigoureux. Ceux-ci, parce qu'ils attachent une plus grande importance à l'étiologie déduite des recherches microbiologiques, n'en considèrent pas moins comme indispensable l'étude rigoureuse et approfondie de l'anatomie chirurgicale et de la médecine opératoire. Il doit en être de même dans tous les cours de clinique médicale. Tous les maîtres de la jeunesse française admettent que les travaux de microbiologie ne sauraient jamais tenir lieu des études de séméiologie clinique, et que le médecin qui, sans savoir ausculter longuement et méthodiquement un phthisique, prétendrait le traiter en bornant son exploration clinique à l'analyse bactériologique de l'expectoration, ne serait pas longtemps à s'apercevoir de l'inanité de ses tentatives; mais tous les élèves doivent apprendre, comme leur dit M. Jaccoud, qu'il faut que la science et la pratique marchent parallèlement et se prêtent un mutuel appui. Les cours de clinique médicale et chirurgicale ont précisément pour objet et doivent avoir pour résultat de former de bons praticiens. Les laboratoires leur apprendront ensuite que les hypothèses doctrinales ne sauraient prévaloir contre des faits positifs.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Cholécystentérostomie.

M. Terrier vient de communiquer à l'Académie de médecine une très remarquable observation de cholécystentérostomie. Ainsi que son nom l'indique, cette opération a pour but d'aboucher la vésicule biliaire à une anse intesti-

---

Ce jury, seul à peu près parmi ceux de l'Exposition, ne s'est en effet pas contenté de regarder les appareils qu'il avait à examiner, en tenant compte de l'aspect extérieur, de l'ingéniosité de la fabrication et de l'importance de la maison qui exposait, comme on le fait d'ordinaire; il a voulu les expérimenter et il s'est livré à cet effet à de longues et minutieuses expériences qui donneront à son rapport une importance toute spéciale, qui justifie la sévérité de ses décisions. Ces expériences ont porté sur les systèmes de chauffage et de ventilation et les appareils affectés à cet usage, sur les filtres pour l'eau potable, sur les étuves à désinfection et enfin sur les divers appareils destinés à la salubrité des habitations et des villes, notamment les réservoirs de chasse d'eau, les water-closets, les siphons obturateurs hydrauliques et les tuyaux de canalisation. On trouvera sans doute quelque intérêt à connaître certains dispositifs employés dans ces expériences, qui ont été longues et multipliées.

Pour les systèmes et appareils de chauffage et de ventilation, il y avait lieu de s'occuper d'abord de ceux qui doivent avoir pour effet de supprimer toute exhalaison de gaz nuisible dans les locaux habités et de n'enlever à l'atmosphère de ces locaux aucune de ses qualités essentielles à la vie, tout en déterminant une égale répartition de la chaleur ou du froid dans les diverses parties et sur tous les points. Quelques-unes des grandes installations actuelles de chauffage et de ventilation présentent ces conditions, que M. Émile Trélat, après trente-cinq ans d'enseignement, voit enfin se généraliser dans la pratique. On a cessé d'envoyer à grands frais, par de vastes orifices, de l'air chauffé ou refroidi, sali par les calorifères, les tuyaux ou les boîtes de ventilation, sans qu'on puisse bien savoir quelle direction prennent les veines qu'il projette de côté et d'autre, et sans qu'on puisse arriver à réchauffer suffisamment les parois elles-mêmes des locaux occupés. On n'ignore plus aujourd'hui, et on en connaît bien les moyens d'exécution, que l'on doit s'efforcer de ne pas modifier les qualités normales de l'atmosphère

nale, de façon à rétablir le cours de la bile lorsque le canal cholédoque est définitivement obstrué. Les interventions de ce genre se comptent encore : M. Terrier n'a pu en trouver que six dans la littérature médicale, et la sienne est la première que l'on ait faite en France. Nous croyons donc devoir attirer l'attention sur elle d'une manière spéciale.

I

La chirurgie des voies biliaires a sans doute été pressentie par les auteurs du siècle dernier. Malgré l'intérêt qui s'attache à ces études historiques, nous considérerons que la question est née, en réalité, depuis quelques années seulement. Certes on doit signaler quelques tentatives importantes; mais en somme il n'y a pas longtemps encore que la pathologie des voies biliaires ressortissait à la médecine pure. Le chirurgien était convié, de temps à autre, à fendre un phlegmon calculeux, dont l'ouverture spontanée était imminente. Souvent même on laissait la nature faire tous les frais, et parfois, cependant, on priait le chirurgien d'aller à la recherche des calculs en dilatant la fistule qu'ils entretenaient.

De nos jours, il n'en va plus ainsi. On ne se demande plus si des adhérences protègent ou non la séreuse péritonéale. Lorsque la vésicule biliaire est distendue, douloureuse, enflammée, on n'hésite plus à la mettre à nu par la laparotomie, à l'inciser, à la fistuliser, à l'extirper, à l'aboucher même dans une anse intestinale voisine. Telles sont, en effet, les opérations auxquelles on a actuellement recours.

Chacune d'elles a ses indications spéciales, qui relèvent surtout de la cause du mal. Il est vrai que nos connaissances diagnostiques sont encore trop souvent débiles, et nous sommes réduits à agir suivant les constatations que nous faisons par la vue et le toucher après avoir ouvert le ventre.

Les lésions auxquelles le chirurgien peut porter remède sont celles qu'engendrent les obstacles mécaniques au cours de la bile. De ces obstacles, les calculs sont le type. Nés la plupart du temps dans la vésicule biliaire, ils s'engagent dans le canal cystique, puis dans le cholédoque, et, si la plupart du temps le patient s'en débarrasse au prix d'une colique plus ou moins intense, trop fréquemment ils s'arrêtent en route et ferment le passage aux liquides sécrétés en amont; petits et irréguliers ils les laissent d'abord s'écouler en partie, mais bientôt la muqueuse s'enflamme et se boursoufle autour d'eux, et l'enclavement se parfait.

Les calculs ne sont pas la seule cause d'obstruction. Tout d'abord, lorsque après un séjour prolongé le calcul se dégage, sous une influence quelconque, il n'est pas rare que la paroi enflammée devienne le siège d'une sténose cicatricielle. Il faut compter aussi avec certaines inflammations, mal connues, de la muqueuse ; enfin, et surtout, les canaux biliaires cheminent au milieu d'organes nombreux, qui les compriment aisément. De là le rôle des tumeurs diverses de la base du foie, des ganglions lymphatiques ; des tumeurs et des scléroses de la tête du pancréas, principalement; ou bien le péritoine enflammé forme des brides enserrantes, ou bien encore la compression est l'effet d'une tumeur de la rate, du rein, de l'ovaire même.

De ces causes, il en est auxquelles on s'adresse directement: les accidents biliaires cesseront, par exemple, une fois opéré le kyste hydatique du hile qui, par compression, les provoquait. Mais peut-on enlever tous les ganglions malades dans cette région ? enlever aussi un pancréas cancéreux ou sclérosé ? Il n'y faut point songer, mais on s'adressera à l'effet, puisqu'on ne peut parer à la cause. Pour les calculs biliaires, on combattra, suivant les cas, soit l'effet, soit la cause, soit les deux à la fois. Quels sont donc les effets produits par l'occlusion des voies biliaires?

II

Lorsque l'obstacle siège au niveau du canal cystique, il arrive parfois que la vésicule, dont le contenu est prisonnier, se rétracte peu à peu, s'atrophie. Cette terminaison est malheureusement rare. Bien au contraire, le liquide s'accumule, la plupart du temps, et la vésicule distendue forme une tumeur plus ou moins volumineuse, suppurée ou non.

En pareille occurrence, deux opérations sont en présence, une fois que la laparotomie a assuré le diagnostic. On a commencé par inciser la vésicule. Plus tard, on l'a extirpée. A la cholécystotomie a succédé la cholécystectomie.

La cholécystotomie « idéale », pour parler comme les Américains, serait celle où l'on réintégrerait la vésicule dans le ventre, après suture exacte de l'incision évacuatrice. Les opérations ainsi conduites sont pour le moment encore chargées d'une lourde léthalité. La plupart des auteurs conseillent donc de fistuliser à la paroi la vésicule ouverte, après avoir désenclavé par des manœuvres externes, si

---

habitée et de rejeter immédiatement au dehors toutes les impuretés produites. En particulier pour le chauffage, il faut environner la pièce d'une ceinture rayonnant de la chaleur au lieu de s'exposer à en perdre par la muraille et introduire l'air du dehors sans que celui-ci ait eu à subir de variations dans son parcours. Quant aux appareils de chauffage domestique, il en est qui brûlent avec une grande énergie les gaz de la combustion, grâce à l'interposition d'une sorte de foyer circulaire troué, formant comme un chalumeau; mais aucun constructeur n'a osé rompre avec les funestes habitudes des poêles mobiles, si bien que le jury de la classe 64 n'a pu en récompenser aucun plus spécialement.

La question du filtrage de l'eau pour l'alimentation a pris en ces derniers temps une nouvelle importance. La doctrine microbienne en a changé l'aspect de fond en comble et elle a mis les divers systèmes en présence d'une difficulté nouvelle, que la plupart n'avaient d'ailleurs pas suffisamment prévue. Le jury a accordé la même valeur à l'essai bactériologique des eaux filtrées et à leur analyse chimique, bien que celle-ci fut subdivisée en quatre épreuves, à savoir : la filtration des sels solubles, tels que le plomb, celle de la chaux, puis celle des matières organiques et la teneur en oxygène de l'eau filtrée; il a tenu également grand compte de la facilité du nettoyage de l'appareil. C'est là, en effet, une des conditions principales à remplir ; il n'est pas de filtre qui puisse servir utilement pendant quelque temps, s'il n'est nettoyé à de courts intervalles, qu'il s'agisse des appareils à bougies de porcelaine, des tissus d'amiante ou de matières filtrantes spéciales. Sur vingt et un appareils présentés au jury, trois seulement lui ont paru mériter des récompenses à ces divers points de vue. Plus difficile était l'appréciation des systèmes employés ou proposés pour la filtration des eaux destinées à l'alimentation d'une grande ville; ici, les procédés sont plus compliqués, et l'on peut dire qu'aucun d'eux ne donne des garanties absolues; si bien

possible, le calcul auquel on fait rebrousser chemin vers la vésicule.

Mais cette fistule, qu'elle donne ou non issue à de la bile, sera en général permanente. Aussi, lorsqu'il a été bien démontré que le canal cholédoque est libre, Langenbuch conseille de disséquer la vésicule et de l'extirper, en sectionnant le canal cystique entre deux ligatures. L'avantage est encore que, comme les calculs se forment presque tous dans la vésicule, on met le malade à l'abri des coliques hépatiques ultérieures.

Lawson Tait a porté un jugement sévère sur cette opération. A son sens, la cholécystectomie est « intrinsèquement absurde ». Il s'appuie, il est vrai, en 1885, sur une statistique un peu erronée. En tout cas, au mois de janvier 1887, Langenbuch communiquait à la Société médicale de Berlin une série de douze opérations avec deux morts seulement; et une de ces morts, due à un tubercule cérébral, doit, en toute justice, être défalquée. On n'a pas oublié que Michaux a fait connaître tout récemment au Congrès de chirurgie une cholécystectomie heureuse, la première publiée en France. Les faits semblent donc avoir donné un démenti à l'opinion de L. Tait, et, quand le canal cholédoque est perméable, le mieux semble être d'extirper la vésicule, suppurée ou hydropique, mais en ayant soin de faire porter la section du canal cystique au delà de l'obstacle.

III

Pareille conduite serait absurde, sans contredit, si le cholédoque était obstrué. Ce serait barrer définitivement la route à la bile, car le canal cystique et la vésicule peuvent nous fournir une voie dérivatrice.

Soit un sujet dont le cholédoque est totalement bouché. Peu importe que la cause soit un cancer ou une sclérose du pancréas; un calcul ou une sténose du canal lui-même. Si l'obstacle est fixe, le malade est voué à une mort certaine; tout comme on voit succomber en quelques jours tous les nouveau-nés dont les voies biliaires sont congénitalement imperforées.

Nous venons de dire que la cholécystectomie est alors condamnée à l'avance. On n'en saurait affirmer autant pour la cholécystotomie avec fistulisation de la vésicule à la paroi abdominale. Il est incontestable que l'on pare ainsi aux accidents immédiatement graves; la cholémie par rétention biliaire cesse et les lésions cirrhotiques du foie, des reins, sont arrêtées dans leur évolution. Mais l'opéré est pourvu d'une fistule biliaire totale; de là une déperdition importante, et aussi une suppression d'une des humeurs utiles à la digestion. Utilité contestée, sans doute, et dans un travail récent Rohmann prétend presque que la bile est une superfétation. Tout le monde n'est pas de cet avis, et la plupart des cliniciens et des expérimentateurs affirment que les animaux — hommes ou autres — dépérissent et maigrissent après l'établissement d'une fistule complète. Que la théorie les en blâme, c'est possible, mais le moindre gramme de bile ferait bien mieux leur affaire.

Aussi bien, dit Nussbaum, les chiens qui lèchent leur fistule restent-ils en bon état. Malheureusement, l'homme n'en peut guère faire autant. Harley a conseillé de faire avaler aux fistuleux des capsules contenant de la bile de cochon; quand ce serait bien la bile du fistuleux lui-même, cette prescription semble médiocrement pratique.

Il faut donc, autant que possible, éviter la fistule totale. Mais déblayer le cholédoque en broyant à travers lui le calcul avec une pince capitonnée est bien hasardeux, malgré un succès de Lawson Tait; hasardeuse aussi est l'extraction par incision proposée par Langenbuch. En principe, au contraire, on ne saurait objecter grand'chose à la conception de Nussbaum: imiter le processus parfois dû aux seuls efforts de la nature et créer une communication entre le fond de la vésicule distendue et une anse intestinale, le duodénum de préférence. Il y aura ainsi une fistule totale qui fera cesser la cholémie, et d'autre part la bile ne sera pas perdue.

Mais il y a loin de la coupe aux lèvres. Cette opération est d'une grande difficulté. Winiwarter, qui le premier la pratiqua, la réussit, mais il dut soumettre son malade, du 20 juillet 1880 au 14 novembre 1881, à six interventions successives, dont trois spécialement destinées à établir la fistule intestinale biliaire; et ces trois dernières séances s'espacèrent en une année. Winiwarter a proposé ensuite une méthode par laquelle on agirait en deux séances.

En réalité, il semble que l'on doive chercher à opérer en un seul temps, et c'est ce qu'a fait avec succès M. Terrier, sur une femme de cinquante-quatre ans, atteinte depuis deux ans environ d'accidents hépatiques assez vagues; puis, depuis deux mois, d'une occlusion complète du cholédoque. Les selles étaient décolorées, les urines bilieuses, le foie volumineux, la vésicule distendue. L'ictère était foncé, le prurit intense, et la salivation incessante. La malade

---

qu'une agglomération doit surtout s'efforcer d'acquérir des eaux d'une grande pureté et les mettre à l'abri de toute souillure.

La prophylaxie des maladies transmissibles est singulièrement facilitée par les divers appareils de désinfection récemment inventés, parmi lesquels les étuves à vapeur sous pression continuent à tenir le premier rang. Leur expérimentation comporte l'examen des microbes pathogènes que l'on place dans les tissus destinés à y être désinfectés, la recherche de l'égale répartition de la température dans tous les points de l'appareil et l'essai des résistances au dynamomètre des divers tissus avant et après l'opération. Il est curieux de se rendre compte des modifications survenues dans le choix des procédés de désinfection : après avoir utilisé pendant longtemps les étuves à air chaud en Angleterre, les recherches bactériologiques ne tardèrent pas à montrer leur insuffisance, et c'est alors qu'en Allemagne on associa à la chaleur sèche la vapeur sans pression, ou la vapeur à l'état de courant, expression, d'ailleurs, assez vide de sens; puis vinrent en France les étuves à vapeur sous pression, assez communément employées aujourd'hui. Au lieu d'opérations durant plusieurs heures à des températures très élevées, on est graduellement arrivé à obtenir la désinfection en vingt minutes, sans détérioration aucune des tissus et de façon à assurer, dans toutes leurs parties, la destruction complète des microbes pathogènes les plus résistants.

La salubrité des habitations et des villes a donné lieu à de nouvelles expériences, afin d'exiger des appareils exposés qu'ils assurent une évacuation complète et extrêmement rapide des immondices. Tout un laboratoire sanitaire a été installé par le jury, pour ces expériences. Les tuyaux de canalisation furent éprouvés au point de vue de leur résistance à la pression extérieure, à l'aide d'un levier d'écrasement, et à la pression intérieure, au moyen d'une presse hydraulique, puis au point de vue de leur résistance au

fut mise à la diète lactée, et le naphtol β lui fut prescrit à la dose de 2 grammes par jour. Un accès de fièvre hépatique fit faire, à peu près d'urgence, une laparotomie exploratrice. La vésicule fut vidée par ponction exploratrice et le doigt du chirurgien put alors sentir dans le cholédoque une tuméfaction allongée, probablement un calcul. La face inférieure de la vésicule répondait presque directement à la face antéro-supérieure de la première portion du duodénum. Là fut faite l'anastomose, la cholécystentérostomie. Tous les points de suture furent placés de façon à faire passer les fils entre la muqueuse et la musculeuse, sans intéresser la muqueuse, suivant le procédé classique pour les sutures intestinales.

Grâce à un système spécial de sutures, M. Terrier put n'inciser les parois que tout à fait à la fin, au moment de serrer le dernier fil; un drain fut mis dans la communication artificielle, puis le fil fut serré. Grâce aux éponges et aux compresses antiseptiques, il n'a pas coulé dans le ventre une goutte de bile ou de matières intestinales. La malade a guéri de l'opération, puis elle s'est peu à peu rétablie; l'ictère a disparu presque complètement, l'engraissement est notable, les forces reviennent, et l'état actuel est très satisfaisant.

Outre l'opération déjà citée de Winiwarter, et sans tenir grand compte des expériences faites sur les chiens par Harley, par Gaston (d'Atlanta), on trouve dans la littérature médicale des faits de Monastyrski, Kappeler, Socin, Bardenheuer et Mayo Robson. Ces cholécystentérostomies ont été faites en un seul temps et les malades ont guéri; M. Terrier n'a cependant pas de renseignements sur celui de Bardenheuer.

La guérison, cela va de soi, n'est qu'une cure palliative quand l'obstacle est causé par un tumeur maligne, du pancréas surtout; et les patients de Monastyrski, de Kappeler, moururent bientôt de leur carcinome pancréatique. Mais ils avaient été notablement soulagés. D'autre part, le diagnostic exact est bien souvent impossible, précisément parce que le cancer du pancréas tue souvent par cholémie, sans que les signes auxquels on reconnaît un cancer aient eu le temps de se produire; on voit parfois succomber ainsi des malades chez lesquels l'autopsie révèle une simple sclérose de la tête des pancréas. Chez ceux-là, comme chez les calculeux, la cholécystentérostomie n'eût-elle pas été curative?

La cholécystentérostomie n'est cependant pas approuvée par tous les chirurgiens. Il y a quelques jours, Mayo Robson a résumé son observation personnelle devant la Société clinique de Londres. D'après un compte rendu du *Bulletin médical*, Knowsley Thornton a qualifié cette opération de « monstrueuse »; elle n'a pas sa raison d'être, car il n'a pas eu de fistule à la suite des cholécystotomies qu'il a pratiquées. Cette absence de fistules est bien étonnante, si Thornton a opéré des malades dont le cholédoque était totalement obstrué.

Malgré cet anathème, la cholécystentérostomie semble destinée à un brillant avenir, car elle est conçue d'après les données de la physiologie, et jusqu'à présent les résultats immédiats paraissent excellents. Dès qu'une occlusion totale et fixe du cholédoque est diagnostiquée, il faut songer à intervenir; on n'est plus en droit de laisser les malades tomber de l'ictère jaune dans l'ictère vert, de l'ictère vert dans l'ictère noir, et de l'ictère noir dans la privation de la vie. On en voit, sans doute, qui guérissent sans qu'on sache trop pourquoi. Mais combien ne s'arrêtent qu'à la dernière étape? L'abstention n'est donc plus permise, et M. Terrier vient de démontrer que pour ces malades on peut faire mieux qu'une fistulisation palliative de la vésicule.

A. Broca.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Du traitement de l'érysipèle par la créoline.

Les propriétés antiseptiques de cette substance expliquent son application au traitement de l'érysipèle, tel qu'il est actuellement mis à l'essai en Autriche et en Allemagne.

Les uns emploient la créoline seule, les autres l'associent à l'iodoforme.

1° Pommade a la créoline. — Elle peut se formuler ainsi :

Créoline.............	3 grammes.
Lanoline.............	25 —

Elle s'applique au pinceau sur la surface malade en dépassant de 4 à 5 centimètres les bords de la plaque érysipélateuse. On recouvre ensuite de gutta-percha ou de makintosch.

2° Pommade a la créoline et a l'iodoforme. — Re-

---

choc d'un boulet et de leur perméabilité à l'eau. Les réservoirs de chasse doivent pouvoir fonctionner sans être influencés par les changements de niveau et le jet d'eau, à sa sortie, avoir une amplitude et une force suffisantes pour tout entraîner sur son passage. C'est ici que la forme de la cuvette du water-closet et du siphon hydraulique prennent une importance toute spéciale; une fois complètement recouverte à son intérieur de noir de fumée, il fallait qu'une chasse d'eau déterminée enlevât celui-ci sur tous les points des parois; en outre, une défécation représentée par quatre pommes de terre enrobées de papier (matière lourde) et par quatre bouchons de liège (matière légère) avec quelques feuilles de papier mince devait être rapidement et totalement enlevée. Dans quelques semaines, les résultats de toutes ces expériences seront publiés; ils montreront combien elles ont été intéressantes et quels services elles sont appelées à rendre à l'assainissement des habitations et des villes.

Mais, si l'industrie sanitaire, à l'égal de la construction des instruments de médecine et de chirurgie, offrait d'intérêt à l'Exposition, il n'en était malheureusement pas de même de l'hygiène hospitalière.

Nous avons déjà dit quelles lacunes elle présentait; seul, il faut le reconnaître, le système à voûte ogivale témoignait d'une recherche intelligente et rationnelle des conditions de salubrité d'un hôpital; mais en 1878 déjà il en était de même et depuis cette époque le nombre des hôpitaux de ce système s'est bien peu accru. Ceux de Montpellier, du Havre et Bichat à Paris, et ceux du Mans, de Fontenay-sous-Bois et d'Epernay, en voie de construction, attestent heureusement que la France peut, elle aussi, revendiquer l'honneur d'avoir modifié radicalement la forme, classique depuis près d'un siècle, de nos établissements hospitaliers. C'est encore celui de Montpellier qui est le plus complet à cet égard; il est bon d'en connaître les détails principaux. Il occupe, pour 620 lits, hors de la ville et à l'altitude

commandée par Mræck (de Vienne), elle est ainsi composée :

Créoline	2	grammes.
Iodoforme	8	—
Lanoline	20	—

Plus active que la précédente, elle s'applique de la même manière.

Sur les surfaces recouvertes de poils ou de cheveux, il est utile de raser ces derniers avant l'application du topique.

On continue le traitement pendant deux ou trois jours après que l'érysipèle s'est circonscrit et que la coloration de la peau est devenue plus pâle.

CH. ELOY.

REVUE DES COURS ET DES CLINIQUES

HOPITAL NECKER. — M. CAMPENON.

Méningo-encéphalite consécutive à un coup de feu. Trépanation.

Le malade qui va faire l'objet de cette conférence est un homme âgé de trente-quatre ans, fortement alcoolique. Retenez bien ce fait; vous allez voir qu'il a une très grande importance.

Le 21 octobre au soir, étant en état d'ivresse, il tirait deux balles de revolver sur sa femme : l'une à la tête, l'autre au poignet. Il tourne ensuite son arme contre lui-même et se tire une balle dans la région temporale droite.

Il est amené alors à l'hôpital. Il avait une petite plaie pénétrante entourée de grains de poudre, à deux centimètres environ au-dessus de l'arcade zygomatique et en arrière de l'apophyse orbitaire externe. Hémorrhagie abondante; pansement iodoformé. Impossible de savoir si la boite crânienne avait été perforée. Il y a, en effet, une règle chirurgicale absolue qui interdit, dans toutes les plaies par armes à feu de petit calibre, de sonder la plaie et d'aller à la recherche de la balle. Cette loi est formelle et sous aucun prétexte, dans des cas semblables, vous ne devrez agir différemment. Il y a du reste des cas remarquables de tolérance de l'organisme, et l'on a des exemples d'individus ayant gardé toute leur vie une balle dans le cerveau, sans que la présence de ce corps étranger ait amené le moindre accident. Ce qui s'est passé chez la femme de ce malheureux, amenée à l'hôpital en même temps que lui, est une preuve de plus en faveur de cette méthode. Nous nous sommes contentés de lui faire des pansements; ses plaies sont aujourd'hui cicatrisées, et, bien que les balles soient restées en place, elle est définitivement guérie.

Le lendemain matin, c'est-à-dire le 22, notre malade ne présentait rien de particulier. Il était bien un peu hébété, mais cela pouvait tenir à ce qu'il n'était pas encore complètement remis de son ivresse de la veille. Quelques vomissements dans la journée. Le soir, il avait un peu de fièvre; sa température s'élevait à 38°,2.

Le 23 au matin, il avait encore 38°,2, mais, comme la veille, rien de spécial, sinon que la langue était un peu sèche et saburrale. Nouveaux vomissements dans la journée.

Le soir, c'est-à-dire quarante-huit heures après l'accident, il a une attaque épileptiforme; dans la nuit, des nausées et quelques vomissements. Sa température monte à 39°,4.

Le lendemain matin, nous ne trouvons chez notre malade aucun trouble, ni de l'intelligence, ni des mouvements. Les accidents de la veille n'ayant pas reparu, nous nous décidons à ne pas intervenir, tout en nous tenant prêts pour une intervention.

Depuis, la température oscillait autour de 39 degrés. Le pouls, qui les deux premiers jours avait été un peu fréquent, probablement à cause de l'ivresse du malade, se maintenait à soixante-douze pulsations. Nous vivions sur ce terrain suspect, nous demandant si nous devions intervenir, mais reculant devant une opération grave et que peut-être on pourrait éviter, lorsque ce matin de nouveaux accidents sont venus lever toutes nos hésitations.

A quelques heures d'intervalle, le malade a eu deux attaques consistant en mouvements petits, saccadés, sur place, des quatre membres. Remarquez bien ce fait que les quatre membres étaient également pris. En même temps, la face était tiraillée, les dents serrées, les yeux animés de mouvements convulsifs, les pouces dans une adduction forcée et fléchis sous les doigts. Une respiration bruyante, un véritable ronflement et la perte involontaire des urines viennent compléter la description de ces attaques. Après l'attaque, le malade, étonné et inconscient de ce qui venait de se passer, avait aux lèvres un peu de mousse sanguinolente. En somme, ces deux crises étaient de véritables attaques épileptiformes. Nous avons cherché attentivement dans son passé, pour savoir s'il avait déjà eu de semblables accidents. Notre malade, en effet, est un alcoolique. Il boit chaque jour une quantité assez considérable d'absinthe et cette liqueur, vous le savez, a le triste privilège d'exposer ses adeptes à des attaques épileptiformes. Mais mes recherches ont été négatives sur ce point, et d'après les renseignements que nous tenons, soit de lui, soit de sa femme, il n'aurait jamais eu auparavant de crises d'épilepsie.

---

moyenne de 50 mètres une surface de 9 hectares de terrain, soit 150 mètres par tête de malade; la ligne de plus grande pente est N.-S. et présente une certaine déclivité. Ajoutons qu'il a coûté 2 250 000 francs, soit 3 640 francs par lit.

Construit en pierres de taille, briques et fer, avec des couvertures en tuiles sur liteaux en fer et des dallages en mosaïque, il a toutes ses salles pourvues d'une double enveloppe en briques minces, maintenues par des nervures en fer et faciles à flamber, à lessiver ou à renouveler. Les malades y jouissent de 12 mètres de surface de salle et de 65 mètres cubes d'air; celui-ci se renouvelle à raison de 100 mètres cubes par lit et par heure, par les ventouses ménagées loin des occupants, à l'angle dièdre curviligne du faîtage du vaisseau ogival, qui ne comporte aucun grenier capable d'emmagasiner l'air vicié. Les malades ne sont pas superposés par couches multiples séparées par un simple plancher, soumis à la fois à l'action infectante des habitants du dessus et de ceux du dessous, comme cela a lieu dans les bâtiments à plusieurs étages. De larges cheminées-glaces ornent les salles et contribuent à leur ventilation, en même temps qu'elles dégagent la vue sur la campagne.

Des balcons latéraux placés au niveau des salles permettent d'y rouler les lits en les abritant sous toile, ce qui forme comme des salles de rechange pendant la belle saison. Les salles sont disposées pour favoriser les grands lavages; elles n'ont aucune division intérieure et elles sont élevées sur des pilastres de 3^{m},20 de hauteur, laissant un rez-de-chaussée entièrement libre à l'accès de l'air extérieur; de telle sorte que les surfaces extérieures ou d'aération sont à peu près égales aux surfaces intérieures ou d'infection. Ces rez-de-chaussée pourront servir, en temps de guerre, à hospitaliser les blessés. Le gaz est installé en dehors des salles, en attendant l'éclairage électrique. Un chemin de ceinture extérieur sépare l'hôpital des constructions particulières. Un chemin de ceinture intérieur ellip-

En présence de ce tableau que je résume brièvement : une balle dans la région temporale; température fébrile oscillant autour de 39 degrés; régularité du pouls se maintenant à soixante-douze pulsations et tombant aujourd'hui à soixante-six; attaques épileptiformes avec mouvements des quatre membres; intelligence conservée, mais avec une certaine lenteur de la pensée et de la parole, quel diagnostic devons-nous poser?

J'ajoute que le malade, depuis trois ou quatre jours, se plaint d'un peu de raideur des muscles de la nuque.

Au début, la légère élévation thermométrique pouvait être expliquée par l'ivresse et par l'inflammation consécutive au traumatisme. La crise épileptiforme constatée le second jour après l'entrée du malade à l'hôpital pouvait aussi reconnaître pour cause la suppression brusque de l'absinthe. Souvent, en effet, chez les gens saturés d'alcool, la suppression complète donne naissance à du *delirium tremens* et plus particulièrement chez les absinthiques à des attaques épileptiformes. Mais cette explication n'est plus suffisante pour les accidents que nous constatons aujourd'hui. Le projectile a pénétré dans la cavité crânienne et a provoqué une inflammation des méninges et de l'écorce cérébrale. Cette température élevée avec un pouls régulier et plutôt lent, cette fatigue des facultés intellectuelles, la raideur de la nuque et surtout les attaques épileptiformes présentent le tableau clinique complet de la méningo-encéphalite.

Cette méningo-encéphalite est-elle localisée ou étendue? Etant données les connaissances si précises que l'on possède sur les localisations cérébrales, cette question est du plus haut intérêt. Si, en effet, un centre moteur était plus spécialement atteint, c'est surtout sur lui que devrait porter notre intervention, et nous aurions alors à préciser la place qu'il occupe par rapport à la paroi crânienne.

En l'absence de tout phénomène de localisation et en tenant compte de la généralisation des mouvements saccadés aux quatre membres pendant les attaques d'épilepsie, nous devons conclure que l'affection est diffuse.

En présence de ce diagnostic de méningo-encéphalite diffuse, quel doit être notre rôle? Devons-nous et pouvons-nous intervenir? Oui, nous devons intervenir, car, si nous laissons les choses suivre leur cours, la mort du malade est assurée. Mais comment intervenir? Les phénomènes généraux ne nous donnant aucune indication sur le lieu où doit porter notre intervention, nous suivrons passivement le trajet de la balle à travers les téguments et à travers le crâne. Du reste, cette région, à cause de la profondeur des parties molles et à cause de la présence de la méningée moyenne en dedans du temporal, est loin d'être un lieu d'élection pour l'application du trépan.

Peut-être n'avons-nous affaire qu'à une simple fracture du temporal. Mais peu importe; la conduite à tenir est toujours la même. Nous inciserons les téguments sur une assez grande étendue, en faisant une incision cruciale. Nous détacherons le périoste, puis nous examinerons l'état de l'os. Celui-ci sera enlevé largement, et, si l'on trouve un épanchement collecté entre lui et la dure-mère, il faudra l'évacuer. Les enveloppes cérébrales étant ensuite incisées, si nous trouvons une méningite suppurée, nous les nettoierons du mieux possible, ainsi que la substance cérébrale, soit en les lavant, soit en les essuyant doucement avec une éponge fine imprégnée de substances antiseptiques. Si la balle a pénétré dans la substance cérébrale et que son trajet soit indiqué par un aspect piqueté et ramolli de l'écorce du cerveau, nous irons à sa recherche; sinon, nous nous abstiendrons.

Je tiens à vous signaler, en terminant cette conférence, la différence entre les accidents de la méningo-encéphalite consécutive à une chute ou à un traumatisme et ceux qui accompagnent la méningo-encéphalite consécutive à une plaie par arme à feu. Dans le premier cas, sous l'influence de la commotion cérébrale, le malade est plongé tout de suite dans le coma, puis, sans aucune transition, apparaissent les symptômes de la méningo-encéphalite diffuse. Au contraire, chez un individu qui reçoit une balle dans le cerveau, s'il ne meurt pas sur le coup, il y a toujours un certain intervalle, je dirais presque une période d'incubation, entre le traumatisme et l'apparition des accidents. Cette période est très variable, et, dans certains cas, elle peut être assez longue.

A l'Hôtel-Dieu, il m'a été donné de voir un jeune homme qui s'était tiré une balle dans la tête. Les trois ou quatre premiers jours, il était en parfaite santé et causait des motifs qui l'avaient poussé à cet acte de désespoir. Mais vers le quatrième ou le cinquième jour, sont apparues des attaques d'épilepsie et le malade a succombé en moins de quarante-huit heures. J'ai vu aussi un cas semblable à l'Hôpital des Enfants. Une fillette avait reçu une balle qui lui avait presque traversé le crâne de part en part. Ce n'est que huit à dix jours après l'accident, alors qu'on la croyait hors de danger, qu'elle a présenté les premiers symptômes d'une méningo-encéphalite qui l'a emportée rapidement.

Aussi, dans des cas de ce genre, doit-on toujours réserver le pronostic, même alors que le blessé paraît aller bien, et être prêt à intervenir dès l'apparition des premiers accidents.

Résumé de l'opération. — Le trajet musculaire de la balle n'existe plus. Celle-ci est en totalité ou en partie trouvée dans l'épaisseur du muscle absolument aplatie et déformée; on retire en même temps une petite esquille osseuse. Il est alors facile de voir que le crâne est perforé sur une

---

tique sépare, dans quatre segments isolés, les services susceptibles de produire des émanations insalubres, tels que les pavillons doubles de contagieux, au nombre de trois (variole, diphthérie, fièvres éruptives), l'autopsie, la désinfection, etc. Les pavillons de contagieux sont placés dans l'angle N.-O. du plan général, de telle sorte que les vents dominants portent leur atmosphère en dehors des autres quartiers. Les salles de contagieux sont pourvues d'appareils spéciaux pour la destruction des microbes de l'air des salles, avant son expulsion dans l'atmosphère. La distance entre les pavillons des contagieux et ceux des malades ordinaires est de 60 mètres. Les services généraux et de cliniques sont placés au centre. Les malades et blessés sont divisés en deux quartiers, un pour chaque sexe, distancés de 50 mètres. Les pavillons sont uniformément orientés du N.-O. au S.-E.; ils sont séparés par des jardins de 28 mètres de largeur entre faîtages (largeur triple de celle des plus larges rues de la ville et presque double de celle des routes nationales). Des espaces libres sont réservés, dans la région nord, pour y placer des ambulances mobiles en cas d'épidémie. Les pavillons sont séparés par des jardins plantés d'arbres et d'arbustes ou semés de pelouses. Une prise d'eau spéciale, partant de la source de la rivière, fournit l'eau pure et en abondance à l'hôpital. Les eaux sales et les matières excrémentitielles largement diluées sont envoyées aux égouts de la ville par une canalisation spéciale en grès, pourvue de siphons et de réservoirs de chasse. Enfin tous les services sont mis en communication entre eux et avec l'administration par le téléphone. Des omnibus spéciaux font le service de transport à très bas prix, et en dix minutes, entre la ville et l'hôpital. C'est là, à notre avis du moins, le type le plus complet de l'hôpital, tel que les exigences de l'hygiène moderne permettent de le concevoir, et même un excellent exemple de la situation que les villes peuvent donner à ces établissements par rapport à l'éloignement des centres habités. L'économie y

largeur d'un centimètre environ et une longueur de deux centimètres à peu près. Le grand axe de la perforation se dirige vers l'apophyse orbitaire interne. On décolle le périoste tout autour, jusqu'au bord de l'orbite.

Au centre de la perforation est une masse où l'on reconnaît la dure-mère perforée et une substance noirâtre, ramollie, formée d'un mélange de caillots sanguins et sans doute de pulpe cérébrale. On retire une esquille enfoncée d'un centimètre environ dans la pulpe cérébrale. L'orifice est agrandi avec la pince-gouge, et on voit sourdre de l'angle interne une cuillerée à café environ de pus mal lié.

Au cours de l'opération, l'artère méningée moyenne coupée par la balle donne du sang en grande quantité; on l'arrête par une pince à demeure.

La plaie est lavée, nettoyée, tamponnée. On met un drain allant sous la dure-mère jusqu'au contact de la pulpe cérébrale. Pansement iodoformé.

Le soir, une attaque épileptiforme à dix heures du soir.

Le 2 novembre, l'état général du malade est meilleur; il n'a plus eu d'attaques depuis le jour de l'opération et la raideur de la nuque a disparu. La température est descendue à 37°,8. Nouveau pansement iodoformé; la plaie a un très bon aspect; pas de pus en dehors du trajet du drain.

En résumé, si le malade est actuellement hors de danger, il est incontestable que c'est à l'intervention chirurgicale qu'il le doit.

CH. STEEG.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

PNEUMOTHORAX SURVENU DANS LE COURS D'UN ACCÈS D'ASTHME ET GUÉRI PAR LA THORACENTÈSE. Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 25 octobre 1889, par M. TROISIER, agrégé, médecin de la Pitié.

Laennec a signalé l'emphysème pulmonaire parmi les affections qui peuvent donner naissance au pneumothorax. « Il paraît probable, dit-il (t. II, p. 555, édit. Andral), que, dans le cas d'emphysème du poumon avec rupture des cellules aériennes et passage de l'air sous la plèvre, cette membrane elle-même peut aussi se rompre à son tour, et donner ainsi lieu à un pneumothorax. Je crois même avoir vu ce cas; mais, les notes que j'en avais prises ayant été perdues, je n'oserais l'assurer. »

Le fait n'est pas douteux, et depuis Laennec, on en a publié un certain nombre de cas (1). Je l'ai observé chez la malade que je vous présente.

Cette femme, âgée de vingt-sept ans, était entrée à la Pitié le 25 juin 1887 pour un violent accès d'asthme. Elle avait eu un premier accès à l'âge de dix-neuf ans, et depuis lors, les accès se reproduisirent de loin en loin.

Lorsque je la vis pour la première fois, elle était arcboutée sur son lit, anxieuse, en proie à une dyspnée excessive; chaque mouvement respiratoire était accompagné d'un tirage très pénible; la face était violacée; le thorax dilaté; le murmure vésiculaire affaibli dans toute l'étendue de la poitrine; l'expiration sifflante et prolongée, avec quelques râles muqueux aux deux bases; l'expectoration spumeuse et abondante; les bruits du cœur éloignés, sans souffle; les urines rares et très albumineuses.

Les jours suivants, cet accès persista avec les mêmes caractères; l'oppression était excessive et empêchait toute espèce de repos. La température, qui jusqu'alors était restée normale, s'éleva le 28 avril à 40 degrés et 40°,5 le soir, sans qu'aucune complication apparente pût expliquer cet état fébrile; le pouls était petit et fréquent. La situation de la malade était réellement fort grave.

Le 1er juillet, on constata pour la première fois un souffle amphorique et des tintements métalliques, du côté gauche, en avant, en arrière et dans l'aisselle. Le cœur était refoulé à droite du sternum. — Il s'était donc produit un pneumothorax, d'une façon insidieuse, car la malade n'avait rien ressenti au moment de la rupture du poumon, et la dyspnée ne paraissait pas plus forte qu'auparavant.

Je fus assez effrayé de cette complication. Que fallait-il faire? Je craignais que l'air évacué par la thoracentèse ne fût immédiatement remplacé. J'attendis au lendemain, et peut-être cette temporisation fut-elle utile; elle permit à la fissure pulmonaire de se cicatriser, le poumon était refoulé contre le médiastin et par conséquent immobilisé. Le 2 juillet, les signes physiques étant les mêmes que la veille, l'oppression à son comble avec des menaces d'asphyxie, je pratiquai la thoracentèse avec le petit trocart de l'appareil de M. Potain. Je fis trois fois l'aspiration avec un flacon d'un litre; comme le vide n'est jamais parfait, j'estime que j'ai enlevé deux litres d'air environ (2).

J'ai eu le tort d'aller vite, et peut-être eût-il mieux valu ne point se servir d'un appareil aspirateur; car cette soustraction rapide de l'épanchement gazeux amena un déplissement brusque du poumon comprimé, et un afflux sanguin

(1) Voy. Augry, *Pneumothorax causé par la rupture des vésicules emphysémateuses au cours de l'emphysème* (Thèse, Paris, 1887). — Gaillard, *Du pneumothorax simple, sans liquide, et de sa curabilité* (*Arch. gén. de méd.*, 1888).

(2) Il eût été intéressant de mesurer la tension pleurale et de faire l'analyse du gaz épanché; mais la thoracentèse était urgente et je n'avais pas sous la main les instruments nécessaires pour faire ces recherches.

---

trouve également son compte et le bien-être des malades en est considérablement accru. De petites maisons, destinées aux premiers secours et au service des consultations, suffisent à l'intérieur des villes, pourvu que le transport à l'hôpital général soit facile, rapide et fréquent.

C'était la première fois que l'administration sanitaire française prenait part, avec quelques développements, à une Exposition universelle. L'une des plus précieuses prérogatives que procure la puissance publique est, on le sait, celle de pouvoir, par des mesures appropriées, diminuer le tribut que les populations payent à la maladie et à la mort. Cette prérogative s'exerce par l'application de lois spéciales et de règlements que l'administration applique en s'inspirant des progrès que la science suggère et des transformations que subissent les mœurs publiques. Si bien que le taux de la mortalité dans une agglomération humaine se trouve influencé, ainsi que le démontrent de nombreux et fréquents exemples, par l'état de la législation sanitaire et de l'organisation administrative chargée d'appliquer cette législation. C'est pourquoi l'administration sanitaire française, centralisée actuellement pour les services d'Etat au ministère de l'Intérieur, n'a pas manqué de saisir l'occasion de l'Exposition pour rendre le public témoin des efforts qu'elle ne cesse de faire en vue d'assurer la salubrité dans les agglomérations urbaines et rurales, de prévenir ou arrêter les épidémies et les maladies transmissibles, de « faire jouir les habitants des avantages d'une bonne police, notamment de la propreté, de la salubrité dans les rues, lieux et édifices publics », suivant les expressions du législateur de 1789. Elle comprend des services d'Etat, des services départementaux et des services municipaux, suivant que les dispositions des lois sanitaires engagent toutes les autorités du pays ou sont laissées à la discrétion de l'une ou de l'autre d'entre elles. On sait d'ailleurs que la salubrité publique est, au point de vue général, confiée en France au pouvoir municipal. Les dispositions prises à l'Exposition

vers cet organe, ce qui se traduisit, comme quelquefois après la thoracentèse dans le cas de pleurésie, par des quintes de toux et une expectoration abondante, claire et filante (l'analyse clinique de cette expectoration n'a pas été faite; elle présentait les caractères de l'expectoration albumineuse). Mais bientôt le calme se rétablit, et la malade se sentit considérablement soulagée. Le soir, elle était beaucoup moins oppressée. On trouvait encore dans les parties supérieures du thorax du souffle amphorique et du tintement métallique; en arrière et sur le côté, on entendait le murmure vésiculaire affaibli et en partie masqué par des sibilances.

Le lendemain matin 3 juillet, il n'y avait plus de signes de pneumothorax; l'air restant après la thoracentèse était complètement résorbé (on sait que la plèvre absorbe très facilement les gaz). La nuit avait été presque bonne; la température était revenue à la normale. Bientôt tout rentra dans l'ordre; la dyspnée cessa peu à peu et l'accès d'asthme prit fin; l'albumine disparut, et la malade put quitter l'hôpital une quinzaine de jours après son entrée.

Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis deux ans et demi, elle a eu un certain nombre d'accès d'asthme de moyenne intensité. Elle offre maintenant les signes de l'emphysème pulmonaire à un léger degré. Elle est forte et peut se livrer à des occupations assez fatigantes. J'ajoute, pour être complet, qu'elle ne présente aucune trace de tuberculose.

Je me bornerai à quelques remarques au sujet de ce cas intéressant :

1° Le plus souvent le pneumothorax qui se produit dans le cours de l'emphysème pulmonaire, ou pendant un accès d'asthme, reste peu important et l'air se résorbe rapidement. Mon observation démontre qu'il peut présenter une extrême gravité par la quantité d'air épanché. La compression du poumon, le déplacement du cœur, augmente la gêne respiratoire circulatoire, et ce sont de nouvelles causes de suffocation et d'asphyxie ajoutées à l'accès d'asthme. Aussi la thoracentèse est-elle indiquée dans ces cas; ma malade aurait peut-être survécu, mais c'est grâce à cette opération qu'elle a été mise immédiatement hors de danger.

2° Le pneumothorax est resté simple, sans hydrothorax. L'air atmosphérique n'est donc pas un irritant pour la plèvre. Par lui-même il est inoffensif, et les pleurésies avec épanchement liquide qui accompagnent si souvent le pneumothorax ne sont pas dues à la présence de l'air dans la cavité pleurale, mais à la pénétration de particules solides ou liquides chargées d'éléments pathogènes.

3° Cette observation montre que le tintement métallique n'exige pas pour se produire, la présence de liquide dans la plèvre, et que le souffle amphorique peut exister, bien qu'il n'y ait pas de fistule pleurobronchique persistante. Ce sont là des faits qui sont bien établis aujourd'hui (théorie de la consonance, de Skoda).

REVUE DES CONGRÈS

Troisième Congrès de la Société allemande de gynécologie tenu à Fribourg en Brisgau du 12 au 14 juin.

(Fin. — Voyez les n°s 29, 33 et 40.)

Mécanisme de la respiration chez le nouveau-né, par MM. *Dohrn* et *Aeckerlein*. — La conclusion la plus importante de ce mémoire est la suivante : d'une manière générale, les poumons ne s'emplissent pas d'air avec les premières inspirations; les alvéoles ne se déplissent que le second jour.

Deux ruptures utérines guéries par la laparotomie. — L'une de ces ruptures s'était produite quarante-huit heures après le début du travail. Le fœtus était hydrocéphale. Quatorze heures plus tard, *Viedow* pratiqua la laparotomie et, après avoir extrait le fœtus passé en entier dans la cavité péritonéale, constata l'existence d'une énorme déchirure intéressant le côté droit du corps et du segment inférieur, ainsi que le feuillet postérieur du ligament large. Par cette déchirure et à travers le cul-de-sac correspondant du vagin, *Viedow* amena à la vulve une bande de gaze iodoformée en guise de drain. Le péritoine fut lavé à l'eau chaude et on en fit la toilette avec de la gaze stérilisée. L'utérus fut enlevé et le pédicule traité par la méthode extra-péritonéale. Guérison après septicémie légère caractérisée par quelques ascensions thermiques et l'apparition, six semaines après l'opération, d'une *phlegmatia alba dolens* gauche.

Kehrer a traité et guéri de la même façon une rupture utérine survenue pendant une version podalique faite dans le but d'extraire au travers d'un bassin oblique ovalaire un fœtus présentant le sommet

Mécanisme de l'accouchement dans les présentations du sommet. — *Frommel* expose que, contrairement à l'opinion exposée l'an dernier par Olshausen à Halle, la rotation de la tête dans le bassin précède la rotation du tronc qui, par conséquent, n'en est pas la cause. Ces deux auteurs s'appuient d'ailleurs également sur l'observation clinique.

Technique de l'opération césarienne. — *Veit* (de Berlin) envisage la question à deux points de vue : 1° A quel moment faut-il opérer? L'auteur croit que pour se mettre à l'abri de l'hémorrhagie il est bon d'attendre l'apparition de contractions énergiques; 2° Quelle suture employer? De recherches expérimentales entreprises sur les animaux, d'une opération césarienne pratiquée sur une guenon, *Veit* tire cette conclusion que la suture séro-séreuse est inutile et qu'il suffit, pour obtenir la réunion de la plaie péritonéale (en quatre ou cinq jours), de bien affronter les tissus sous-jacents.

Sänger conteste qu'on puisse conclure de la guenon à la femme. Il proclame à nouveau l'utilité de la suture séro-séreuse qui lui a donné, ainsi qu'à ses imitateurs, les merveilleux résultats que

---

pour faire connaître les plus importants de ces services étaient suffisamment explicites pour donner une idée du rôle que chacun d'eux joue actuellement; mais c'était surtout dans des livres et des documents que l'on pouvait trouver la trace de la surveillance incessante qui s'exerce au profit de sa santé. Trois des attributions des services de l'hygiène ont permis toutefois des développements figuratifs, plus accessibles au public, à savoir: la police sanitaire maritime, la lutte contre les épidémies et les maladies transmissibles, et les eaux minérales. Aussi l'administration avait-elle surtout appliqué ses soins à rendre ces développements aussi compréhensibles et aussi complets que possible. Pour les eaux minérales, par exemple, elle avait fait dresser une magnifique carte des richesses hydrominérales, si considérables et si variées, de la France, et donné le plus d'importance possible à l'établissement d'Aix-les-Bains. Les services de police sanitaire maritime étaient représentés par des vues des principaux lazarets, une maquette représentant celui de Trompeloup, à l'embouchure de la Gironde, et des spécimens des appareils de désinfection qui y sont utilisés. Enfin, des statistiques spéciales montraient, mois par mois, depuis trois ans, le mouvement des maladies transmissibles dans nos villes les plus peuplées. Sans doute tous ces documents sont encore insuffisants; s'ils montrent combien notre organisation administrative sanitaire est récente, ils prouvent aussi que les méthodes et les procédés qu'elle emploie, les principes sur lesquels elle appuie ses décisions sont rationnels et judicieux ; une nouvelle Exposition universelle ou plutôt une Exposition spéciale, permettra d'en mieux apprécier les résultats.

vient de mettre en relief la thèse de Caruso. Il n'est pas nécessaire que le repli péritonéal soit considérable; 1 ou 2 millimètres suffisent; quinze sutures au moins sont indispensables pour obtenir la réunion d'une plaie utérine ayant laissé passer un fœtus à terme.

Léopold a perdu trois opérées et a pu s'assurer sur elles que la suture séro-séreuse assure l'occlusion parfaite de la plaie; il concède que le point essentiel est l'affrontement exact des lèvres de la plaie. A propos du temps d'élection, il rapporte l'observation d'une femme qu'il opéra six heures après le début du travail, mais alors que les contractions étaient peu énergiques. L'opération fut régulière; la suture utérine profonde et solide. La compression élastique du pédicule n'a pas duré plus de cinq minutes. L'opérée succomba à une hémorrhagie abdominale secondaire; il y avait trois quarts de litre de sang dans le ventre.

Suivent plusieurs communications dénuées d'intérêt au point de vue pratique : de *Bumm* (de Wurzbourg), *sur les vaisseaux utéro-placentaires;* de *Leopold* (de Dresde), *sur la structure du placenta;* de *Hofmeier, sur l'anatomie du placenta;* de *Schatz* (de Rostock), *sur les placentas à collerette.*

— *Bayer* (de Strasbourg), continuant ses recherches sur l'utérus gravide, apporte une *contribution nouvelle à l'étude du segment inférieur de l'utérus et du placenta prævia.* Il conclut à la conservation de la longueur du col pendant toute la durée de la grossesse et au revêtement du segment inférieur de l'utérus par la caduque, sans se rallier franchement encore aux conclusions fermes de l'École de Schrœder et de celle de Pinard.

— *Léopold* apporte des faits anatomiques précis à l'appui de la théorie du *non-effacement du col pendant la grossesse.* Il montre les dessins d'une coupe après congélation pratiquée sur une femme multipare morte d'hémorrhagie par placenta prævia. Le col de l'utérus est intact et l'orifice interne fermé.

— *Ahlfeld* montre un *bassin oblique ovalaire avec absence d'une aile du sacrum et synostose sacro-iliaque du même côté.*

Du traitement des hémorrhagies post partum. — *Dührssen* (de Berlin) insiste sur la fréquence de ces hémorrhagies qui, d'après les statistiques, causeraient en Prusse la mort d'une femme au moins par jour. Il s'appuie sur cette statistique pour vanter les avantages de la méthode qu'il a récemment préconisée : le *tamponnement intra-utérin.* Il le veut hâtif et pense qu'il agit en excitant les contractions utérines et par compression. Ses conclusions s'appuient sur cinquante-sept cas avec un seul insuccès. Ce traitement serait applicable, en tant que tamponnement utéro-abdominal, à l'opération césarienne et aux ruptures utérines.

Repoussé par *Olshausen*, par *Veit* et par *Battlehner*, le tamponnement intra-utérin est défendu par *Dohrn*, qui s'en est bien trouvé dans cinq cas dont une opération césarienne.

— *Schatz* s'occupe *de la provocation et de la régularisation des contractions utérines par le seigle ergoté.* Il assure que : 1° les contractions provoquées par le seigle ergoté ont le caractère des contractions normales et nullement tétaniques; 2° le seigle ergoté augmente non l'intensité, mais la fréquence des contractions. Le seigle commence à agir un quart d'heure après son administration et agit au maximum une demi-heure après. Il ne faut l'administrer que d'heure en heure et n'en confier l'emploi qu'à une personne avisée et compétente.

H. V.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

Rôle et mécanisme de la lésion locale dans les maladies infectieuses, par M. *Ch. Bouchard.*

J'ai fait remarquer depuis longtemps que, dans les maladies infectieuses, d'une façon générale, plus l'aptitude morbide est grande, moins il y a de lésion locale; mais j'ai eu soin d'ajouter : la lésion locale renforce l'immunité et diminue la gravité de la maladie générale. Les deux formules ne se confondent pas, l'une n'est pas implicitement contenue dans l'autre. J'emprunte aux faits anciens et aux faits récents de la pathologie des exemples de ces deux lois.

L'homme est plus réfractaire au charbon que le lapin; l'inoculation de la bactéridie charbonneuse produit chez l'homme la pustule maligne, lésion locale qui se généralise exceptionnellement; le même microbe inoculé au lapin produit l'infection générale d'emblée, ou du moins précédée d'une lésion locale peu marquée et souvent imperceptible. M. Charrin a fait voir que le cobaye est plus réfractaire que le lapin à la maladie pyocyanique; or il a établi que l'inoculation sous-cutanée du bacille pyocyanique, qui produit chez le lapin l'infection générale sans lésion locale notable, provoque habituellement chez le cobaye une gomme limitée au point d'insertion, gomme qui s'ulcère, subit la nécrose moléculaire, s'élimine et se cicatrise lentement, sans que, dans la grande majorité des cas, il survienne une infection générale.

La résistance normale d'une espèce animale, l'immunité naturelle, comme on dit, favorise donc le développement d'une lésion locale. Une immunité absolue empêche complètement le développement de l'infection générale et de la lésion locale. Une absence totale d'immunité provoque l'infection générale, souvent sans lésion locale. Une immunité relative *impose* habituellement la production d'une lésion locale qui, d'ordinaire, n'est pas suivie d'infection générale.

D'autre part, l'apparition d'une lésion locale au lieu d'inoculation produit ou renforce l'immunité et diminue ainsi la gravité de l'infection générale. On sait depuis longtemps que la variole inoculée donne, quelques jours après l'évolution des pustules primaires, une infection générale sensiblement moins grave que la variole ordinaire, dans laquelle l'infection générale succède à un arrêt passager du contage dans le poumon, infiniment moins grave que la variole fœtale, où l'infection générale se fait d'emblée par le sang. J'en pourrais dire autant de la syphilis acquise, comparée à la syphilis congénitale. Je pourrais surtout invoquer l'exemple d'un bon nombre de maladies infectieuses expérimentales.

Si la lésion locale produit une immunité relative, on pourrait supposer que, dans les faits de la première catégorie, où je disais que l'immunité relative provoquait l'apparition de la lésion locale, je faisais une erreur d'appréciation; on pourrait dire que, si ces animaux semblent être réfractaires, c'est parce qu'ils sont capables de faire une lésion locale et que cette lésion locale, circonscrivant la maladie, l'empêche de devenir générale. Je désire soumettre à l'Académie le résumé d'expériences qui démontrent, je crois, que cette interprétation serait erronée. J'ai dit que l'inoculation sous-cutanée du bacille pyocyanique provoque, chez le cobaye, au point d'inoculation, une tumeur volumineuse qui s'ulcère et s'élimine lentement, et que rien de semblable ne se produit chez le lapin. J'ai attribué cette différence à la résistance plus grande du cobaye, à son immunité naturelle. Je prouve que, si l'on confère, au préalable, au lapin l'immunité acquise, on peut, en l'inoculant ensuite sous la peau, déterminer chez lui la même lésion locale que chez le cobaye.

M. Charrin a montré qu'on vaccine le lapin, à des degrés divers, soit en lui injectant successivement sous la peau de petites doses de culture du bacille pyocyanique, soit en introduisant successivement dans ses veines de très petites doses de cette même culture, soit en lui injectant sous la peau ou dans les veines la culture débarrassée de tout microbe par la chaleur ou par le filtre. J'ai établi que la même vaccination peut être obtenue par l'injection sous-cutanée ou intraveineuse des urines stérilisées fournies par d'autres animaux atteints de la maladie pyocyanique. Si, à ces animaux ainsi préparés, on injecte dans les veines une quantité de culture virulente qui tue en vingt-quatre heures un lapin neuf, on observe, suivant qu'on a poussé plus ou moins loin la vaccination, que cette inoculation ne provoque aucun accident morbide, ou détermine seulement une maladie chronique qui peut guérir. Que l'on injecte sous la peau, à ces lapins réfractaires, une dose de culture virulente qui ne produit pas de lésion locale chez un lapin neuf, et l'on verra se développer chez les vaccinés, au point d'inoculation, une tumeur qui s'ulcérera, s'éliminera lentement et n'arrivera à se cicatriser qu'au bout de plusieurs semaines, comparable à la gomme pyocyanique du cobaye non vacciné.

Dans ces cas, ce n'est pas la lésion locale qui a produit l'immunité; l'immunité préexistait et c'est parce que l'animal possédait l'immunité que la lésion locale s'est développée.

Dans cette appréciation des causes de production de la lésion locale, il est certain qu'il n'y a pas seulement à tenir compte des variations de l'immunité; il faut compter aussi avec les

variations de la virulence de l'agent pathogène, et même avec le nombre des microbes. Plus grands sont la virulence ou le nombre des microbes, plus grandes aussi sont les chances d'infection de l'économie. D'une façon générale, si l'immunité est nulle ou si la virulence est excessive, la lésion locale peut faire défaut, l'infection est d'emblée générale; si l'immunité est absolue ou si la virulence est nulle, la lésion locale peut faire défaut, mais l'infection générale manque également; si l'immunité est relative ou si la virulence est modérée, il y a grande chance pour qu'il se produise une lésion locale et, dans le cas où cette lésion locale sera effectuée, l'infection générale sera épargnée; elle apparaîtra, au contraire, s'il n'y a pas eu lésion locale.

Mes expériences m'ont permis d'étudier le mécanisme de la production de la lésion locale et de la protection qu'elle exerce sur le reste de l'organisme. Ces expériences, faites avec le concours de M. Charrin, ont été pratiquées avec le bacille pyocyanique; elles m'ont donné des résultats conformes, pour les points importants, à ceux qu'avait obtenus M. Metchnikoff à l'aide d'autres microbes.

A deux séries de lapins, les uns sains, les autres vaccinés depuis des époques variables et même depuis près de deux mois, on injecte sous la peau, au même instant, la même quantité de la même culture de bacille pyocyanique; chez quelques-uns, on insère en même temps, au lieu de l'inoculation, les cellules capillaires de Hesse, préalablement stérilisées et communiquant librement par une fente avec le tissu cellulaire. A des intervalles réguliers, on prélève, chez des animaux des deux séries, un peu du liquide qui infiltre le foyer de l'injection où l'on extrait les cellules de Hesse.

On reconnaît par l'examen des liquides que le gonflement de la partie injectée, incomparablement plus prononcé chez les lapins vaccinés que chez les lapins sains, correspond à une accumulation de leucocytes qui se produit dans les deux séries d'animaux, mais qui est très peu marquée chez les lapins sains, très accusée au contraire chez les vaccinés; et chez eux la diapédèse va en augmentant graduellement, tandis qu'elle reste bientôt stationnaire chez les lapins sains. Je demeure au-dessous de la vérité en disant que, dès la fin de la quatrième heure, la proportion des leucocytes, si elle est 1 chez les non-vaccinés, est 100 chez les vaccinés.

La différence entre les deux séries d'animaux, très accusée au point de vue de la diapédèse, ne l'est pas moins au point de vue du phagocytisme. Chez les non-vaccinés, il est exceptionnel de rencontrer des bacilles dans l'intérieur des leucocytes; chez les vaccinés, à partir de la quatrième heure, on rencontre déjà des bacilles dans les cellules migratrices. Au bout de six heures et demie, presque tous les leucocytes en contiennent; les bacilles inclus sont alors très nets avec tous leurs caractères, plus ou moins nombreux dans chaque cellule : j'ai pu compter jusqu'à trente bacilles dans un leucocyte. Je ne crois pas que le phagocytisme se présente d'une façon plus nette dans aucune autre maladie. Peu à peu, les bacilles inclus dans les cellules s'altèrent, se déforment, se fragmentent, se résolvent en granulations. Seize heures après l'inoculation, ces modifications sont presque complètement effectuées ; au bout de vingt-deux heures, on découvre difficilement un bacille intracellulaire encore reconnaissable: la digestion est effectuée.

Le nombre des bacilles libres présente des différences remarquables, suivant qu'on l'apprécie chez les animaux sains ou chez les animaux vaccinés. Le nombre, qui, au moment de l'inoculation, est le même dans les deux séries d'animaux, augmente graduellement chez les non-vaccinés : il semble rester stationnaire chez les vaccinés et, à partir de la quatrième heure, il décroît rapidement. Au bout de six heures et demie, tandis qu'ils fourmillent dans la sérosité des non-vaccinés, on peut n'en trouver que quatre ou cinq dans le champ du microscope, quand on examine la sérosité des vaccinés. Chez ces derniers, après vingt-deux heures et demie, sur quatre préparations, je n'ai réussi à découvrir que deux bacilles libres. J'insiste sur ce fait que, à la fin de la quatrième heure, alors que le phagocytisme commence seulement à se manifester, la différence est déjà colossale. Cela me donne à penser que, chez les animaux réfractaires, avant toute intervention cellulaire, le microbe trouve des conditions défavorables à sa multiplication, qui n'existent pas chez les animaux non réfractaires. J'ignore si cette importance défavorable prépare ou rend possible le phagocytisme. En tout cas, les bacilles ne sont pas tués avant le phagocytisme. Ils restent également mobiles chez les animaux sains et chez les animaux vaccinés.

Ces expériences me portent à admettre que, dans les maladies infectieuses, dans la maladie pyocyanique au moins, l'animal peut triompher de l'agent pathogène, à la condition d'avoir au préalable une certaine puissance de résistance; que cette résistance, immunité relative, naturelle ou acquise, agit par des procédés multiples ou résulte d'actes divers :

1° Chez l'animal qui a l'immunité relative, les humeurs constituent un milieu moins favorable à la prolifération du microbe;

2° Chez cet animal, la diapédèse des leucocytes s'opère dans la zone primitivement envahie avec une intensité beaucoup plus grande, au point de constituer une tumeur primaire, une lésion locale;

3° Chez cet animal enfin, les leucocytes exsudés possèdent à un haut degré la puissance phagocytique, qui est presque nulle chez l'animal non réfractaire ; et par ce procédé la lésion locale arrive à détruire sur place les microbes;

4° Ajoutons que, pendant la courte durée de leur vie au sein de la lésion locale, les microbes ont continué à sécréter les matières solubles vaccinantes qui, résorbées, agissent sur l'économie tout entière et augmentent encore sa résistance.

Action du sérum des animaux malades ou vaccinés sur les microbes pathogènes, par MM. *Charrin* et *Roger*. — Il est démontré par une série de travaux déjà nombreux que le sérum sanguin est un milieu peu favorable au développement des microbes. Reprenant cette question dans son ensemble et étudiant le développement des microbes pathogènes dans le sérum provenant d'animaux normaux, malades ou vaccinés, les auteurs, en se servant du bacille pyocyanique, ont établi que chez les animaux atteints de la maladie pyocyanique et agonisants le sérum sanguin ensemencé avec $0^{cc},02$ d'une culture de bacille pyocyanique, se troublait infiniment moins que le sérum d'un animal sain ; que, chez les animaux vaccinés à l'aide d'inoculations de petites doses de culture vivante et de moyenne virulence, le sérum s'opposait encore, mais un peu moins que celui des animaux atteints de la maladie aiguë, au développement du bacille pyocyanique; en résumé, que le pouvoir parasiticide du sérum pour un microbe augmente chez les animaux malades ou vaccinés. D'autres humeurs (humeur aqueuse) donnent les mêmes résultats.

« Quelle que soit l'importance du pouvoir microbicide du sérum, disent en terminant MM. *Charrin* et *Roger*, nous ne voulons nullement prétendre qu'il s'agisse là d'une propriété capable, à elle seule, d'expliquer la résistance aux infections; nous croyons que l'immunité est une résultante de conditions multiples, et nous n'avons pas l'intention de mettre en doute le rôle de la phagocytose. »

Contribution a l'étude séméiologique et pathogénique de la rage, par M. *G. Ferré*. — L'auteur, étudiant de nouveau les accidents respiratoires observés chez le lapin inoculé par trépanation, et recherchant si l'accélération de la respiration devait être attribuée à l'envahissement des centres par le virus ou bien à l'augmentation de la température, est arrivé aux conclusions suivantes :

« 1° Que les phénomènes indiqués dans notre première série de recherches se reproduisent dans le même ordre, mais avec une légère avance, pour l'emploi de virus plus virulents ;

« 2° Que l'avance constatée pour ces symptômes concorde avec une avance dans la virulence des centres respiratoires;

« 3° Que l'apparition de ces symptômes ne peut pas être attribuée à l'élévation thermique, puisque le maximum absolu de température se produit à une époque plus reculée ;

« 4° Que l'hypothèse émise par nous au sujet de la cause de ces troubles, hypothèse les attribuant à l'envahissement des centres respiratoires par le virus, reçoit une plus ample justification du fait de cette nouvelle série de recherches. »

Statistique des inoculations préventives contre la

FIÈVRE JAUNE, par le docteur *Domingos Freire*. — L'épidémie de fièvre jaune qui s'est développée à Rio en 1888-1889 et qui s'est propagée à plusieurs endroits de l'intérieur du Brésil a servi à démontrer, pour la quatrième fois, la valeur des inoculations au moyen du microbe atténué de cette maladie.

Le maximum de l'épidémie a été entre les mois de décembre et mars, les premiers cas sporadiques ayant eu lieu vers le mois de mai 1888 et les derniers cas en juin 1889.

Le taux pour 100 de la mortalité des vaccinés a été de 0,78. A Santos, à Rezende, à Serraria et à Cataguazes, l'immunité a été absolue.

Résumé général. — Il a été vacciné, de 1883 à 1889, 10524 personnes, avec une mortalité de 0,4 pour 100 :

Vaccinations pratiquées en		1883-1884.....	418
»	»	1884-1885.....	3051
»	»	1885-1886.....	3473
»	»	1888-1889.....	3582
		Total..................	10524

La mortalité par fièvre jaune parmi les *non-vaccinés*, pendant les quatre épidémies mentionnées plus haut, a dépassé 6500.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

M. le docteur *Levi* envoie un mémoire sur l'*ostéopériostite externe primitive de l'apophyse mastoïde et la suppuration primitive des cellules mastoïdiennes*.

M. *Ernest Besnier* présente, au nom de MM. les docteurs *H. Leloir* et *A. Tavernier* (de Lille), une *Note sur l'anatomie pathologique et la nature de la lésion élémentaire de l'affection désignée sous le nom de prurigo de Hebra*.

M. *Jaccoud* dépose une observation de *localisation cérébrale*, de la part de M. le docteur *Chavernac* (d'Aix-en-Provence).

M. *François-Franck* présente : 1° l'ouvrage de M. *Marey* sur *le vol des oiseaux*; 2° un ouvrage de M. *Beaunis* sur *les sensations internes* et fait hommage de quatre mémoires sur des sujets de physiologie.

M. *Trasbot* dépose une Note de M. le docteur *Peyraud* (de Libourne) sur *la physiologie expérimentale de la rage*.

M. *Marc Sée* présente une brochure de M. le docteur *E. Duval*, intitulée : *Post-scriptum scientifique, moral et philosophique des publications relatives à la dernière maladie de l'empereur Frédéric III*.

M. *Fournier* dépose un *Manuel de diagnostic médical et d'exploration clinique*, par M. le docteur *Spillmann* (de Nancy).

M. *Guéniot* présente le *Manuel de gynécologie opératoire* de M. le docteur *Hofmeier* (de Wurzbourg), traduit par M. le docteur *Lauwers* (de Courtrai).

AÉRATION. — Dans un mémoire sur l'aération permanente par la fenêtre entr'ouverte, M. le docteur *Nicaise*, candidat dans la section de médecine opératoire, rapporte les observations qu'il a faites à Nice pendant six mois d'hiver sur les écarts de température entre l'atmosphère extérieure et l'air d'une chambre constamment ouverte pendant la nuit; la différence entre les deux températures minima a varié entre 2 et 14. L'expérience ainsi faite et les constatations opérées dans ces conditions ont montré qu'on peut sans aucun danger laisser la fenêtre entr'ouverte pendant l'hiver sur le littoral méditerranéen ; on peut étendre cette conclusion à d'autres climats, à condition que la température de la chambre ne descende pas au-dessous de + 8 degrés ou + 10 degrés; alors il faudrait chauffer. D'ailleurs ce que l'on cherche, c'est le renouvellement de l'air et non pas de faire respirer de l'air froid.

PATHOGÉNIE DE LA FIÈVRE. — Le travail lu à la séance du 12 mars dernier par M. le docteur *Roussy* avait pour but d'établir que certaines diastases ou zymases (ferments solubles), notamment l'invertine, jouiraient de la remarquable propriété de provoquer des accès fébriles et une élévation marquée de la température lorsqu'elles sont introduites dans le sang. M. *Schutzenberger* déclare, dans un rapport spécial, que la Commission désignée à cet effet par l'Académie a reconnu la parfaite exactitude de cette découverte. Toutefois, au point de vue chimique, il croit devoir faire observer que l'invertine pyrétogène est un corps amorphe, fixe et infusible, et qu'elle est privée par conséquent de tous les caractères que l'on peut invoquer pour établir la pureté chimique d'un corps et décider si l'on a ou non un principe immédiat unique ou un mélange de deux ou plusieurs principes.

MASSAGE OCULAIRE. — M. *Javal* loue beaucoup M. le docteur *Costomyris* d'avoir, dans un mémoire lu à l'Académie le 10 septembre dernier, insisté sur les avantages du massage oculaire et surtout du massage direct de la conjonctive et de la cornée. Quand ce travail aurait eu pour seule utilité de faire renoncer à cette pratique barbare d'empêcher bien des malades de trouver un soulagement en suivant le mouvement instinctif qui les porte à se frotter les yeux, il n'en faudrait pas davantage, déclare M. Javal, pour payer l'auteur de ses peines. En outre, M. le docteur Costomyris, qui étudie avec passion les anciens médecins grecs, a établi combien Hippocrate était favorable a cette pratique.

PRIX. — Des rapports sur les concours de prix en 1889 sont lus: par M. *Budin*, pour le prix Capuron; par M. *Lannelongue*, pour le prix Godard; par M. *Nocard*, pour le prix Barbier, et par M. *Trélat*, pour le prix Laborie.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. LE DENTU.

Extirpation du rectum : M. Terrier. — Tétanos des nouveau-nés : M. Lope (de Marseille) (M. Richelot, rapporteur; discussion : M. Després). — Trépanation de l'os iliaque pour évacuer les abcès pelviens : M. Terrillon (Discussion : MM. Kirmisson, Bouilly, Després, Le Dentu). — Restauration de l'urèthre chez la femme : M. Polaillon.

M. *Terrier* approuve complètement la conduite de M. Routier, qu'il félicite de son succès. Mais il pense qu'on peut arriver presque aussi haut et conserver le sphincter sans toucher au sacrum, en ne réséquant que le coccyx, et même seulement une partie du coccyx. En 1888 il a opéré de la sorte un malade dont l'observation a été publiée en 1889 par M. Baudouin (*Progrès médical*). Sur un homme atteint de cancer annulaire situé à bout de doigt, il a fait d'abord une rectotomie postérieure, a sectionné circulairement l'intestin au-dessous du néoplasme, a attiré en bas le bout supérieur après avoir disséqué la tumeur et ouvert largement le péritoine; suture circulaire et suture de la rectotomie; drainage postérieur; réunion immédiate. Même opération sur une femme chez laquelle la dissection fut très pénible, car il y avait des ganglions dégénérés dans le mésorectum; le néoplasme, vieux déjà de trois ans, causait des souffrances atroces. Plutôt que de faire la colotomie, M. Terrier agit comme dans le cas précédent; il y eut un peu de suppuration latérale, mais l'intestin se réunit. Chez ces deux malades le sphincter fonctionne parfaitement bien.

— M. *Richelot* rapporte une observation de M. *Lope* (de Marseille), prouvant la *nature infectieuse du tétanos des nouveau-nés*. L'enfant habitait près d'une écurie régimentaire : les inoculations avec la terre de ces écuries et les poussières du pansage furent négatives, mais la mère avait, avant d'accoucher, lavé dans une mare voisine les linges destinés à son futur enfant; la vase de cette mare fut tétanigène; rien par l'eau ni par la terre avoisinante.

M. Lope confirme donc l'hypothèse de l'origine tellurique et, avec Beumer, il admet, malgré Parrot, que le tétanos des nouveau-nés est identique à celui de l'adulte.

M. *Desprès* proteste contre ces travaux « dans le goût du jour » qui négligent les enseignements de la médecine séculaire sur le tétanos *a frigore*.

— M. *Terrillon* fait une communication sur la *trépanation de l'os iliaque* pour évacuer les collections purulentes du bassin. Après avoir rappelé que plusieurs auteurs ont conseillé d'échancrer la crête iliaque pour permettre un libre drainage, M. Terrillon dit qu'il a cherché à agir d'une manière analogue pour les abcès qui descendent au-dessous du détroit supérieur. Pour ceux-là, en effet, il est assez fréquent que les débridements classiques ne puissent pas suffire à tarir une suppuration entretenue par un bas-fond, inaccessible, où stagnent les sécrétions. Deux fois M. Terrillon a eu à traiter des sujets qui portaient ainsi des fistules inguinales interminables, dont l'une était probablement d'origine osseuse. Il a mis l'os iliaque à nu en arrière du grand trochanter, l'a perforé, est arrivé au-dessous du détroit supérieur, a drainé la poche par son point le plus déclive et les malades ont guéri.

M. *Kirmisson* conteste qu'avec les points de repère donnés par M. Terrillon on arrive au-dessous du détroit supérieur. Il déclare d'ailleurs que cette trépanation est une excellente opération et il vient d'obtenir par elle une amélioration remarquable pour un abcès pelvien de coxalgie. Il rappelle à ce sujet un travail récent de Rinne (de Greifswald).

M. *Bouilly* a réséqué un large fragment de l'os coxal pour examiner une collection stagnante; l'observation a été publiée par Petitot (thèse, 1883). Il insiste sur la différence de pronostic des abcès iliaques selon leur nature : non tuberculeux ils guérissent aisément, et si on opère de bonne heure la trépanation est en général inutile; tuberculeux, ils sont rebelles à peu près à toutes les thérapeutiques.

M. *Desprès* a trépané l'os iliaque en 1878 à un blessé de 1870 auquel, en 1874, M. Le Dentu avait extrait une balle et qui ensuite avait eu une récidive, après une longue période de cicatrisation. Mais cette opération n'est pas neuve : elle est indiquée par Ledran.

M. *Terrillon* dit qu'il a trépané dans un point où l'opération n'est pas classique et il maintient, contre M. Kirmisson, que le trou aboutit au-dessous du détroit supérieur.

— M. *Polaillon* fait connaître deux procédés pour *restaurer l'urèthre chez la femme :* 1° fistule rebelle à toute une série d'interventions. M. Polaillon, à l'aide de deux incisions transversales, a mobilisé un pont de muqueuse sur la paroi supérieure de l'urèthre, juste au-dessus de la fistule. Ce pont ayant été abaissé et suturé aux bords avivés de la fistule, sa muqueuse faisait dès lors partie de la paroi vaginale et au-dessus de lui, entre lui et les tissus d'où on venait de le séparer par dissection, il existait un canal qui se cicatrisa autour d'une sonde à demeure; 2° absence congénitale de toute la paroi inférieure. Restauration en suturant sur la ligne médiane la lame interne des petites lèvres dédoublées.

— M. *Routier* présente un malade qu'il a opéré avec succès pour une *ankyloglosse* acquise.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de médecine opératoire de Malgaigne, neuvième édition, par M. Léon Le Fort. Seconde partie : *Opérations spéciales*. — F. Alcan, 1889.

Le second volume du *Manuel de médecine opératoire de Malgaigne et Le Fort* a paru depuis plusieurs mois déjà, et nous sommes bien en retard avec lui. Heureusement que ce livre excellent n'en est plus à compter avec la publicité; il est connu et apprécié de trente générations de praticiens; les éditions se succèdent sans relâche, et c'est de la neuvième— tout simplement — que nous avons à parler aujourd'hui. Nous pourrions nous contenter de dire qu'elle se recommande par les mêmes qualités que les précédentes : on y retrouve la même clarté, la même richesse d'informations, une critique savante et originale comme on est en droit de l'attendre des deux signataires de ce livre scrupuleusement tenu au courant de la science. Et ce n'est pas un médiocre travail en ce temps où la thérapeutique chirurgicale se renouvelle et se développe avec une rapidité prodigieuse.

Aussi bien ne dirons-nous qu'un mot des préfaces qui accompagnent le premier et le second volume, et dont le bruit n'est pas encore éteint. Au début du premier volume, M. Le Fort refait l'histoire de l'antisepsie chirurgicale, mais avec des documents qui, pour n'être pas nouveaux, ont été fort peu utilisés jusqu'à ce jour et même presque méconnus. Sans diminuer en rien la gloire inattaquée de Lister, M. Le Fort prouve que ses travaux, à lui, sur les maternités et ses statistiques sur les grandes opérations dans les hôpitaux avaient non seulement posé les termes du problème, mais en avaient fourni la juste théorie et même la solution pratique.

Cette préface nous semble un chef-d'œuvre, et, si l'on peut on doit faire de légères réserves sur quelques appréciations et sur quelques points de doctrine, nous estimons que l'auteur a raison lorsqu'il revendique pour lui d'avoir devancé les apôtres de l'antisepsie. N'a t-il pas, le premier, montré le véritable mécanisme de l'infection : elle n'a point pour cause « les poussières de l'air », mais bien les instruments et les mains de l'opérateur; et cela est si vrai qu'on a pu dire, sans trop d'exagération, que toute « l'antisepsie tenait désormais dans la brosse et la lime à ongles ». Depuis qu'on sait se laver les mains, stériliser les instruments, asepsier le champ opératoire, on a supprimé la suppuration et toutes les complications des plaies, et la Marmite de Championnière ne nous sert plus à purifier l'atmosphère, mais simplement à pratiquer la pulvérisation sur les anthrax et les plaies enflammées.

La préface du deuxième volume a retenti presque à l'égal d'un scandale; on a peu écrit sur elle, mais on en a beaucoup parlé entre soi et dans les couloirs des Sociétés savantes : elle touche à des questions fort délicates; elle dévoile des plaies secrètes, sur lesquelles M. Le Fort a posé la main rudement. A-t-il eu raison, a-t-il eu tort? On discutera longtemps sur ce point sans s'entendre, et ceux qui veulent qu'à l'exemple du pieux fils de Noé nous jetions un manteau sur la nudité du père pris de vin ne manquent pas d'arguments de valeur. Du reste, la question soulevée par M. Le Fort est double; elle a trait d'abord au vertige opératoire qui s'est emparé d'une partie de notre génération chirurgicale intervenant au hasard du couteau sans indication thérapeutique précise et sans diagnostic rigoureux.

Le reproche est quelquefois mérité, et, pour notre part, nous avons lu avec satisfaction les pages éloquentes de M. Le Fort; mais, peu de jours après, nous entendions, à la Charité, une clinique remarquable où la préface qui nous occupe était discutée, et, en somme, critiquée par des

raisons valables. N'est-ce pas dire que le problème a deux côtés, qu'il y a le pour et le contre, qu'on ne peut rien condamner en bloc, qu'il faut, hélas! faire de la casuistique, et que, si M. Le Fort nous paraît dire vrai lorsqu'il attaque la « tendance », il a peut-être tort pour certains exemples qu'il nous cite et que relevait son contradicteur.

La seconde question — étroitement et malheureusement liée avec la première, comme le montre M. Le Fort — s'occupe de certaines pratiques malhonnêtes qui ont menacé d'entacher notre vieille devise de la Société de chirurgie : « ... Moralité dans l'art. » L'auteur ne craint pas de mettre les points sur les *i* et de lever tous les voiles. On s'est encore écrié : A-t-il raison? Doit-on le dire? Et le pour et le contre ont été soutenus avec une égale vivacité. Pour nous, nous répéterons, à propos de la préface de M. Le Fort, ce que nous avons dit sur le « scandaleux » discours de Grenoble : il n'est peut-être pas mauvais, pour soulager un peu la conscience publique, qu'à de longs intervalles, un homme probe, d'une honnêteté scrupuleuse, d'une droiture professionnelle inflexible, vienne rappeler aux vendeurs qu'ils ne sont pas chez eux dans le temple.

Traité élémentaire des maladies des voies urinaires, préface du professeur GUYON, par M. E. DESNOS. — Octave Doin, 1890.

Nous ne saurions trop recommander la lecture de ce Manuel; il est sobre, précis, clair, pratique. D'ailleurs, il ne pouvait être qu'excellent; n'est-il pas un résumé de l'enseignement de l'École de Necker, certainement le lieu du monde où les questions relatives aux maladies des voies urinaires sont étudiées avec le plus de sagacité.

TRAITÉ DE DENTISTERIE OPÉRATOIRE, par M. E. ANDRIEU, docteur en médecine de la Faculté de Paris, président de l'Institut odontotechnique de France, etc., avec 400 figures intercalées dans le texte. — Paris, O. Doin, 1889.

Ce traité est consacré presque tout entier à la description des appareils et instruments qui constituent l'arsenal du dentiste et à l'étude des matériaux et procédés qui permettent d'obturer les cavités de carie. C'est un traité de technique, et quelques pages seulement résument les points principaux de pathologie et d'anatomie dont la connaissance est indispensable avant d'aborder la paroi purement pratique du métier.

Si nous nous plaçons au point de vue plutôt chirurgical, nous signalerons la fin de ce volume, les 5e, 6e et 7e parties. Là en effet le chirurgien trouvera des préceptes utiles sur le traitement des complications de la carie pénétrante; sur l'extraction des dents et ses accidents; sur l'ablation des epulis, sur la greffe dentaire et sur la névrotomie auriculo-temporale.

C'est donc un livre destiné exclusivement à l'instruction pratique du lecteur et il est indiscutable que, comme le pense l'auteur, ce traité comble une lacune dans la littérature médicale française.

A. B.

VARIÉTÉS

Le droit de réquisition en matière médico-légale ; affaire de Rodez.

Le médecin est-il tenu d'obéir aux réquisitions de la justice? Le mandat qu'il tient de la confiance du magistrat lui est-il offert ou imposé? C'est dans ces termes que notre vénéré maître, M. Tourdes (*Dictionnaire encycl.*, art. RÉQUISITION, p. 423), pose la question qui vient de soulever dans la presse médicale de si vives controverses. Avant d'examiner les circonstances particulières du fait qui a motivé la condamnation de nos confrères de Rodez, il nous paraît nécessaire de préciser, comme l'a fait en termes si convaincants le savant médecin légiste, quelle est à ce point de vue la jurisprudence de la Cour de cassation, et quel doit être le devoir de tous les médecins.

La profession médicale est indépendante. « Le médecin, dit M. Paul Andral, peut refuser de prêter son ministère, lorsqu'il en est sollicité, et son refus péremptoire n'a pas besoin d'être justifié par des motifs graves et légitimes... Ne peut-il se faire qu'un praticien consciencieux, scrupuleux peut-être, se défiant de sa capacité et de ses aptitudes, refuse d'assumer la responsabilité d'un examen difficile ou d'une opération délicate? Qui oserait l'en blâmer et à plus forte raison l'en punir, surtout si l'on songe à la responsabilité que certains arrêts feraient peser contre lui ? Au reste, la doctrine et la jurisprudence sont d'accord à cet égard. L'exercice de la médecine est, en général, purement volontaire. »

Nous avons cru utile de reproduire ce passage pour l'opposer à diverses consultations fournies au sujet de l'affaire de Rodez par d'éminents avocats, dont ne nous contestons nullement l'autorité, mais dont nous ne pouvons partager l'opinion. La profession médicale, disent-ils, comme la profession d'avocat, comme toutes les professions libérales, doit engager, obliger même celui qui l'exerce à prêter à la justice le concours le plus désintéressé. De même que l'avocat, sur la désignation du bâtonnier de l'ordre, doit prêter le secours de sa parole à un criminel insolvable, de même le médecin doit être à la disposition de l'autorité judiciaire pour la constatation des crimes et délits. Ceux qui soutiennent cette thèse oublient la différence capitale qui sépare les deux professions. L'avocat, désigné d'office, a tout le temps d'étudier à loisir le dossier qui lui sera confié. Il sait d'avance quel jour il sera appelé à plaider et peut dès lors prendre ses dispositions en conséquence; il n'est pas, comme le médecin, dérangé d'urgence pour des visites lointaines et fatigantes. Plaider est sa fonction. Une plaidoirie retentissante dans une affaire criminelle grave aide à sa renommée et rehausse moralement et matériellement sa situation professionnelle. En outre, de par l'organisation judiciaire à laquelle leur ordre est intimement lié, les membres du barreau ne peuvent se soustraire au devoir d'aider la justice.

Le médecin, au contraire, peut se trouver surpris, au moment où il s'y attend le moins, par une réquisition qui l'obligerait, s'il y répondait, à sacrifier les intérêts professionnels dont il a la charge et qui méritent au plus haut degré sa sollicitude. Son rôle essentiel et principal n'est-il pas de soigner des malades et non de procéder à une exhumation ou d'assister un magistrat pour la levée d'un cadavre et de s'exposer, qu'il commette ou non une erreur toujours involontaire, aux critiques souvent passionnées du ministère public ou de la défense? Les services qu'il rend à la justice, loin de rehausser son renom ou d'aider à sa fortune, sont donc le plus souvent aussi onéreux que pénibles. Enfin un médecin, par cela seul qu'il a été admis à ses examens de doctorat, n'est point apte à tous les services qu'un magistrat peut lui demander, alors surtout qu'il s'agit d'un mandat d'expertise. Aujourd'hui que la médecine légale a progressé comme toutes les branches de l'art médical, il faut, pour pouvoir remplir dignement les fonctions de médecin expert, une série de connaissances que donnent seules une expérience suffisamment longue et des études spéciales.

Concluons donc, avec Dechambre, que les grands mots de dévouement à la chose publique, d'abnégation et de charité ne sont pas de mise quand il s'agit d'une réquisition médico-légale. Le médecin fait acte de charité et d'abnégation quand il soigne gratuitement les malades pauvres qui s'adressent à lui ; il sait concilier ses devoirs d'homme de

cœur avec ses intérêts professionnels lorsque, dans les hôpitaux ou les bureaux de bienfaisance, il consacre tant de temps et de soins au traitement des malades qui lui sont confiés. Mais ce n'est ni dans l'Évangile ni dans les épîtres aux Corinthiens qu'il doit chercher la solution de la question qui se discute aujourd'hui, c'est uniquement dans le *Bulletin des lois* et dans les arrêts des cours et tribunaux. Voyons donc à ce point de vue ce que dit la loi.

« La jurisprudence, dit M. Tourdes, admet un certain nombre de cas exceptionnels dans lesquels le médecin doit obéir à la réquisition : *Salus populi suprema lex esto*. La justice ne peut rester entravée. C'est une espèce d'expropriation pour cause d'utilité publique, à la condition d'une indemnité suffisante et d'un emploi utile des services demandés. » Or, quelles sont les circonstances exceptionnelles qui nécessitent d'urgence le concours du médecin légiste? Ce sont (Code pénal, art. 425) : le *flagrant délit*, l'*accident*, l'*exécution judiciaire*.

Nous n'avons pas à discuter ici ce qui a trait aux accidents graves ou à l'exécution judiciaire. Le cas spécial qui motive cet article n'a trait qu'au fait que la loi désigne sous le nom de *flagrant délit*. Or, à ce point de vue spécial, la jurisprudence française — un jugement de la Cour de cassation de Belgique (4 juillet 1840) affirme le contraire — paraît constante pour appliquer aux médecins l'article 475 du Code pénal, qui punit d'une amende de 6 à 10 francs « ceux qui, *le pouvant*, auront négligé de faire les travaux, le service ou de prêter le secours dont ils auront été requis dans les circonstances d'accidents, tumultes, naufrages, inondations, incendie et autres calamités, ainsi que dans le cas de brigandages, pillages, *flagrant délit*, clameur publique ou exécution judiciaire ».

Mais, que faut-il entendre par *flagrant délit?* C'est, dit la loi, le délit qui se commet actuellement ou qui vient de se commettre. Si l'on s'en tenait à cette définition, on devrait admettre que, lorsqu'il s'agit d'un crime commis depuis plusieurs jours et sur lequel une information est ouverte par un juge d'instruction, lorsqu'il n'est question que de l'autopsie d'un cadavre, le flagrant délit n'existe plus. Telle n'est point toutefois la jurisprudence généralement admise. Le refus d'accompagner un maire à une levée de cadavre a été jugé punissable par la Cour de cassation (1836). Il faut une excuse valable pour se refuser à des opérations médicales *urgentes* dont la non-exécution pourrait sembler de nature à compromettre la sûreté publique. Alors que le législateur, en rédigeant l'article 475, a eu certainement en vue, non le concours scientifique et intellectuel que le médecin prête à la justice, mais le concours matériel demandé à tout citoyen dans les cas où il s'agit de sauver un naufragé, un individu près de périr dans un incendie, ou un blessé qui perd tout son sang, d'arrêter un coupable qui prend la fuite, d'aider à l'exécution d'un jugement, en un mot de prêter secours à l'autorité dans un danger immédiat et menaçant, les tribunaux, au contraire, se montrent disposés à condamner tous ceux qui, sans excuse fondée et reconnue valable, refusent leur assistance *en cas d'urgence*. C'est ce que semble prouver le jugement du 4 avril 1860 (Legrand du Saulle, p. 1291), qui, dans des circonstances moins graves, mais analogues à celles qui nous occupent, a condamné trois médecins de Forcalquier.

Avec M. Tourdes, il nous faut donc reconnaître que, le cours de la justice ne pouvant rester entravé, les magistrats peuvent avoir le droit, en cas d'urgence, et *à la condition d'une indemnité suffisante* et d'un emploi utile des services demandés, de requérir le concours des médecins. Et, en fait, les arrêts qui ont été rendus jusqu'à ce jour, aussi bien que les consultations médico-légales provoquées au sujet de l'affaire de Rodez, semblent de nature à affirmer ce droit.

Examinons maintenant quelles sont les causes du conflit qui vient de s'élever entre les magistrats et les médecins de Rodez, et quels sont les considérants du jugement qui a frappé ceux-ci. Depuis assez longtemps, dans toute la région méridionale de la France, à Montpellier aussi bien qu'à Agen ou à Rodez, les médecins ont eu à se plaindre des procédés du parquet. Les lecteurs de la *Gazette hebdomadaire* n'ont pas oublié la protestation indignée de M. le docteur Jaumes, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Montpellier, qui, après avoir exposé en termes très dignes les vexations et les dénis de justice dont il avait souffert, refusa nettement et définitivement de continuer son service de médecin expert.

Il s'agissait alors déjà des réductions d'honoraires opérées par le chef du parquet sur des mémoires présentés par les médecins experts. Ce sont les mêmes difficultés qui se sont reproduites à Rodez et ailleurs. Sans doute les mémoires présentés n'ont pas toujours été conformes aux tarifs qu'impose aux médecins légistes le décret du 18 juin 1811. Mais ce ne sont pas les erreurs commises par les médecins experts qui ont envenimé le conflit. Le plus souvent les réductions ont porté sur le nombre des myriamètres parcourus, le nombre de vacations, etc. De là des discussions pénibles, des observations peu courtoises, et, de la part des médecins, de justes causes de ressentiment. Il serait donc inexact de soutenir, comme on l'a prétendu, que les médecins de Rodez ont refusé de se soumettre à la loi et d'accepter les tarifs qu'elle a fixés. Si, d'accord avec l'unanimité des médecins français, ils réclament une refonte de la législation qui régit actuellement les rapports des experts avec la justice, ils protestent surtout contre les procédés discourtois de la Chancellerie et veulent affirmer leurs droits à l'indépendance professionnelle. A ce point de vue, ils ne peuvent qu'être loués de soutenir et de défendre leur dignité méconnue. Toutefois il paraît évident qu'au point de vue strictement et exclusivement légal ils échoueront comme leurs confrères de Forcalquier, comme tous les médecins qui d'un commun accord se refuseront à un service reconnu d'utilité publique. Une *grève de médecins* — puisque le mot a été mainte fois prononcé, nous pouvons l'employer à notre tour — sera toujours mal jugée par l'opinion publique et sévèrement condamnée par la magistrature. Comme les textes de loi sur lesquels on s'appuie sont peu nets, et par conséquent sujets à controverse, il est bien peu probable que dans la lutte qu'ils ont entreprise, les médecins du Midi arrivent à obtenir de la Cour de cassation un arrêt qui affirme leur indépendance professionnelle. *Salus populi suprema lex*, répondra-t-on toujours aux revendications les plus légitimes. Ce qui nous paraît infiniment plus utile qu'une grève générale, c'est une agitation ayant pour but une réforme complète de l'organisation de la médecine judiciaire en France. Que des émoluments en rapport avec l'importance et la nature des fonctions médico-légales au lieu des allocations dérisoires contre lesquelles on proteste aujourd'hui soient attribuées aux médecins experts choisis par la justice parmi ceux qui ont acquis des connaissances suffisantes, et l'on ne verra plus ni conflits entre l'autorité judiciaire et les médecins qu'elle requiert, ni jugements contestables, aussi bien au point de vue du droit que de la conscience publique.

Concluons donc en conseillant à nos confrères de Rodez de ne point poursuivre, en appel, une cause perdue d'avance puisque, dans l'espèce, il s'agissait bien d'un *flagrant délit;* mais demandons énergiquement, avec eux, la réforme de la législation et exprimons le vœu que les médecins députés et sénateurs obtiennent de leurs collègues de la Chambre et du Sénat le vote d'une nouvelle loi plus juste et dont les articles seront rédigés d'une façon plus explicite.

L. L.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (année scolaire 1889-90, 1er trimestre). *Cours de clinique médicale* (hôpital Necker). — M. le professeur Peter commencera son cours de clinique médicale, à l'hôpital Necker, le mercredi 13 novembre 1889, à dix heures, à l'amphithéâtre de médecine de cet hôpital, et le continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure.

— *Clinique chirurgicale* (hôpital Necker). — M. le professeur Le Fort commencera son cours de clinique chirurgicale le jeudi 14 novembre 1889, à dix heures du matin, et le continuera les mardis et jeudis suivants, à la même heure. — Tous les jours, visite des malades à huit heures et demie.

— *Cours de médecine opératoire.* — M. le professeur Duplay commencera le cours de médecine opératoire le jeudi 14 novembre 1889, à quatre heures de l'après-midi (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Clinique ophthalmologique (Hôtel-Dieu). — M. le professeur Panas commencera le cours de clinique ophthalmologique le lundi 11 novembre 1889, à neuf heures du matin, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Clinique et opérations à dix heures. — Exercices ophthalmoscopiques tous les mercredis.

Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. le professeur Laboulbène commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le samedi 16 novembre 1889, à quatre heures (petit amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Dans les deux premières leçons, le professeur résumera l'histoire de l'anesthésie et de l'antisepsie.

Cours d'anatomie pathologique. — M. le professeur Cornil commencera le cours d'anatomie pathologique le vendredi 15 novembre 1889, à cinq heures de l'après-midi (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure (dans le même amphithéâtre), les mercredis à une heure et demie, dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique. — M. le professeur Cornil fait des autopsies tous les jours (amphithéâtre Bichat, à l'Hôtel-Dieu), et une conférence le jeudi, à dix heures. La première conférence aura lieu le jeudi 14 novembre.

— *Cours de physique médicale.* — M. le professeur Gariel commencera le cours de physique médicale le lundi 11 novembre 1889, à midi (petit amphithéâtre), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Objet du cours: Phénomènes généraux et applications biologiques de l'optique et de l'électricité.

— *Conférences de pathologie interne.* — M. A. Robin, agrégé, commencera ces conférences le vendredi 15 novembre 1889, à quatre heures (petit amphithéâtre), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— *Conférences d'histoire naturelle médicale.* — M. Raphaël Blanchard, agrégé, commencera ces conférences le vendredi 15 novembre 1889, à deux heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

HÔPITAL SAINT-LOUIS (*Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques*). — M. le professeur Alfred Fournier commencera ce cours le vendredi 15 novembre, à neuf heures du matin, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

Ordre du cours: le vendredi, leçons à l'amphithéâtre, à dix heures; le mardi, leçons au lit des malades.

ASILE SAINTE-ANNE. — M. Magnan reprendra, dans l'amphithéâtre de l'admission, ses leçons cliniques le dimanche 17 novembre 1889, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les dimanches et mercredis suivants à la même heure. Les conférences du mercredi seront consacrées à l'étude pratique du diagnostic de la folie. Les leçons auront plus particulièrement pour objet, cette année, l'étude des *folies intermittentes* (simple, périodique, double forme, circulaire, alterne, etc.).

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE DES QUINZE-VINGTS, 13, RUE MOREAU. — Les cours et conférences faits par les médecins de la clinique reprendront le 20 novembre. Les leçons faites pendant l'année scolaire comprendront toute la pathologie oculaire.

Maladies des paupières, de la conjonctive et de l'appareil lacrymal, par M. le docteur Chevallereau, le samedi à deux heures.

Maladies de la cornée, de la sclérotique, de l'iris et de l'orbite, par M. le docteur Valude, le jeudi à deux heures.

Maladies du cristallin et des membranes internes de l'œil, ophthalmoscopie, par M. le docteur Trousseau, le vendredi à deux heures.

Maladies des muscles de l'œil, réfraction, par M. le docteur Kalt, le lundi à deux heures.

Le mercredi, à deux heures, présentation, par les quatre médecins de la clinique, des malades intéressants; discussion. Consultations et opérations tous les jours à une heure.

LE BANQUET PAUL BERGER. — Hier au soir, 12 novembre, une foule de collègues, d'élèves et d'amis du docteur P. Berger s'étaient réunis à l'hôtel Continental pour fêter la nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur de notre cher et savant collègue. MM. les professeurs Verneuil, président du jury des récompenses de la classe 14, et Tarnier, président du comité d'admission, assistaient à ce banquet. Dans les toasts portés à M. Berger par son éminent maître M. Verneuil, par son collègue M. Peyrot, par l'un de ses élèves M. Poirier, etc., etc., on a justement loué le caractère élevé, la probité scientifique, l'activité laborieuse, le dévouement professionnel du héros de cette fête, l'un des plus sympathiques parmi cette brillante génération de jeunes chirurgiens, qui sont l'honneur et seront un jour la gloire de la Faculté et des hôpitaux.

COURS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE OCULAIRE. — M. le docteur Gillet de Grandmont commencera son cours de médecine opératoire oculaire, à l'Ecole pratique de la Faculté, le vendredi 15 novembre, à huit heures du soir (amphithéâtre n° 3) et le continuera les lundis et les vendredis suivants, à la même heure. Les élèves seront exercés aux opérations.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (séance du vendredi 22 novembre). — *Ordre du jour:* A l'occasion du procès-verbal, M. Burlureaux: Sur la fièvre typhoïde. — M. Dreyfous: De l'antisepsie des voies urinaires par la voie interne. — M. Ballet: Du délire de persécution dans le goitre exophthalmique. — M. Chantemesse: Sur un moyen de diagnostic rapide et sûr de la diphthérie.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bonnemaison, professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Toulouse; de Lagarde (de Bordeaux), et Lotz (de Savigny).

MORTALITÉ A PARIS (44e semaine, du 27 octobre au 2 novembre 1889. — Population: 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 10. — Variole, 0. — Rougeole, 7. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 10. — Diphthérie, croup, 22. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 194. — Autres tuberculoses, 22. — Tumeurs: cancéreuses, 38; autres, 1. — Méningite, 26. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 45. — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 13. — Maladies organiques du cœur, 57. — Bronchite aiguë, 21. — Bronchite chronique, 31. — Bronchopneumonie, 14. — Pneumonie, 54. — Gastro-entérite: sein, 14; biberon, 49. — Autres diarrhées, 9. — Fièvre et péritonite puerpérales, 1. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 30. — Sénilité, 31. — Suicides, 16. — Autres morts violentes, 6. — Autres causes de mort, 136. — Causes inconnues, 11. — Total: 879.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

20965. — MOTTEROZ. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

CLINIQUE CHIRURGICALE

Traitement du lymphadénome cervical par l'arsenic à haute dose.

Sous ce titre, j'ai déjà publié ici même un article qui date de 1887 et l'année suivante, en 1888, M. Barth, mon collègue de l'hôpital Broussais, traitait la même question dans un mémoire qu'insérait la *Gazette hebdomadaire :* il y montrait, en s'appuyant sur trois observations personnelles, que l'arsenic, sans être la médication héroïque que proclamait un instant Czerny et Winiwarter, peut, dans quelques cas, enrayer la marche et même guérir les lymphadénomes cervicaux dont on connaît pourtant le pronostic sévère. Comme j'ai recours à la médication arsenicale depuis huit ou neuf ans et que j'ai pu en suivre le résultat sur six de mes malades, je crois intéressant de reprendre à nouveau la question dans ce rapide article.

I

Le premier de mes malades est un individu de vingt-neuf ans qui, vers la fin de 1886, sentit derrière l'angle de la mâchoire, à gauche, une petite tumeur dure, indolente et mobile, ganglion lymphatique qui grossit peu à peu ; un deuxième apparut au voisinage, puis un troisième, un quatrième, qui finirent par se solidariser, et bientôt la région tout entière se trouva soulevée par une masse irrégulière, bosselée, autour de laquelle étaient groupés des ganglions encore indépendants. C'est ainsi que la chaîne fut envahie d'une manière progressive de l'oreille à la clavicule. Entre temps, à droite, en un point symétrique, un ganglion se montrait, centre futur d'une néoformation semblable à celle du côté opposé, et en avril 1887, lorsque le malade nous consulta, la double chaîne avait acquis un énorme développement.

L'engorgement bilatéral était tel que le cou avait complètement disparu; le cône thoracique se continuait directement jusqu'à la face en comblant la dépression cervicale, mais en aucun autre point on ne trouvait de ganglions volumineux; le creux axillaire, la région épitrochléenne et poplitée, le pli de l'aine, le triangle de Scarpa, étaient normaux ; la palpation abdominale ne révélait aucune tuméfaction du foie, de la rate et des ganglions mésentériques; la percussion et l'auscultation ne révélaient aucune tumeur dans le médiastin; il n'y avait pas un excès de globules blancs et le seul point que nous puissions noter ce sont des poussées fébriles assez vives à chaque stade nouveau dans la néoformation ganglionnaire : un accès survenait et à sa suite on constatait des tumeurs surajoutées au massif central primitif.

Nous ne pouvions hésiter qu'entre une tuberculose ganglionnaire et une quelconque des variétés si mal connues encore et décrites sous le nom de lymphadénome. Tout le passé du malade protestait contre l'hypothèse de strume ; il n'avait pas d'antécédents héréditaires fâcheux; il n'avait eu ni gourme, ni otorrhée, ni adénite suspecte; son adolescence s'était régulièrement passée et l'intégrité de ses organes était absolue ; aussi avions-nous conclu à un lymphadénome, diagnostic qui fut accepté sans conteste par MM. Verneuil, Trélat, Guyon, Potain, Damaschino, en examen à l'Hôtel-Dieu ; aucun de nos collègues et de nos maîtres qui virent notre malade n'élevèrent la moindre objection. Nous aurions pu enlever un ganglion pour le soumettre à un micrographe et pour en insérer une parcelle sous la peau d'un lapin. Mais nous reviendrons plus loin sur cette méthode de diagnostic.

Le traitement arsenical fut aussitôt institué. Cette médication, qui, malgré des éclipses partielles, s'est toujours perpétuée en France dans la thérapeutique des tumeurs malignes, nous est revenue d'Allemagne depuis une dizaine d'années, mais escortée et soutenue d'observations nombreuses où Czerny, Billroth, Tholen, Winiwarter, Karewski, affirmaient l'excellence de la méthode; des succès incontestés, des guérisons durables auraient couronné son emploi. Comme eux, j'ai administré la liqueur de Fowler à doses progressives, et chez mon malade j'ai prescrit cinq gouttes à chacun des deux principaux repas, augmentant de deux gouttes par jour. J'y ai ajouté des injections interstitielles de liqueur dédoublée dans une quantité égale d'eau distillée et poussée dans la tumeur de deux jours en deux jours avec une seringue de Pravaz. J'ai commencé par quatre gouttes et je me suis arrêté à vingt.

Au moment où mon malade absorbait déjà soixante-cinq gouttes de liqueur de Fowler, des accidents d'in-

toxication parurent; de la sécheresse de la gorge, de l'inappétence, de la fièvre, de la diarrhée persistante avec intolérance de l'estomac. En même temps, en plusieurs points où les injections avaient été très abondantes et très souvent répétées, des abcès se formaient qui s'ouvraient, donnant issue à une certaine quantité de pus, puis se cicatrisaient spontanément. Le traitement en vigueur depuis près de deux mois fut suspendu et le malade nous quitta en état d'amélioration très marquée : à droite et à gauche, la chaîne ganglionnaire avait diminué de plus d'un tiers.

Il rentre au mois de novembre en pleine récidive; la tumeur est aussi volumineuse qu'avant notre traitement. Nous y revenons et au bout de trois mois la diminution est de nouveau très considérable; les masses s'affaissent, les ganglions agglomérés s'isolent et deviennent indépendants. Leur résistance est moindre. Nouvelle sortie, récidive aussi prompte. Le malade nous suit à Bicêtre, à Tenon, à Broussais. Au commencement de 1889 nous prescrivons avec l'arsenic, le phosphure de zinc, deux à huit pilules de 8 milligrammes par jour. Le résultat fut excellent; lorsque le malade nous quitte, au mois de juin, la tumeur a diminué de plus des trois quarts; puis elle a complètement disparu dans la suite et après les vacances je ne trouvais plus que trois petits ganglions, deux à droite, un à gauche et révélés seulement par la palpation; il n'existe plus de saillie appréciable à l'œil.

Voici une deuxième observation : en 1887 je fus consulté par un fabricant de chaussures ayant dépassé la cinquantaine et qui portait au cou une énorme masse ganglionnaire; elle descendait de l'apophyse mastoïde au sternum, déviait le larynx en avant et en arrière, envoyait des masses bosselées sous le trapèze; quelques petits ganglions indépendants et mobiles s'avançaient vers la clavicule. La tumeur, comme dans le cas précédent, avait commencé par une petite boule dure, mobile, indolente, développée en arrière de l'angle de la mâchoire, puis, au milieu de quelques poussées fébriles, avait pris en trois mois le volume que nous constations alors. M. Verneuil, appelé en consultation, avait cru tout d'abord à une énorme dégénérescence secondaire consécutive à un épithélioma ignoré et latent de l'extrémité supérieure de l'œsophage; mais il se rattacha bientôt au diagnostic de lymphadénome.

Le traitement arsenical fut institué : liqueur de Fowler à doses progressives, et qui, dans ce cas, ne dépassèrent jamais quarante-cinq gouttes par jour; injections interstitielles de liqueur dédoublée répétées trois fois par semaine. Cette médication fut difficilement tolérée. Il fallut une excessive patience de notre part et surtout de la part de la femme du malade pour faire accepter le traitement, d'autant qu'au début le cou gonfla encore; il survint même de la tuméfaction inflammatoire, et de petits abcès se formèrent au niveau de quelques foyers d'infection; ils s'ouvrirent, livrant passage à des débris de ganglions, et leur cicatrisation fut très rapide. Bientôt la chaîne ganglionnaire commence à s'affaisser. Nous cessons l'arsenic; la tumeur reparaît; nous le reprenons; les mêmes accidents éclatent; mais, cette fois-ci, la disparition du mal fut à peu près complète. Au commencement de 1888, il restait à peine quelques ganglions qui fondirent avant la fin de l'année. Nous avons revu notre fabricant ces jours-ci, et la guérison s'est maintenue. Toute trace de tumeurs a disparu, et nous ne trouvons à leur place qu'un tissu légèrement sclérosé.

Troisième observation : je soigne depuis cinq ans un fonctionnaire de trente-sept ans, qui porte, dans la région cervicale, une tumeur ganglionnaire en tout semblable à celle que nous venons de décrire chez nos deux malades précédents. Même apparition dans l'angle de la mâchoire d'une tumeur indolente et mobile à laquelle se sont unies bientôt d'autres tumeurs de poussées successives, jusqu'à ce que la masse morbide, plus volumineuse que le poing, s'avance en bas jusqu'à la clavicule en débordant de toute part la région carotidienne. La tumeur est restée unilatérale. Les poussées successives, survenues à la suite d'une fièvre assez intense chez le premier malade, beaucoup moins marquée chez le deuxième, éclatent ici au milieu de véritables accès semblables par leur allure à ceux d'une intoxication paludéenne.

Bien qu'il fût robuste et qu'il n'eût ni dans ses antécédents de famille ni dans son passé aucun accident de scrofule, un médecin prescrivit à tout hasard l'huile de foie de morue à haute dose et les bains de Salies-de-Béarn; le résultat fut désastreux, et lorsque le malade vint nous consulter, la chaîne ganglionnaire, étendue de l'oreille au sternum, avait un énorme volume. Comme je ne pouvais à distance et loin de Paris, pratiquer des injections interstitielles, je n'eus recours qu'à la liqueur de Fowler à l'intérieur, mais ici à dose considérable, puisque quatre-vingts gouttes ont été parfois dépassées. La tumeur, après chaque période de traitement, diminue dans des proportions énormes; mais, pour peu que notre malade demeure trois ou quatre mois sans arsenic, les ganglions disparus se reforment. Cependant, cette année, je n'ai plus trouvé, malgré un repos de plus de quatre mois, qu'une tumeur à peine du volume d'un petit œuf, située en arrière de l'angle de la mâchoire, sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, mobile, sans adhérence, et qu'on énucléerait facilement par une simple boutonnière à la peau.

Voilà nos trois succès, trois et non pas quatre, car nous n'oserions compter comme guérie de lymphadénome une jeune Anglaise de dix-huit ans qui nous consulta pour une chaîne ganglionnaire énorme développée en moins de trois semaines; la tumeur occupait la région classique; elle était bosselée, dure, mobile; il n'y avait ici non plus aucun antécédent de strume, mais bien des attaques de rhumatisme articulaire aigu. Nous ordonnons l'huile de foie de morue et de l'arsenic à doses progressives; vingt gouttes n'étaient pas atteintes que déjà, à la fin de la première quinzaine, un mouvement de retrait se fit dans la masse, et avant que le mois fût écoulé, la guérison était obtenue; et, depuis, il n'y a pas eu de rechute. Nous ne saurions mettre ce succès à l'actif de l'arsenic, car la rapidité de la délitescence nous fait exclure le lymphadénome, et nous pensons qu'il s'agissait peut-être d'un de ces engorgements d'origine rhumatismale, de ces « bubons rhumatismaux » sur lesquels notre ami Édouard Brissaud a récemment appelé l'attention.

II

A côté de ces succès, nous comptons trois échecs; encore ne parlerons-nous pas d'une journalière de vingt-cinq ans, qui, depuis deux ans, portait dans l'aisselle et dans la région carotidienne gauche des masses ganglionnaires énormes; sous nos yeux, et en moins d'un mois, la région cervicale droite fut envahie; et ici le ganglion rétro-maxillaire fut le premier atteint; puis, d'une même poussée, plusieurs masses nouvelles apparurent et la rapidité de la propagation

est telle que la déformation est bientôt aussi marquée qu'à gauche. L'arsenic est administré, mais nous n'étions qu'au vingt-deuxième jour et la dose atteinte ne dépassait pas trente-huit gouttes, nous n'avions pu encore pratiquer d'injections interstitielles lorsque la malade nous quitte; l'expérience n'est pas concluante, puisque le traitement arsenical demande à être poursuivi un très long temps.

Mais, si nous avons échoué chez notre deuxième malade, ce n'est pas faute de patience de sa part; il se soumit à toutes les exigences du traitement, et pourtant l'insuccès fut lamentable; il s'agit d'un employé de commerce de quarante-six ans, qui, onze mois auparavant, avait vu apparaître une petite glande à droite, en arrière du maxillaire; puis la chaîne ganglionnaire s'était prise rapidement en suivant la marche habituelle. La tumeur avait tout à fait l'aspect d'un lymphadénome type. Nous donnons l'arsenic et nous atteignons la dose de cinquante gouttes quotidiennes; nous pratiquons un nombre considérable d'injections interstitielles; rien ne lasse l'espérance de notre malheureux, pas même la constatation des progrès du mal; l'amygdale droite est envahie et prend un développement tel que la déglutition en est empêchée; la région carotidienne gauche est frappée, puis surviennent des hémorrhagies, de la diarrhée, des vomissements, des troubles généraux, la cachexie et la mort au bout de six mois.

Même terminaison chez un petit paysan de cinq ans observé et traité par nous en Béarn. Il s'agissait ici de la forme molle du lymphadénome; la tumeur avait envahi le cou tout entier; il y avait çà et là de grandes masses adhérentes à la peau violacée; je crus à des tubercules ramollis et j'y plantai mon bistouri; je trouvai, lorsque la nappe sanguine fut tarie, un tissu grisâtre, rosé, parsemé de petites ecchymoses; l'arsenic fut administré à doses progressives: le petit malade absorbait jusqu'à quinze gouttes de liqueur de Fowler par jour. Mais les ganglions de l'aisselle et de l'aine ne tardèrent pas à se prendre et la mort survint en moins de quatre mois.

Mort aussi rapide chez un directeur de manège, qui, après avoir consulté Poulet, Bouilly et Verneuil, se remit dans mes mains: quatre ganglions retro-angulaires, gros comme des noisettes, durs, mobiles, indolents, étaient restés stationnaires pendant treize ans; ils s'accrurent tout à coup, sous l'influence d'une émotion très vive; une double chaîne ganglionnaire souleva les deux régions carotidiennes; puis, malgré des doses élevées d'arsenic, des injections interstitielles répétées, la peau devint adhérente et de grandes plaques de mycosis fongoïde se montrèrent au-dessus des clavicules; la cachexie survint et il mourait au bout de dix mois.

Voici donc six observations de lymphadénome, car nous pouvons en écarter une pour diagnostic plus que douteux, où nous voyons six malades traités par l'arsenic à haute dose; trois vivent encore et trois sont morts dans un délai rapide. Ce n'est pas fort brillant, et il y a loin de notre statistique à celles que nous envoyaient naguère les Allemands. C'étaient de véritables chants de triomphe que nous entendions alors, et on guérissait presque aussi sûrement un lymphadénome qu'une fièvre intermittente. A cette heure, les bulletins de victoire nous paraissent moins nombreux; en tous cas, on garde le silence, et nous nous imaginons que là-bas on obtient des résultats ni plus ni moins brillants que les nôtres. Tout compte fait, bien des lymphadénomes, sans doute, meurent entre leurs mains, et Koebel, dans un mémoire de 1887, n'accuse-t-il pas quatre insuccès, deux améliorations et un cas douteux sur sept cas, malgré la liqueur de Fowler à l'intérieur et les injections interstitielles?

III

Faut-il aller plus loin dans cette voie et déclarer que lorsqu'une tumeur ganglionnaire guérit, c'est qu'il ne s'agit pas d'un lymphadénome? Le point est délicat, et nous arrivons à la question fort obscure du diagnostic. Aussi allons-nous reprendre nos observations et voir si une erreur, je ne dis pas est possible, — elle l'est toujours, — mais est probable dans l'espèce. Je laisserai évidemment de côté les trois faits où la mort est survenue; ici on ne contestera pas le diagnostic, car la cachexie particulière qui a précédé la mort, les hémorrhagies, les diarrhées, les vomissements, les accès de fièvre à forme intermittente sont des symptômes qui appartiennent en propre au lymphadénome; on ne saurait incriminer la tuberculose, la seule diathèse qui provoque des engorgements ganglionnaires cervicaux susceptibles d'être facilement confondus avec le lymphadénome.

Prenons seulement les trois cas où nos malades ont guéri. Ce sont trois individus de vingt-cinq, trente-cinq et cinquante ans; leur santé était vigoureuse; ils n'avaient eu jusque-là aucune tare tuberculeuse et leurs antécédents héréditaires sont nuls. Ils voient survenir tous au même point, dans l'angle rétro-maxillaire, un ganglion d'une dureté élastique, mobile, indolent. Il se développe sans cause appréciable, sans porte d'entrée ulcéreuse des muqueuses ou de la peau; il s'accroît; d'autres ganglions apparaissent par poussées successives au milieu d'accès fébriles plus ou moins intenses; puis ces masses s'unissent les unes aux autres, se fusionnent et forment bientôt une chaîne énorme, bosselée, élastique, présentant partout la même résistance; on n'y trouve pas des saillies ramollies et fluctuantes à côté de points durs et ligneux; les injections arsenicales y ont bien parfois provoqué des inflammations et une collection purulente; mais après issue du pus et des débris de ganglion, la cicatrisation de l'abcès s'est toujours très rapidement opérée, et nous n'avons jamais vu de fistules persistantes.

Certes, il n'est pas un de ces symptômes qui ne puisse se montrer exceptionnellement au cours de la tuberculose: oui, des ganglions peuvent se développer à vingt-cinq ans, cinquante ans, même soixante ans, après une enfance et une adolescence vigoureuses et comme première manifestation de la diathèse; c'est même sur des cas semblables qu'est basée la doctrine des tuberculoses locales; oui, ces ganglions, — quoique le fait soit bien exceptionnel, — peuvent atteindre l'énorme volume que nous avons constaté dans nos trois cas; ils peuvent encore à la rigueur être partout de même consistance, ne se ramollir en aucun point, bien que nés à des époques différentes et par des poussées successives; ils peuvent, enfin, se cicatriser en quelques jours si un traumatisme ou une injection les a fait suppurer, bien que d'habitude cette cicatrisation ne survienne que lorsque toute la matière caséeuse est évacuée; nous admettrons qu'on observe au cours d'une tuberculose ganglionnaire cervicale bien légitime une quelconque de ces infractions à l'évolution habituelle de l'adénite scrofuleuse; mais je doute que chez un même sujet on puisse me les montrer toutes. J'ai vu bien des masses tuberculeuses, j'ai lu à propos de cet article, un grand nombre d'observations où la question de diagnostic a été posée et je n'ai pas relevé

un seul fait où toutes ces conditions se trouvent réunies; aussi, jusqu'à preuve contraire, je considère que dans mes trois cas il s'agissait de lymphadénomes.

Les cas où le diagnostic est difficile, impossible peut-être, ce sont ceux où il existe un, deux, trois, quelquefois un nombre plus considérable de ganglions développés d'un seul ou de deux côtés, dans la région sous maxillaire ou rétro-angulaire chez un adulte vigoureux, sans antécédents de strume. Les tumeurs restent longtemps stationnaires ou s'accroissent lentement sans se ramollir. Est-ce un lymphadénome? Est-ce de la tuberculose? L'extirpation a montré à Schüppel, à Trélat, à nous-même que dans l'immense majorité des cas il s'agit de tuberculose. Aussi conseillerions-nous de faire ici le diagnostic de probabilité et dans le doute de conclure à un ganglion caséeux, car plus de neuf fois sur dix, c'est de tuberculose qu'il s'agit.

Mais ce peut être aussi un lymphadénome et Quénu en a observé un fait bien remarquable. Dans ces cas difficiles toutes les erreurs ont été commises, d'autant que, à côté du lymphadénome et de la tuberculose, il y aurait, paraît-il, la pseudo-tuberculose de Verneuil, Ricard et Clado. Ces auteurs n'ont-ils pas décrit des tumeurs sous-maxillaires, plus rarement parotidiennes, développées dans les ganglions? elles ont l'aspect microscopique et macroscopique de la tuberculose; on y trouve des cellules géantes, mais pas de bacilles de Koch et l'inoculation resterait négative; ces faits, peu connus encore, demandent un nouveau contrôle.

Pour établir le diagnostic dans un cas douteux, il serait bon d'extirper une des tumeurs et de la soumettre à l'analyse microscopique, examen qui du reste, — et c'est Cornil qui l'affirme, — pourra laisser l'histologiste dans l'embarras. Il faudrait en outre inoculer une parcelle de ce ganglion pour voir si la tuberculose se développera chez l'animal en expérience. En effet, il y a là des éléments qui donneraient au diagnostic une plus grande précision. Mais nous n'oserions pas nous livrer à un supplément de recherches, et lorsque, comme dans nos trois cas, nous avons des raisons excellentes pour croire aux lymphadénomes, nous penchons vers l'abstention parce que des interventions sanglantes, même aussi peu importantes, paraissent avoir sur le développement de la tumeur une influence désastreuse.

En 1875 et en 1876 j'ai vu opérer sept lymphadénomes cervicaux et les sept malades n'ont pas quitté l'hôpital; le mal a récidivé dans la plaie : les années suivantes j'ai assisté à l'extirpation de trois lymphadénomes et le résultat fut aussi mauvais. Berger a observé des désastres semblables chez Dolbeau. Aussi en présence de ces faits accumulés, M. Trélat s'est constitué à la Société de chirurgie le défenseur éloquent de l'abstention chirurgicale en matière de lymphadénome. J'en ai, pour ma part, enlevé un que portait, au testicule, un capitaine au long cours; Ricord, deux ans auparavant, avait diagnostiqué un cancer de la glande spermatique; j'extirpe la tumeur; trois semaines après mon opéré reprenait la mer; mais il n'était pas arrivé à Porto qu'il était en pleine récidive viscérale. Tillaux et Quénu ont observé, je crois, un fait analogue.

Aussi n'osons-nous pas toucher aux tumeurs qui nous paraissent des lymphadénomes; un de nos trois malades conserve encore une masse du volume d'un petit œuf sur la partie latérale du cou, absolument mobile, et sans adhérence superficielle ou profonde : pour l'extirper, il suffirait d'une simple boutonnière à la peau; nous avons résisté jusqu'à présent à notre malade qui demande l'intervention avec ardeur; nous résistons, car il vit avec sa tumeur, et nous ne savons pas si une intervention ne serait pas le point de départ d'une poussée nouvelle plus grande et peut-être rapidement mortelle. Nous exagérons peut-être et je n'affirme pas ne point jamais opérer en ce cas; cependant tous les traités classiques, tous les mémoires sur la question signalent l'influence désastreuse des opérations chirurgicales. Les Allemands ne sont pas plus heureux que nous, et sur neuf opérés, Busch nous dit qu'un seul a survécu quelque temps et encore a-t-il fini par succomber à une récidive.

Est-ce à dire que tous les lymphadénomes aient cette extrême gravité? Ne faut-il pas proclamer que le mot lymphadénome est sans signification précise et il est fort possible qu'il existe plusieurs variétés de tumeurs, constituées par du tissu adénoïde et dont les causes, les symptômes, l'évolution, le pronostic, sont essentiellement difficiles. Il y a des lymphadénomes malins et des lymphadénomes bénins, et les efforts des histologistes pour sanctionner par des différences de structure cette différence de gravité, n'ont pas encore abouti. Les recherches étiologiques et bactériologiques qui nous donneront sans doute la clef de problème ne sont pas encore ébauchées à cette heure.

Il est possible d'ailleurs que les lymphadénomes bénins et les lymphadénomes malins soient de même structure, de même nature et de même origine ; il se peut qu'à un moment donné, dans cette gangue indifférente de tissu adénoïde, une circonstance quelconque, peut-être l'introduction d'un germe, imprime tout à coup au mal une allure envahissante. Le malade de notre dernière observation porte un lymphadénome depuis quatorze ans ; la tumeur est restée treize ans stationnaire lorsque, à propos d'une émotion violente, une tentative d'assassinat, la tumeur s'accroît rapidement et le tue en dix mois ; le lymphadénome observé par Tillaux et Quénu n'avait pas bougé depuis cinq ans lorsqu'il se mit à grossir; on l'opère et le malade est emporté. Notre exemple de lymphadénome du testicule présente une marche analogue ; l'intervention chirurgicale lui imprime une activité redoutable. Nous pourrions multiplier les observations de ce genre.

Je crois cependant à la multiplicité des tumeurs de structure adénoïde; on a vu certains sarcomes mélaniques primitifs d'une extrême malignité et Bouilly en a observé un bel exemple que nous avons vu avec lui. Certaines diathèses peuvent retentir sur les ganglions; notre ami Édouard Brissaud a publié l'observation remarquable d'un jeune homme à qui j'ai enlevé, il y a huit ans, une tumeur du cuir chevelu et qui présentait des engorgements ganglionnaires, considérés comme des lymphadénomes par plusieurs chirurgiens; or une poussée rhumatismale suffit pour les amener et pour les faire disparaître. Je m'imagine que la jeune Anglaise de ma quatrième observation avait aussi des « bubons rhumatismaux » de même nature. N'a-t-on pas tenté de décrire des adédites chroniques provoquées par l'impaludisme ? La malaria pourrait exceptionnellement tuméfier le tissu adénoïde des ganglions comme elle hyperplasie celui de la rate.

Je ne voudrais pas m'engager plus avant sur un terrain aussi peu solide et je désire conclure de cette courte étude : 1° que si les tumeurs ganglionnaires du cou sont souvent d'un diagnostic fort difficile et que si, nombre de

fois, des ganglions tuberculeux ont été pris pour des lymphadénomes, nous pensons que certaines formes extrêmes, celles qui justement se retrouvent dans nos trois observations de guérison, peuvent être reconnues à peu près aussi sûrement que l'est un squirrhe de la mamelle; 2° que ces tumeurs sont d'un pronostic extrêmement grave; l'intervention chirurgicale ne paraît donner que des désastres; aussi recommandons-nous l'arsenic à doses progressives, alterné parfois avec le phosphure de zinc. Cette médication n'est point spécifique, comme on l'a prétendu, mais elle nous paraît être encore la moins illusoire de toutes.

Paul Reclus.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Traitement antiseptique de l'éclampsie puerpérale.

I. *Traitement préventif.* — 1° Il faut d'abord prescrire le régime lacté, c'est classique, et de plus, d'après M. Maurice Rivière (de Bordeaux), empêcher la formation des poisons dans le tube digestif par l'administration, toutes les heures, de l'un des cachets suivants :

Naphthol	2gr,50
Sucre	ãã 2 grammes.
Salicylate de bismuth	

F. s. a. et divisez en huit cachets.

2° Administrer tous les trois ou quatre jours un verre à bordeaux d'une eau purgative ou une cuillerée à dessert de sulfate de soude en solution dans une demi-verrée d'eau;

3° Favoriser l'émonction cutanée et rénale par des bains chauds bi-hebdomadaires.

II. *Traitement curatif.* — 1° Calme, repos absolu;

2° Saignée de 3 à 400 grammes pour diminuer la quantité des poisons contenus dans l'organisme;

3° Administrer par la voie stomacale la potion suivante :

Eau distillée	60 grammes.
Sirop de cerises	60 —
Chloral hydraté	ãã 2 à 4 grammes.
Bromure de sodium	

4° Lavement au chloral à la dose de 2 à 4 grammes, et au besoin anesthésie chloroformique;

5° Pendant l'accouchement, M. Rivière conseille l'abstention obstétricale; les manœuvres pour hâter l'accouchement produisent l'irritation du col. Après l'accouchement, la saignée est le plus souvent inutile, l'hémorrhagie physiologique en tenant lieu.

S'il existe de la contracture, il devient difficile de faire ingérer les médicaments par la bouche; M. Rivière conseille alors de placer la femme dans le décubitus dorsal et de faire couler tous les quarts d'heure, dans les fosses nasales, trois grandes cuillerées de lait véhiculant un quart à un demi-gramme de chloral en suspension.

Ch. Éloy.

REVUE DES COURS ET DES CLINIQUES

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LE PROFESSEUR CHARCOT.

Sclérose en plaques a longue échéance, sans embarras de la parole. — Le 29 octobre, il se présente à la consultation externe un homme dont l'histoire clinique peut se résumer de la façon suivante. En 1871, cet homme couche dans des tranchées, et est pris de *raideurs* dans la jambe droite, la marche est gênée et il boite. En 1876, après trois ou quatre ans de mieux considérable, il croit marcher sur du coton; il a de la difficulté pour marcher à cause de la *raideur des deux jambes;* on lui met des pointes de feu qui améliorent la situation des extrémités inférieures; comme compensation malheureuse, les bras deviennent incoordonnés, maladroits, les mains laissent échapper ce qu'elles tiennent.

En 1878, la *raideur* des jambes revient accompagnée de *tremblement* de la tête et des mains avec un peu d'embarras de la parole qui ne dure pas.

Depuis cette époque alternative de mieux et de plus mal: par moments les jambes sont tellement collées l'une à l'autre que la marche est impossible. Il survient des phénomènes oculaires : de la diplopie. Aujourd'hui on constate une incoordination manifeste dans les mouvements intentionnels, le malade ne peut porter un verre à sa bouche, il marche péniblement à cause de la raideur des jambes; il a des réflexes exaltés, son regard est tout à fait remarquable : c'est un regard sans fixation, terne, dépourvu d'expression. Il se plaint de quelques fourmillements dans les jambes et de petites douleurs à type fulgurant. Il n'a jamais eu de troubles vésicaux. Ce malade nous offre un bel exemple de sclérose en plaques; il n'y manque que l'embarras caractéristique de la parole, actuellement du moins. Cette absence d'un des gros éléments symptomatiques de la maladie est à noter; il faut remarquer aussi que chez ce malade l'affection s'est présentée à un moment (contracture des mains, jambes collées) sous l'aspect qu'elle a revêtu quand M. Vulpian l'a observée tout d'abord il y a une vingtaine d'années.

De toutes les paraplégies spasmodiques, c'est celle de la sclérose en plaques qui est la plus sujette à présenter des hauts et des bas. Notre malade n'a jamais eu de maladies aiguës; il justifie donc l'opinion de M. Charcot qui se refuse à voir dans la sclérose en plaques une maladie microbienne.

Tabes, crises gastriques et crises laryngées. — Un malade âgé de quarante-cinq ans ressent des élancements douloureux dans les jambes depuis huit années; l'incoordination n'est pas très accusée, non plus que les douleurs du reste qui laissent le premier plan aux troubles viscéraux.

Ce qui est particulièrement intéressant dans ce cas, c'est que l'on observe une certaine régularité, une périodicité singulière dans le retour des crises. Cette régularité est loin d'être rare; on l'observe soit chez les tabétiques présentant une espèce de réunion de tous les symptômes tabétiques, soit chez ceux chez qui ce trouble viscéral occupe presque seul la scène morbide. Quand la crise est commencée, elle dure plusieurs jours sans faiblir, sans s'atténuer. Il y a alors trente minutes environ entre chaque vomissement.

La dernière crise date de cinq semaines. La morphine paraît calmer ces crises gastriques. Les crises laryngées sont moins violentes que les premières, mais elles ne sont pas soumises à la même régularité.

Les symptômes qui avec les douleurs fulgurantes permettent d'affirmer le diagnostic de tabes sont de l'inégalité pupillaire, le signe d'Argyll Robertson et l'absence des réflexes rotuliens.

P. B.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Le bain froid systématique dans la fièvre typhoïde. Communication faite à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 8 novembre 1889, par M. Albert Josias, médecin des hôpitaux.

A l'occasion du rapport de M. Merklen, sur la mortalité de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris, je prie la Société de me permettre de lui exposer succinctement ma statistique.

Durant les années 1888 et 1889, j'ai pu traiter dans divers hôpitaux trente-six fièvres typhoïdes par le bain froid systématiquement donné à 18 degrés, toutes les trois heures, lorsque la température centrale atteignait ou dépassait 39 degrés.

Ces trente-six cas se signalent par trente-cinq guérisons et une mort, soit 2,77 pour 100 de mortalité.

Envisagés au point de vue du sexe, nous avons : pour le sexe masculin, 29 cas; pour le sexe féminin, 7 cas.

Etudiés quant à l'âge ces divers cas se subdivisent ainsi :

De 5 à 10 ans........	3 cas;
De 10 à 15 ans..............	7 cas;
De 15 à 20 ans..............	7 cas;
De 20 à 25 ans..............	9 cas;
De 25 à 30 ans..............	3 cas;
De 30 à 35 ans..............	4 cas;
De 35 à 40 ans..............	2 cas;
Au-dessus de 40 ans.........	1 cas.

Les formes de la maladie peuvent être réparties de la façon suivante :

Bénignes, régulières et hyperpyrétiques : 27 cas;

Graves avec ou sans complications : 9 cas;

Rechutes, malgré les bains froids : 4 cas;

Rechutes, traitées par les bains froids, alors que la maladie avait été antérieurement traitée par une autre méthode : 2 cas.

La répartition dans les hôpitaux est la suivante :

Hôpital Broussais (1888), 11 cas........	=	11 guérisons;
Hôpital Laennec (1888), 1 cas...........	=	1 guérison;
Hôpital des Enfants-Malades (1889), 8 cas.	=	8 guérisons;
Hôtel-Dieu (1889), 8 cas................	=	8 guérisons;
Hôtel-Dieu (Annexe) (1889), 5 cas........	=	4 guérisons;
— —	=	1 mort;
En ville (1888), 2 cas..................	=	2 guérisons;
— (1889), 1 cas......................	=	1 guérison.

Le nombre des bains a été variable depuis 1, 5, 7 bains jusqu'à 105, 112, 118, 138 et 168 bains.

Nos trente-six malades ont pris 2227 bains à 18 degrés, ce qui représenterait pour chaque malade une moyenne de 61 bains.

Parmi les formes graves et les complications je signalerai :

Une forme ataxo-adynamique chez un jeune homme de vingt-quatre ans, atteint d'artério-sclérose généralisée, et accompagnée d'hémorrhagies intestinales et d'eschare au sacrum (guérison : 118 bains);

Une forme hyperthermique, chez un jeune homme de trente et un ans, avec hémorrhagies intestinales au dix-septième jour; albuminurie, pneumonie droite au vingt-deuxième jour (guérison avec 168 bains froids sans aucune interruption);

Une forme adynamique chez un athéromateux avec diarrhée colliquative, émaciation considérable et aspect cholériforme (guérison);

Une forme hyperthermique chez une malade de la ville, nerveuse, supportant mal les bains, ne les prenant pas régulièrement (guérison avec rechute);

Une forme adynamique avec endocardite aiguë (guérison);

Une forme ataxo-adynamique chez un malade présentant une rechute et entrant à l'hôpital le dix-septième jour de sa rechute. Traité *in extremis* (mort);

Une forme ataxo-adynamique chez une cuisinière, âgée de quarante-quatre ans, alcoolique (guérison, 90 bains), mais à l'heure actuelle atteinte de *phlegmatia alba dolens*.

Tous mes malades ont été baignés dès que le diagnostic de fièvre typhoïde a été établi d'une façon indiscutable.

Je n'ai jamais suspendu les bains froids, si ce n'est d'une façon tout à fait momentanée, dans les cas d'hémorrhagies intestinales.

La menstruation, les manifestations broncho-pulmonaires (bronchite, congestion, pneumonie, emphysème), rénales (albuminurie) n'ont jamais été des contre-indications à l'emploi des bains.

Je n'ai eu qu'à me louer de ma ténacité. Je ne répéterai pas tout ce qui a été dit sur l'heureuse influence que le bain froid exerce sur les divers systèmes de l'économie, mais je ne puis m'empêcher de reconnaître que, grâce aux bains froids, la fièvre typhoïde n'a plus de typhoïde que le nom : les malades ainsi traités ne sont pas prostrés, ne présentent pas de stupeur, mais restent éveillés et lucides, leur langue se montre humide, leur soif est intense, ce qui permet de leur administrer 4 à 5 litres environ de liquides alimentaires ou non. On observe une diarrhée et une polyurie excessives; cette diarrhée, mais surtout cette polyurie sont telles que le malade peut être considéré comme se lessivant quotidiennement les intestins et les reins.

Or, dans une maladie infectieuse comme la fièvre typhoïde, un semblable lavage entraînant tous les déchets de l'organisme, ne saurait être envisagé sans un réel profit. Bien plus, comme ce lavage s'effectue à l'aide de liquides alimentaires, bouillon ou lait, il en résulte que nos malades sont ainsi soumis à une alimentation vraiment exagérée, dont les effets heureux sont aisés à contrôler. Ces malades maigrissent peu, s'affaiblissent modérément, perdent en moyenne 1 kilogramme à 2 kilogrammes en huit jours et peuvent sans de grands efforts descendre de leur lit, enjamber leur baignoire et réciproquement. Cette épargne des forces n'est pas sans exercer une heureuse influence sur la durée, sinon de la maladie elle-même, du moins de la convalescence.

Je ne puis ici passer en revue tous les effets de la médication réfrigérante sur les divers organes de l'économie, j'ai consigné tous ces détails dans mes observations que je suis prêt à produire le jour où quelqu'un de mes collègues en exprimerait le désir. Ces résultats du reste sont connus.

Lorsque je voulus contrôler l'influence du bain froid systématique sur la fièvre typhoïde, je n'étais pas sans une certaine appréhension.

Le temps n'est pas loin où les complications cardio-pulmonaires et les hémorrhagies intestinales étaient attribuées à cette méthode. Loin de là, nous devons reconnaître que ces accidents sont peu fréquents, et sont le fait non du traitement, mais de la maladie en évolution. Il semble que le bain froid prévienne ou atténue les manifestations broncho-pulmonaires que nous avons coutume de rencontrer aux diverses époques de la fièvre typhoïde.

Lorsque je me suis trouvé aux prises avec ces complications, notamment dans un cas de pneumonie, je n'ai pas cessé l'usage des bains froids, et je n'ai eu qu'à me louer de ma hardiesse, puisque mon malade a guéri.

Et du reste mes trente-six malades ont été rigoureusement traités par le bain froid systématique, sans aucune interruption. Je n'ai perdu qu'un seul malade traité, *in*

extremis, le dix-septième jour d'une rechute, et présentant un tel état vernissé des lèvres, de la langue et du pharynx qu'il lui était impossible de boire et de déglutir un liquide quelconque.

Quoi qu'il en soit, l'analyse impartiale de ces trente-six malades m'autorise à déclarer que la médication réfrigérante, plus que toute autre méthode, semble combattre avec succès la fièvre et l'adynamie et placer les typhiques dans de meilleures conditions de résistance pour supporter leur maladie; mes résultats, joints à ceux de mes collègues, MM. Juhel-Rénoy et Richard, constituent un contingent sérieux; ils n'apportent aucune donnée nouvelle sur une méthode aujourd'hui adoptée dans divers pays, notamment à Lyon; ils apportent toutefois un contrôle des plus encourageants, car aucune médication ne saurait répondre plus fructueusement à un plus grand nombre d'indications, sans l'aide de médicaments antipyrétiques ou antiseptiques.

Ma statistique personnelle est minime, mais assez éloquente pour me décider à persévérer et à adopter dorénavant la pratique du bain froid systématique pour combattre la fièvre typhoïde, surtout si je la rapproche des statistiques recueillies et commentées dans ces derniers temps par mes collègues, MM. Juhel-Rénoy et Richard.

Dans la séance du 28 décembre 1888, M. Juhel-Rénoy, réunissant la statistique de M. Richard à la sienne et à la mienne, vous annonçait cent huit malades parmi lesquels cinq morts, soit 4,62 pour 100 de mortalité.

Aujourd'hui, joignant ma statistique à celles de MM. Juhel-Rénoy et Richard, je vous rapporte cent trente cas, parmi lesquels six morts, soit 4,61 pour 100 de mortalité.

Or, M. Merklen, dans son rapport, s'exprime ainsi : « La mortalité de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux civils de Paris oscille actuellement entre 14 et 15 pour 100. »

Je n'ajouterai pas un mot et je laisse à l'avenir le soin de modifier nos chiffres en les amoindrissant ou en les fortifiant.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE. »

La révulsion para-hépatique dans le traitement des épistaxis.

La communication académique du professeur Verneuil sur le traitement de « *certaines* » épistaxis rebelles par l'application de vésicatoires sur la région du foie (il s'agissait des épistaxis dites hépatiques) a eu un grand retentissement. Je suis de ceux qui ont poussé un cri d'étonnement. Sans me dissimuler mon infériorité notoire dans cette lutte courtoise pour la vérité, j'ai publié — il y avait bien quelque courage à le faire — mon *tolle* dans le *Bulletin médical des Vosges* d'avril 1889. Je voudrais brièvement revenir sur ce sujet, à propos du récent article (8 novembre 1889) de M. Aimé Guinard dans la *Gazette hebdomadaire*.

En somme, qu'a voulu établir M. Verneuil?

1° Que l'épistaxis, plus souvent que l'on ne l'a cru jusqu'alors, est sous la dépendance d'une maladie latente ou évidente du foie;

2° Qu'en cette occurrence la révulsion hépatique triomphe de l'épistaxis.

Or la première proposition est loin d'être absolument démontrée. Sans parler des épistaxis qui accompagnent l'ictère grave et la maladie de Weil, que je laisse de côté, il faut reconnaître que deux seules maladies organiques du foie donnent des hémorrhinies : la *cirrhose* ou *sclérose atrophique* de Laennec et la *cirrhose hypertrophique biliaire;* mais les épistaxis ne se rencontrent que dans un tiers des cas (Monneret, Ahmed-Azmi) de la première quand elle est confirmée, et sont extraordinairement rares dans la seconde. Voilà la vérité : l'épistaxis hépatique existe, mais n'est pas si commune qu'on veut le dire.

La deuxième proposition est-elle prouvée? M. Verneuil a-t-il en réalité guéri *par le vésicatoire au niveau du foie* des *épistaxis bien et dûment d'origine hépatique?* Sur quoi s'est-il fondé pour affirmer cette guérison? Sur des faits « précis », répond M. Guinard, sur des « faits positifs » que « personne ne pouvait nier ». J'ai regret de le dire : pour moi ces faits ne sont ni « précis » ni « positifs ».

Dans un cas d'épistaxis guéries par le vésicatoire para-hépatique on avait affaire, écrit M. Guinard, à « un malade atteint de cirrhose du foie ». Tel n'est point mon avis. Relisez l'observation communiquée par M. Garnier, le 18 août 1880, au Congrès de Reims et insérée (p. 149) dans la *Gazette hebdomadaire* de 1881, et vous verrez qu'en explorant le foie « on ne croyait guère trouver quelque chose de ce côté », que le patient n'avait « aucun trouble digestif », que « ni le ventre, ni les membres inférieurs n'étaient le siège de la moindre suffusion séreuse », qu'il n'y avait eu « jamais d'ictère ni de vomissements ». Et alors sur quoi se base-t-on pour diagnostiquer une *cirrhose commençante* (je relève l'épithète) *du foie?* Sur ceci d'abord : que « le patient travaille à la forge, métier rude qui, d'après lui, le force à boire abondamment, ce qui pourrait bien avoir modifié à la longue le parenchyme hépatique » (la preuve n'est certes pas péremptoire); sur ceci ensuite : qu' « en palpant et en percutant dans différentes attitudes l'hypochondre droit, on constate, non sans quelque surprise, une diminution considérable dans les dimensions du foie, résultat d'autant plus facile à obtenir que le sujet est maigre ». Admettez avec moi que si en réalité la réduction du foie de cet homme à « un tiers de son volume » avait eu pour cause une cirrhose atrophique, on eût noté, en même temps que la diminution de volume, des troubles digestifs, de l'*ascite* et des urines rares et concentrées. Il n'y avait rien de tout cela. Aussi me suis-je cru autorisé à affirmer que ce premier malade n'avait pas une cirrhose atrophique du foie. Qu'avait-il donc? vraisemblablement ce *foie normalement trop petit* qui n'est pas excessivement rare, notamment chez des sujets maigres. Je transcris, à l'appui de ma thèse, le texte de Frerichs (*Traité pratique des maladies du foie*, etc., 2e édit., Paris, 1866, chap. II, p. 17, 18, 19) : « La détermination de valeurs numériques est entourée de difficultés nombreuses, car déjà, même dans l'état normal, le *foie* éprouve des différences sensibles, dont la raison est souvent difficile à trouver. Il y a une latitude assez considérable entre les limites au delà desquelles il peut être question de l'*hypertrophie* ou de l'*atrophie simple du foie* comme phénomène pathologique. Le poids de la glande, lors de la vieillesse (le sujet de M. Verneuil était un homme maigre de cinquante-neuf ans, vieillard par anticipation comme les alcooliques), *décroît en général plus vite que celui du reste de l'organisme* ». Quoi qu'il en soit, un vésicatoire est apposé sur la région du foie, et l'épistaxis, jusqu'alors incoercible, s'arrête : ceci est indéniable, je me l'explique physiologiquement, mais cela ne prouve pas du tout à mon sens que le foie était malade.

Le second fait soi-disant « précis, positif » de M. Verneuil serait encore une *cirrhose commençante du foie*. M. Verneuil trouve diminué de volume le foie d'un palefrenier qui, malgré les traitements variés mis en usage, a une hémorrhinie interminable après un coup de pied de cheval sur le nez. Diminué de volume? Est-ce bien sûr? M. Lancereaux (son nom est cité dans la communication) n'avait-il pas prétendu, après examen, que le foie était de dimensions normales? Bref, l'épistaxis est conjurée à la suite de l'application d'un vésicatoire sur la région hépatique. Je ne conteste pas ce succès, je me borne à émettre des doutes, en compagnie de M. Lancereaux, sur l'existence d'une maladie du foie.

Le troisième fait, « précis et positif » selon M. Guinard, est un cas de « *congestion chronique du foie* ». Ici, certainement, le foie était malade, ce qui ne veut pas dire, on va le voir, qu'il était responsable des épistaxis. Une *néphrite* (probablement *interstitielle*, puisqu'elle s'était compliquée d'une *affection du cœur*) avait précédé les autres symptômes; l'hypermégalie du foie (sans doute une *cirrhose cardiaque*) était consécutive à la cardiopathie. Contre la rhinorrhagie, réfractaire aux moyens habituels, M. Verneuil ordonne le *sulfate de quinine*, et place un large vésicatoire sur l'hypochondre droit. L'épistaxis cesse. « Qui du foie, ai-je écrit, qui du rein, qui du cœur a occasionné ces épistaxis? M. Verneuil de répondre : le foie. Pourquoi pas le rein? J'accuse volontiers le rein parce que l'épistaxis est extrêmement fréquente dans la néphrite interstitielle, autrement fréquente qu'au cours des lésions hépatiques.

Ailleurs on pourra accuser le cœur. Qui du sulfate de quinine ou du vésicatoire a bridé l'épistaxis? Le vésicatoire, dites-vous; pourquoi pas le sulfate de quinine qui réussit très bien dans les épistaxis intermittentes ou non, à type régulier ou irrégulier, quand même elles ne relèvent pas du paludisme, qui nous a réussi à haute dose chez un goutteux-rénal dont la vie était menacée par une énorme épistaxis? »

Alors je suis arrivé à cette conclusion : M. Verneuil a guéri de leurs épistaxis par la révulsion hépatique des gens qui n'avaient pas de maladie du foie, et, dans le seul cas de ce chirurgien où le foie était taré, ce n'est pas lui qui paraît justiciable des hémorrhagies nasales pas plus que ce n'est la révulsion hépatique (puisque c'est peut-être le sulfate de quinine) qui a conjuré ces hémorrhagies. Oseriez-vous, vu la fréquence des épistaxis et vu la rareté de la cirrhose atrophique, la seule maladie du foie à vraiment parler épistaxipare, prétendre qu'ils avaient *tous* une maladie du foie les épistaxiques qu'ont guéris *Bancius* (c'est lui (*Prax. med.*, p. 412) qui l'a employé le premier) par le vésicatoire para-hépatique, Galien et Wineler par les ventouses sur les hypochondres? S'étonnera-t-on de mon assertion? Contrairement à M. Guinard, j'estime que la découverte d'une « affection quelconque du foie, ancienne ou récente », chez un épistaxique, doit nous détourner de la révulsion au niveau de l'hypochondre droit. Les épistaxis hépatiques sont des hémorrhagies *dyscrasiques* qui ne seront curables que par des agents *modificateurs* de la *crase sanguine*. Le chlorate de potasse, à forte dose, conseillé par Harkin, remplit-il les conditions exigées? Pour en avoir été plusieurs fois témoin, j'ai confiance en l'efficacité du vésicatoire sur la région du foie (on obtiendrait, je n'en doute pas, pareil succès avec le vésicatoire *sur la région de la rate*), dans les épistaxis rebelles non dyscrasiques. Mais je me garderais bien de déclarer avec M. Guinard que, quand l'hémorrhagie s'arrête, c'est « un signe d'affection hépatique méconnue ». L'hémostase a tout simplement, me semble-t-il, sa raison d'être d'une part dans le mouvement, divergent que la révulsion imprime au sang, d'autre part dans le spasme vasculaire généralisé, et, conséquemment, dans le spasme des artérioles pituitaires succédant à l'irritation de la peau de l'hypochondre droit, qui, à preuve certains cas de syncope cardiaque (par anémie bulbaire artério-spasmodique) pendant les ponctions du foie, est douée d'une sensibilité surexquise.

Dr CH. LIÉGEOIS.

M. Liégeois reproche à M. Verneuil de vouloir établir « que l'épistaxis est plus souvent qu'on ne l'a cru jusqu'alors, sous la dépendance d'une maladie latente ou évidente du foie ».

Or, jamais que je sache, M. Verneuil ne s'est occupé de la fréquence relative ou absolue des épistaxis dans les maladies du foie. Il s'est toujours borné à « constater » que « certaines épistaxis rebelles » s'arrêtaient à la suite de la révulsion para-hépatique.

De là à conclure que dans ces cas-là on doit incriminer le foie il n'y a rien que de très naturel, surtout quand le foie est malade.

M. Liégeois lui-même semble abonder dans ce sens quand il écrit : « Pour en avoir été plusieurs fois témoin, j'ai confiance en l'efficacité du vésicatoire sur la région du foie, » ou encore : « ... un vésicatoire est apposé sur la région du foie, et l'épistaxis jusqu'alors incoercible s'arrête : *ceci est indéniable...* » (voy. plus haut). Et pourtant par une contradiction bien singulière, le même auteur nous dit quelques lignes plus loin que « la découverte d'une affection quelconque du foie, ancienne ou récente, chez un épistaxique, doit nous détourner de la révulsion au niveau de l'hypochondre droit! » Ainsi voilà un vésicatoire sur la région hépatique qui ne guérit les épistaxis que lorsque le foie n'est pas malade. Et M. Liégeois ne craint pas d'ajouter : « on obtiendrait pareil succès avec le vésicatoire sur la région de la rate. » Je n'accepterai cette assertion (qui ne repose d'ailleurs que sur une théorie un peu vague) que si M. Liégeois me cite des observations à l'appui. Et en attendant ces observations, qui, j'en ai peur, pourraient se faire désirer longtemps, M. Liégeois me permettra, en présence d'une épistaxis chez un hépatique, de ne pas mettre mon vésicatoire sur la cuisse ou sur le mollet, et de continuer à pratiquer la révulsion aussi près que possible de l'organe malade. Quant à savoir si l'hémostase aura lieu, comme le pense M. Liégeois, par suite « d'un mouvement divergent imprimé au sang » ou par un autre mécanisme, j'avoue que je ne me sens pas préparé à suivre l'auteur sur ce terrain et j'imagine que son hypothèse n'a pas des bases bien assises. Je cite en effet dans mon article plusieurs cas d'hémorrhagies chez des paludiques : le sulfate de quinine fut héroïque là où le vésicatoire para-hépatique avait échoué. Quel est donc ce fameux « mouvement divergent du sang » qui a lieu dans un cas et pas dans l'autre? Je n'insiste pas. Un mot en terminant : M. Verneuil, M. L.-H. Petit, M. Harkin (voy. les indications bibliographiques citées dans mon article) ont apporté (je ne parle pas de moi) un nombre considérable de faits positifs. M. Liégeois discute *trois* de nos observations *sans dire un mot des autres*, et oppose à ces faits une négation pure et simple. Cette négation est basée il est vrai sur des vues théoriques qui sont peut-être ingénieuses..., mais le moindre fait, fût-il négatif, ferait bien mieux notre affaire.

Aimé GUINARD.

— La question du traitement des épistaxis rebelles est d'ailleurs des plus complexes. Les faits cités par MM. Verneuil, Guinard, Garnier, etc., etc., démontrent que l'application d'un vésicatoire au niveau de la région hépatique arrête souvent des épistaxis jusqu'alors incoercibles. Mais jamais M. Verneuil n'a songé à soutenir que cette méthode les guérissait toutes. Le fait suivant n'a donc que des rapports indirectes avec le sujet en question :

La lecture du très intéressant article de M. Aimé Guinard, nous écrit M. le docteur Richaud, me remet en mémoire le fait suivant :

Le 28 avril dernier je suis appelé auprès d'une vieille dame de soixante-dix ans, la veuve P..., à l'effet d'arrêter une hémorrhagie nasale, qui durait depuis tantôt douze heures. L'écoulement qui se faisait par la narine droite, sans être très abondant, inquiétait vivement la malade et son entourage, en raison de sa durée.

L'examen des narines et des fosses nasales est négatif, mais poussant plus loin mon investigation, je découvre à la pointe du cœur un souffle très net d'insuffisance mitrale. J'apprends d'autre part que depuis quelques jours les urines sont devenues rares, et je constate un léger œdème des membres inférieurs.

Je prescris immédiatement la digitale; le premier jour de son administration l'épistaxis diminue et au bout de trois jours a complètement disparu. En même temps je constate une augmentation de la quantité des urines et la disparition de l'œdème.

Dr RICHAUD.

Reillanne (Basses-Alpes).

Prix Bouisson.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE »

A l'occasion de la fête du centenaire de l'Université de Montpellier, Mme Bouisson, désireuse de lier le nom de M. Bouisson à cette solennité, a institué deux prix: le premier de 6000 francs; le deuxième de 4000 francs, pour récompenser les meilleurs travaux sur la vie et les œuvres du professeur Bouisson.

A cet effet, la Faculté de médecine de Montpellier a pris la délibération suivante :

Mme Bouisson s'étant départie de la jouissance d'un legs de 100 000 francs fait par le professeur Bouisson à la Faculté de médecine de Montpellier :

Article premier. — Un concours est ouvert devant la Faculté de médecine de Montpellier, ayant pour objet une étude *sur la vie et les œuvres de M. Bouisson.*

Art. 2. — Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine.

Art. 3. — Deux prix sont institués pour la récompense des lauréats: le premier de 6000 francs; le deuxième de 4000 francs.

Art. 4. — Le concours sera clos le 1er avril 1890 et les manuscrits destinés au concours seront adressés avant cette date, terme de rigueur, à M. le doyen de la Faculté de médecine de Montpellier.

Art. 5. — Les manuscrits seront rédigés en langue française, ne portant ni signature, ni aucun autre indice personnel, et seront simplement accompagnés d'une épigraphe, qui sera reproduite sur un pli cacheté renfermant les noms et adresse de l'auteur.

Art. 6. — Dès la clôture du concours, M. le doyen de la Faculté de médecine de Montpellier convoquera le Conseil à l'effet de nommer une Commission, qui sera chargée d'examiner les manuscrits et de rédiger un rapport sur leur mérite respectif. Ce rapport sera lu dans une nouvelle séance, et le Conseil décernera alors les prix au scrutin secret.

Art. 7. — Les manuscrits non couronnés ne seront pas rendus, et les plis cachetés qui les accompagneront ne seront ouverts que sur la demande des auteurs.

Je suis bien aise, Monsieur le rédacteur en chef, de vous communiquer cet arrêté avec prière de vouloir bien en donner connaissance aux nombreux lecteurs de la *Gazette*, ou aux autres personnes qui seraient désireuses de prendre part à ce concours, dont les prix seront décernés à l'heure où un grand nombre de savants de France et de l'étranger se trouveront réunis à Montpellier.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

D[r] Boye,

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Béziers.

P.-S. — Les personnes qui désireraient concourir, pourront s'adresser à M[me] veuve Bouisson, Grand'Rue, 27, à Montpellier, qui tient à leur disposition les documents nécessaires à leur travail.

REVUE DES CONGRÈS

Congrès de médecine interne de Wiesbaden (avril 1889).

De la nature et du traitement de la goutte, par M. *Ebstein* (Göttingue). — L'acide urique est un poison chimique qui produit des lésions inflammatoires et nécrosiques; dans ces dernières seulement on rencontre les dépôts d'urates. Il se trouve en abondance dans la moelle des os et dans les muscles. De là il est transporté par les lymphatiques dans le sang, pour être ensuite éliminé par les reins. Quand les lymphatiques sont temporairement obstrués par l'acide urique, l'attaque de goutte éclate.

M. *Pfeiffer* (Wiesbaden). — Les déterminations cutanées sont plus fréquentes que les déterminations articulaires. Les premiers tophus se montrent dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; ce n'est que plus tard qu'on en trouve sur les capsules articulaires, les cartilages et les gaines tendineuses. C'est une erreur de croire qu'il y a chez les goutteux production exagérée d'acide urique. En dehors des attaques, leur urine en contient moins que chez l'homme sain; dans la cachexie goutteuse, il y en a moins encore, et cela, non par défaut d'élimination, mais par suite de diminution dans la production. L'auteur ne partage pas l'opinion d'Ebstein relative à la pathogénie de l'attaque. La diathèse urique est due au manque de solubilité de l'acide urique dans les humeurs de l'économie. Mais toutes les fois qu'elles acquièrent une alcalescence plus forte, il se dissoudra en plus grande quantité et provoquera les réactions douloureuses et inflammatoires de l'accès de goutte. Celui-ci est donc provoqué, non par l'acide urique insoluble, mais par celui qui est devenu soluble.

Le régime des goutteux doit surtout consister en matières albuminoïdes, viande et œufs; il faut interdire les hydrocarbures, qui augmentent la quantité d'acide urique libre dans l'urine et le sucre; il faut proscrire aussi le vin et la bière. Les carbonates alcalins sont très utiles, mais les sels de lithine n'ont pas d'action spécifique. Le traitement thermal ne saurait être trop recommandé dans la diathèse urique. Pour calmer les douleurs de l'accès et favoriser l'élimination urique, l'auteur conseille avant tout le salicylate de soude, et, en cas d'insuccès, le colchique et la liqueur Laville. Il recommande aussi de se méfier des massages exagérés, pendant l'accès surtout.

M. *Ebstein* émet l'opinion qu'il y a chez les goutteux augmentation de la production d'acide urique.

Du fonctionnement de l'estomac dans la phthisie pulmonaire. — M. *Immermann* (Bâle). — Les troubles gastriques qui accompagnent la phthisie et l'anorexie sont souvent un obstacle à l'alimentation, et surtout à l'alimentation forcée, si utile aux malades. A-t-on affaire à une véritable dyspepsie ou à des troubles nerveux? L'auteur a administré à cinquante-quatre malades le « repas d'essai de Leube », chez lesquels il a examiné le contenu de l'estomac quelques heures après. Il a constaté que les réactions chlorhydriques sont sensiblement égales à celles des hommes sains; il n'a trouvé ni acide butyrique, ni acétique, ni lactique. Le contenu de l'estomac, filtré et mis en contact avec du blanc d'œuf, a possédé le même pouvoir digestif que chez l'homme sain. Il en conclut que les véritables dyspepsies sont plus rares chez les phthisiques qu'on ne l'a cru, et que les troubles gastriques observés chez eux sont plutôt de nature nerveuse.

De l'hippocratisme. — M. *Petersen* (Copenhague) montre que les doctrines hippocratiques exercent encore leur influence en clinique, et que plusieurs axiomes hippocratiques qui, au point de vue de la science moderne, avaient été considérés comme naïfs, ont repris leur valeur, depuis que la bactériologie a éclairé l'étiologie des maladies, et relégué au second plan les observations purement anatomiques.

De l'impuissance virile. — M. *Fürbringer* (Berlin) cite plusieurs cas d'impuissance d'ordre mécanique produites par des rétractions des corps caverneux (par suite de thrombose probablement) ayant amené des incurvations angulaires du pénis.

Pour ce qui concerne l'impuissance « nerveuse », elle provient d'une localisation de la neurasthénie sur le système génital. L'auteur en a observé environ 200 cas en dix ans, chez des hommes entre dix-huit ans et cinquante-deux ans, mais dont le plus grand nombre avait plus de quarante ans. Au point de vue étiologique, 38 pour 100 en étaient atteints par suite d'uréthrites; 28 pour 100 par suite d'onanisme; 10 pour 100 seulement par suite d'abus sexuels; dans 11 pour 100 des cas il a trouvé des tares nerveuses chez les parents.

Un tiers de ces malades guérit. Le traitement est surtout du domaine de la médecine interne. L'auteur s'élève contre la pratique des spécialistes qui traitent l'urèthre, ce qui, en dehors des inflammations chroniques et des rétrécissements, est dangereux. Il recommande en première ligne le traitement de Mitchell, qui consiste dans l'emploi combiné de l'électricité, de l'hydrothérapie, du massage, et d'une alimentation fortifiante. Ce traitement est surtout bien suivi dans des établissemens spéciaux.

Présentation d'un crachoir de poche. — M. *Dettweiler* (Falkenstein) présente un crachoir construit dans le but d'empêcher la dissémination des bacilles. Il se compose d'un flacon, muni en haut et en bas d'une ouverture, afin de pouvoir être facilement nettoyé. Ces ouvertures sont fermées par des couvercles métalliques, appliqués hermétiquement à l'aide d'un ressort, comme dans les encriers. Les malades peuvent se servir de ce crachoir en toutes circonstances, et n'ont plus besoin de se servir du mouchoir dont Cornet a montré tous les dangers au point de vue de la contagion.

De la dilatation de l'estomac et de son traitement, par M. *Klemperer* (Berlin). — La dilatation de l'estomac est souvent accompagnée d'exagération de la production d'acide chlorhydrique. Dans beaucoup de cas d'hyperacidité, le système musculaire de l'estomac a conservé sa tonicité, mais souvent aussi il est affaibli. Dans un cas d'hyperacidité, la salive avait perdu une partie de son pouvoir de saccharification, et dans plusieurs autres cas de l'anacidité est survenue graduellement. Le pronostic n'est pas aussi mauvais qu'on le croit habituellement, car, même dans des cas invétérés, on voit l'estomac recouvrer sa motricité. Le régime doit surtout consister en albumine, en graisses et en hydrocarbures. Il est utile de faire tous les soirs un lavage pour modérer la fermentation. Comme médicaments, l'auteur conseille l'alcool, la créosote, les amers, l'électricité et les massages.

M. *Posner* (Berlin) dit que tant qu'il n'y a que des troubles fonctionnels, la guérison peut être complète; mais, quand l'affection est ancienne, elle n'est pas obtenue, parce que la dilatation a produit des altérations organiques.

M. *de Ziemssen* (Munich) recommande de ne pas renoncer au gonflement de l'estomac avec de l'acide carbonique, cette pratique étant précieuse pour le diagnostic et inoffensive.

(*A suivre*). Er. W.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 11 NOVEMBRE 1889.

Sur les myélocytes des poissons, par M. *Joannès Chatin.* — Poursuivant, depuis assez longtemps déjà, une série d'études histologiques du plus haut intérêt, M. J. Chatin s'est efforcé de démontrer que les éléments décrits, dans divers groupes d'animaux, en particulier chez les invertébrés, n'étaient autres que des cellules nerveuses. Reprenant cette même étude chez les poissons et examinant successivement la substance grise de la moelle, la substance corticale du cerveau, les lobes inférieurs, la rétine, l'auteur arrive à des conclusions qui confirment ses précédentes recherches. Il démontre en effet que les éléments nerveux décrits sous le nom de *myélocytes* doivent être rapportés non à un type histique spécial, mais à la cellule nerveuse dont l'aspect normal se trouve simplement modifié par quelques variations secondaires, variations qui se traduisent surtout par les grandes dimensions du noyau et par une réduction corrélative dans la partie somatique de l'élément.

Sur le strabisme, par M. *H. Parinaud:*

On admet que la déviation oculaire, dans le strabisme, est produite par le raccourcissement du muscle, l'antagoniste se trouvant proportionnellement allongé. De Græfe semble même croire que ce raccourcissement est primitif, car il récuse toute influence nerveuse. Cette doctrine est fausse, en grande partie, et elle est la cause de l'incertitude qui règne encore dans le traitement de l'affection.

Le strabisme concomitant reconnaît des influences nombreuses ayant leur siège dans l'œil ou le cerveau, mais *la cause immédiate de la déviation est toujours un trouble d'innervation* qui consiste dans un excès de l'innervation de la convergence pour le strabisme convergent, dans un défaut de cette même innervation pour le strabisme divergent. Le strabisme convergent est, le plus souvent, lié à l'hypermétropie, ainsi que l'a démontré Donders, et le point de départ de l'excès d'innervation de convergence réside dans l'effort accommodatif, en vertu de l'association fonctionnelle de la convergence et de l'accommodation. Pour le strabisme divergent, il faut reporter dans le cerveau l'influence que l'on a attribuée à l'insuffisance des muscles droits internes. Il ne s'agit pas d'une faiblesse congénitale des muscles, car ils se contractent normalement dans les mouvements associés parallèles des yeux; mais d'un défaut de leur innervation pour la convergence, comme l'admet Hansen Grutt. Ce défaut d'innervation est le plus souvent lié à la myopie; il tient au peu d'usage que les myopes font de leur accommodation; il peut être héréditaire ou acquis.

J'ai signalé des faits de paralysie de la convergence, observés depuis par Stölting, Bruns et Alf. de Græfe, dans lesquels l'innervation des droits internes est abolie seulement pour la convergence et qui démontrent l'existence d'un centre présidant à cette fonction. C'est par ce centre que s'établissent les rapports qui unissent la convergence à l'accommodation, c'est par lui que les vices de réfraction agissent sur la direction des yeux et peuvent produire le strabisme.

Le strabisme au début est donc purement dynamique. Quand la déviation est suffisamment fixe et prolongée, *deux ordres de modifications anatomiques tendent à se produire, les unes dans le cerveau, les autres dans les tissus de l'œil.* Celles du cerveau, qui s'établissent d'autant plus facilement que l'apparition du strabisme est plus rapprochée de la naissance, intéressent, d'une part, les connexions des yeux avec les centres visuels ou ces centres eux-mêmes et déterminent l'amblyopie; d'autre part, l'appareil d'innervation des muscles. Les modifications des tissus de l'œil, ou mieux de ses annexes, ne consistent pas seulement dans un raccourcissement du muscle, mais encore et surtout dans une rétraction de toutes les parties fibreuses qui se trouvent relâchées par la position vicieuse de l'œil, particulièrement de la capsule de Tenon.

Dans le strabisme divergent, même ancien, il est facile de démontrer qu'il n'y a pas de raccourcissement du muscle ni de rétraction d'aucune sorte, du moins dans la majorité des cas. Si l'on explore au périmètre l'amplitude des mouvements de latéralité, on remarque que l'arc excursif qui représente l'étendue de ces mouvements n'est pas déplacé dans le sens de la déviation, comme on l'admet théoriquement. En d'autres termes, le mouvement d'adduction de l'œil dévié en dehors a la même étendue que celui de l'œil sain, ce qui ne devrait pas avoir lieu si le muscle droit externe était raccourci. En outre, lorsque l'on a corrigé par une opération un strabisme externe, — ce qui veut dire ramené l'axe de l'œil dévié au parallélisme de celui de l'œil sain pour la vision à distance, — le mouvement d'adduction peut être exagéré, tandis que le mouvement de convergence reste encore insuffisant. Ces faits établissent que, dans le strabisme divergent, la faiblesse ou l'abolition de l'innervation de la convergence reste, à une période avancée comme au début, la cause essentielle de la déviation.

Dans le strabisme convergent, la rétraction a plus de tendance à se produire. On constate en effet après un certain temps, d'ailleurs très variable suivant les sujets, un déplacement de l'arc excursif qui, peu appréciable d'abord, se prononce avec l'âge. Lorsque le strabisme est très ancien, on peut observer, en outre, une réduction parfois considérable de l'amplitude des mouvements de l'œil. Mais les modifications anatomiques qui limitent les mouvements résident autant dans la rétraction de la capsule de Tenon que dans le raccourcissement du muscle.

Tous les chirurgiens ont remarqué que le seul détachement du tendon avec une petite ouverture de la capsule ne donne qu'un redressement très faible ou même nul. Pour obtenir un effet suffisant, il faut couper plus ou moins complètement ce qui résiste au crochet au-dessus et au-dessous du muscle, c'est-à-dire ouvrir la capsule; car dans le temps de l'opération qui consiste à détacher les insertions latérales du muscle, on débride surtout la capsule.

En outre, le simple débridement de la capsule, que je pratique dans certains cas depuis plusieurs années, donne un redressement de 10 à 20 degrés. On peut augmenter l'effet en le combinant avec l'avancement capsulaire de Wecker au niveau de l'antagoniste, et l'obstacle qui réside dans le raccourcissement du muscle peut être levé par l'élongation de ce dernier. Toutefois, le débridement de la capsule, simple ou combiné, est moins efficace pour le redressement de l'œil que la strabotomie, ce qui tient à ce que cette dernière opération agit de deux manières, en levant l'obstacle qui réside dans la rétraction des tissus et en créant une insuffisance du muscle dont on recule l'insertion. C'est à cette insuffisance que la strabotomie doit sa principale action; c'est à elle en particulier qu'elle doit son efficacité lorsque le strabisme est seulement dynamique, c'est-à-dire lorsqu'il n'y a pas encore de rétraction. Mais, si cette insuffisance a des avantages au point de vue du résultat immédiat, elle constitue un danger pour l'avenir, car elle ajoute son effet à la tendance qu'a tout œil exclu de la vision binoculaire à se porter en dehors et elle peut occasionner un strabisme externe, plus disgracieux et plus difficile à guérir que le strabisme primitif. Il ne faut donc pas pratiquer la strabotomie sans nécessité. Or, il y a des cas, particulièrement chez les enfants lorsque le traitement optique est insuffisant, où le redressement de l'œil peut être obtenu par le débridement de la capsule, seul ou combiné avec l'avancement, c'est-à-dire par une opération dans laquelle on ne touche pas aux insertions des muscles.

Activité comparée des diverses digitalines, par M. *G. Bardet:*

La *digitaline* cristallisée et la digitaline amorphe, préparées suivant la formule du Codex français, sont entièrement solubles dans le chloroforme; elles ont une activité identique et sont toujours comparables dans leurs effets.

La *digitoxine* allemande est incomplètement soluble dans le chloroforme, et son activité est, suivant les échantillons, deux à trois fois moindre que celle de la digitaline du Codex.

La *digitaléine* française et la digitaline allemande, toutes deux solubles dans l'eau et insolubles dans le chloroforme, ne sont pas des produits définis; elles ont une action semblable et une activité sensiblement égale, mais leur activité s'est montrée de vingt à trente-cinq fois moindre que celle de la digitaline du Codex ou digitaline chloroformique. D'autre part, il est possible que l'action sur le cœur ne soit pas exactement la même que l'action de la digitaline du Codex.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

M. *Dujardin-Beaumetz* dépose un *Pli cacheté*.

M. *Larrey* présente un grand nombre de mémoires publiés par *sir J. Fayrer*.

M. *Brouardel* dépose une note de M. *Crié* sur *les accidents causés par la décomposition des bois de construction*.

M. *Le Roy de Méricourt* présente un mémoire manuscrit de M. le docteur *Valude* (de Vierzon) sur *l'emploi thérapeutique du Pontobono, arbuste originaire du Mexique, contre les fièvres intermittentes*. — (Commission : MM. *Dujardin-Beaumetz* et *Léon Colin*.)

M. *Léon Le Fort* montre le modèle réduit d'une *table transportable à amputations*, imaginée par M. le docteur *Winocouroff* (d'Odessa).

Obstétrique. — M. *Guéniot* montre le cadavre d'un enfant né la nuit dernière à la Maternité, à huit mois, et qui présente une exencéphalie, ainsi qu'une bride amniotique ayant sectionné la bouche, le maxillaire supérieur et l'os malaire.

Hygiène de la vue. — M. le docteur *Motais* (d'Angers) donne lecture d'un mémoire sur l'hygiène de la vue dans les écoles et collèges de France, dont il a présenté les parties principales au mois d'août dernier au Congrès international d'hygiène et de démographie. — (Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. *Germain Sée*, *Gariel* et *Javal*.)

Trichiasis. — A la séance du 24 septembre dernier M. le docteur *Costomyris* a lu un mémoire ayant pour objet d'établir le sens exact d'un passage d'Hippocrate relatif à l'opération du trichiasis. M. *Javal*, chargé de faire un rapport sur ce mémoire, rappelle que dix-neuf interprétations ont déjà été données de ce passage par les traducteurs. Or M. Costomyris a vu à Cos une vieille femme qui pratiquait cette opération d'après la tradition de son père, né également à Cos, et il admet que son procédé est bien celui qu'a indiqué Hippocrate.

Prix. — Des rapports de prix sont lus en séance publique et en comité secret, ainsi que le rapport général sur les épidémies en 1888 par M. *A. Ollivier* et le rapport général sur les eaux minérales en 1887 par M. *Constantin Paul*.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

Proposition d'un prix relatif à la question de l'allaitement des jeunes enfants : M Blachez. — Les bains froids systématiques dans la fièvre typhoïde : M. Albert Josias. — La fièvre typhoïde à Paris : M. Chantemesse.

M. *Blachez* propose à la Société la fondation d'un prix de 1200 francs, qui serait accordé à l'auteur de la meilleure étude sur les *fermes d'allaitement*. Les candidats devront se prononcer sur la question de savoir s'il faut envoyer les enfants chez des nourrices à distance ou dans des fermes d'allaitement, c'est-à-dire dans des établissements où l'allaitement artificiel serait donné à la campagne avec du bon lait, par des femmes intelligentes.

— M. *Albert Josias* fait une communication sur *les bains froids dans la fièvre typhoïde*. (Voy. p. 758.)

M. *Cadet de Gassicourt* fait observer que la discussion de cette intéressante communication sera plus fructueuse, si on attend les résultats que fourniront les statistiques des divers traitements employés contre la fièvre typhoïde dans les différents services de Paris. Ces résultats doivent être publiés par les membres de la Société en janvier prochain.

M. *Gérin-Roze* demande si M. Josias donne les bains froids à l'exclusion de toute autre thérapeutique.

M. *Josias* répond qu'il donne les bains froids à l'exclusion de toute autre méthode antipyrétique ou antiseptique.

M. *Juhel-Rénoy* n'a jamais remarqué comme M. Josias que le bain froid fût une cause de diarrhée.

M. *Du Cazal* fait observer que la méthode de Brandt est inapplicable dans certains cas d'épidémie. A Clermont-Ferrand, en 1887, il avait dans le même temps cent typhiques à soigner et ne pouvait qu'à grand'peine appliquer la méthode de Brandt aux vingt malades les plus gravement atteints.

M. *Millard* applique la méthode de Brandt dans son service et en tire de bons résultats; comme M. Juhel-Rénoy, il n'a jamais observé qu'elle occasionnât la diarrhée.

M. *Chauffard* soutient que, dans les cas graves, la méthode de Brandt est insuffisante; il faut donner un bain toutes les deux heures et demie et la durée de chacun d'eux doit être de vingt minutes.

M. *Gaucher* a soigné dix-sept typhiques à la Charité pendant la même période de temps où M. Josias observait ses trente-six malades. Un seul malade a été traité par la méthode de Brandt, seul il est mort. Il n'accuse pas cette méthode, car le cas était très grave, mais, faisant abstraction de ce malade, il en reste seize traités sans eau froide et qui tous ont guéri.

— M. *Chantemesse* fait une communication sur l'étiologie de la fièvre typhoïde à Paris et sa propagation par l'eau de Seine. Pendant le mois de mai de cette année, l'eau de rivière a été fournie à certains quartiers de Paris. Or, trois à quatre semaines après la substitution d'eau, le nombre des entrées hospitalières par fièvre typhoïde s'élève peu à peu. A mesure que cette distribution s'étend à des arrondissements nouveaux, la morbidité typhoïde augmente. Dans la même ville et pour le même temps, les statistiques ont montré à l'orateur que la zone recevant l'eau de rivière subissait un chiffre de mortalité typhique de trois à quatre fois plus élevé que celui des régions fournies d'eau de source. L'eau de Seine est donc une des causes principales de la fièvre typhoïde à Paris. Le rôle pathogénique de l'eau potable puisée dans la Seine est encore aggravé par ce fait que le *Bulletin de statistique municipale* ne compte pas les embarras gastriques fébriles dont un grand nombre ne sont que des fièvres typhoïdes modifiées.

M. *Ollivier* a montré de son côté que cette année l'épidémie de fièvre typhoïde avait apparu à Paris trois à quatre semaines après la distribution de l'eau de Seine. Tous les ans, à Paris, mille personnes meurent de la fièvre typhoïde et sept à huit cents pourraient être épargnées. Il faudrait mettre le public malgré lui à l'abri de la contamination, en ne lui donnant que de l'eau de source comme eau d'alimentation, et en ne la gaspillant pas, pour l'arrosage ou les usages industriels. On devrait faire adapter deux tuyaux de conduite dans chaque maison : un tuyau petit, à débit peu considérable, mais suffisant, amènerait l'eau de source; un tuyau plus gros déverserait autant d'eau de Seine qu'on en voudrait.

M. *Vaillard*, dans les eaux consommées par quelques garnisons qu'éprouvait une épidémie de fièvre typhoïde, a pu six fois constater très nettement la présence du bacille typhique.

M. *Labbé* demande la nomination d'une Commission chargée d'examiner la question et de la soumettre au préfet de la Seine ou au ministre de l'intérieur.

MM. *Ferrand*, *Lailler*, *Ollivier* appuient cette motion.

La Société, sur la proposition de M. *Cadet de Gassicourt*, nomme une Commission formée de MM. *Lailler, Ollivier, Chantemesse, Chauffard, Vaillard.*

Fernand WIDAL.

Société de biologie.

SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE.

Phosphorescence animale : M. R. Dubois. — Résistance des germes tétaniques à l'action des antiseptiques : MM. Bassano et Steullet. — Automatisme psychologique : M. P. Janet. — Anesthésie locale par la strophantine : M. Gley. — Action convulsivante de l'anis, la badiane : MM. Cadéac et Meunier. Discussion : M. Laborde. — Pouls veineux de la saphène : M. François-Franck. — Dosage de l'acide urique : MM. Arthaud et Butte. — Endocardite maligne : M. Girod. — Noyaux des noctiluques : M. Pouchet. — Inoculation d'animaux vaccinés : MM. Charrin et Roger. — Mucilage des graines de lin : M. Brandza.

M. *Raphaël Dubois* envoie une note sur la phosphorescence animale.

— M. *Laborde* présente une note de MM. *Bassano* et *Steullet* sur la résistance des germes tétaniques à l'action des antiseptiques. Les auteurs ont obtenu des cultures inoculables du bacille de Nicolaïer au moyen des tissus d'une blessure préalablement cautérisée avec l'acide phénique à 25 pour 100. Ils ont également vu se développer le tétanos chez un cheval soigné dans une stalle préalablement désinfectée par le chlorure de chaux et restée pendant un certain temps inhabitée.

— M. *Richet* présente, au nom de M. *Pierre Janet*, un travail sur l'automatisme psychologique.

— M. *Gley* a obtenu par l'instillation sous la paupière de 3 à 4 gouttes d'une solution au 1/1000 de strophantine ou d'ahaouine une anesthésie locale avec myosis d'une durée de trois à quatre heures.

— MM. *Cadéac* et *Meunier* présentent un long travail ayant pour but de démontrer que dans la liqueur d'absinthe l'essence d'absinthe est tout à fait inoffensive, tandis que les essences d'anis, de badiane et d'hysope produisent un état d'hébétude qu'ils donnent comme caractéristique de ce qu'on nomme l'absinthisme.

M. *Laborde* maintient les conclusions du travail qu'il a publié avec M. *Ollivier*, conclusions qui corroborent les faits précédemment démontrés par M. *Magnan*, savoir : que l'essence d'absinthe est un convulsivant et que la majorité des alcooliques du fait de l'absinthe présentent des convulsions épileptiformes.

— M. *François-Franck* relate un nouveau cas de pouls veineux de la veine saphène consécutif à la disparition des valvules dans les troncs abdominaux, mais ici les pulsations ont pour origine les changements de pression dans l'abdomen causés par les variations de volume des artères, et non comme dans le cas précédemment cité un reflux du sang jusque dans la saphène causé par une insuffisance tricuspidienne.

— M. *Quinquaud* présente une note de MM. *Arthaud* et *Butte* sur un procédé de dosage de l'acide urique basé sur l'insolubilité de l'urate cuivreux. Les auteurs précipitent l'acide urique au moyen d'une liqueur titrée de sulfate de cuivre réduit par l'hyposulfite de soude. La réaction est terminée lorsqu'une goutte de liquide bleuit à l'air quand on l'a préalablement additionnée d'ammoniaque.

— M. *Girode* rapporte sept cas d'endocardite maligne où il a pu constater la présence des bacilles de la fièvre typhoïde, de la tuberculose ou de la suppuration.

— M. *Pouchet* décrit les particularités que présentent les noyaux de noctiluques à l'état normal et pendant la multiplication soit par segmentation, soit par gemmiparité.

— MM. *Charrin* et *Roger*, ayant inoculé le bacille pyocyanique dans le tissu conjonctif de la peau du flanc d'animaux vaccinés ou non, ont vu le nombre de ces bacilles diminuer avec le temps chez les vaccinés, alors qu'ils envahissaient l'organisme des non-vaccinés. La disparition des bacilles dans l'endroit où s'est faite l'inoculation ne tient aucunement à une dissémination dans l'organisme, non plus qu'à une élimination par les urines, mais paraît liée au développement des leucocytes au point où s'est faite l'inoculation.

— M. *G. Bonnier* présente, au nom de M. *Brandza*, une note d'où il résulte que le mucilage dont s'entourent les graines de lin au moment de la germination est le produit d'une transformation de l'amidon.

SÉANCE DU 16 NOVEMBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. DUCLAUX, VICE-PRÉSIDENT.

Observations physiologiques au sujet des méthodes actuelles d'anesthésie : M. Dastre. Discussion : M. Laborde. — Expériences physiologiques sur la tour de 300 mètres : M. Hénocque. Discussion : M. Bonnier. — Mort du fœtus dans le sein maternel : MM. Butte et Charpentier. — Anomalie que présentent au point de vue des échanges gazeux certaines plantes épiphytes à chlorophylle : M. Bonnier. — Interprétation de l'immunité des animaux vaccinés : M. Roux. Discussion : M. Laborde. — Innocuité de l'oxygène préparé par le procédé Boussingault : M. Gréhant.

M. *Dastre* présente quelques observations physiologiques au sujet de l'anesthésie par les procédés actuels : 1° on peut se procurer en France du chloroforme pur et on peut le conserver en l'additionnant de 1 pour 100 d'éther ; 2° si la méthode de Spencer Wells a donné des résultats différents à MM. Polaillon et Léon Le Fort, on doit en voir la cause dans le mode d'emploi du produit vendu sous le nom de chlorure de méthylène, qui n'est en réalité qu'un mélange de chloroforme et d'alcool méthylique. MM. Spencer Wells et Léon Le Fort, qui ont constaté les bons effets de cette méthode, font inhaler les vapeurs du produit au moyen d'un appareil spécial, ce qui revient à produire l'anesthésie par mélanges titrés suivant la méthode de Paul Bert, tandis que M. Polaillon, qui applique une compresse imbibée de ce produit à l'orifice des voies respiratoires, ne lui reconnaît aucun avantage sur le chloroforme ; 3° l'emploi du chloral et de la morphine, associés au chloroforme, n'a rien de rationnel, car le chloral est aussi un poison du cœur. Cependant la morphine présente quelque avantage, car son emploi permet de diminuer la dose du chloral, mais il ne faut pas oublier qu'elle est susceptible de suspendre la respiration.

M. *Laborde* confirme l'exactitude des observations de M. Dastre. Il fait remarquer de plus que M. Polaillon a employé un mélange contenant plus de chloroforme que celui de Londres dont s'est servi M. Le Fort.

— M. *Hénocque* communique le premier résultat de ses expériences physiologiques sur la tour de 300 mètres. Il a surtout constaté une augmentation de près de moitié dans l'activité de la réduction de l'oxyhémoglobine et cette augmentation se produit aussi bien quand on se sert de l'ascenseur que lorsqu'on fait l'ascension à pied.

M. *Bonnier* demande si cette augmentation est durable ou s'il se produit une accoutumance comme celles qu'on remarque chez les habitants des climats d'altitude.

M. *Hénocque* dit que ses recherches ne sont pas encore terminées, mais qu'il a remarqué que l'augmentation présentait un maximum au bout d'une heure et persistait deux à trois heures après la descente.

Dans les mêmes conditions, M. *Potain* a constaté une augmentation notable dans la tension artérielle.

— MM. *Butte* et *Charpentier* ont remarqué que la mort du fœtus par hémorrhagie de la mère a lieu avant la mort de celle-ci quand l'hémorrhagie est lente ou qu'elle n'est pas mortelle, mais que la mère meurt avant le fœtus quand l'hémorrhagie est foudroyante ou seulement rapide. Ils en concluent qu'on doit provoquer l'expulsion du fœtus lorsque à la suite d'une hémorrhagie de la mère on constate un ralentissement marqué dans la circulation du fœtus.

— M. *Bonnier* a constaté que chez les plantes épiphytes à chlorophylle, telles qu'Euphrazia et Bartzia, aucun dégagement d'oxygène ne se produit, bien que la plante soit insolée, la respiration l'emportant sur l'assimilation du carbone. Il n'en est pas de même pour le Gui.

— M. *Roux* fait hommage à la Société de la conférence qu'il a faite devant la Société royale de Londres le 23 mai 1889. Il fait observer qu'à cette date il avait présenté au sujet de l'immunité chez les animaux vaccinés l'interprétation suivante: la résistance d'un organisme à l'action des microbes pathogènes est due à une résistance naturelle ou à une accoutumance acquise des cellules à l'action des poisons sécrétés par les microbes. La virulence dépend de la faculté qu'ont les organismes pathogènes de se développer rapidement ou de sécréter des poisons qui paralysent le développement des phagocytes de Metschnikoff.

M. *Laborde* demande s'il y a lieu de croire que les microbes sont morts dès qu'ils ont été absorbés par les phagocytes.

M. *Roux* répond que ces microbes sont si bien vivants que M. Metschnikoff a pu les colorer et qu'il les a vus développer des colonies quand on ensemençait les phagocytes dans des milieux nutritifs.

— M. *Gréhant* a constaté qu'après avoir fait respirer à des chiens 150 litres d'oxygène, préparé industriellement au moyen de la baryte par le procédé Boussingault, la capacité respiratoire du sang n'avait pas changé, tandis qu'il avait constaté une légère diminution à la suite d'expériences où il employait l'oxygène préparé en chauffant des poids égaux de chlorate de potasse et de bioxyde de manganèse.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1889.—PRÉSIDENCE DE M. FERNET.

Du somnal: M. Constantin Paul. — De l'acide sulforicinique M. Berlioz. — De l'action des sucres sur l'économie: M. Kügler (Discussion: MM. Duhomme, Catillon, Boymond, Cadet de Gassicourt, Bucquoy, Bardet, Huchard, Rougon).

M. *Constantin Paul* communique à la Société le résultat d'expériences qu'il a commencées sur le *somnal*. Il a donné ce médicament à la dose de 2 grammes par jour à une malade de son service atteinte de rhumatisme articulaire aigu; bien que les douleurs fussent peu violentes, le sommeil était difficile, constamment troublé par des sensations d'élancements très pénibles. La malade a pu dormir, et d'un sommeil réparateur, grâce au médicament qui n'a d'autre inconvénient que d'être désagréable à prendre, même associé au sirop de groseilles.

— M. *Berlioz* fait une communication sur l'*acide sulforicinique* comme dissolvant de certains topiques. Cette substance, qui a la propriété de s'émulsionner facilement dans l'eau, a l'avantage de dissoudre le naphtol, le salol, ce qui permet de l'employer comme excipient de ces antiseptiques. Depuis trois mois on s'en est servi pour préparer avec le naphtol β des liquides destinés au lavage des fosses nasales et dont l'emploi a donné des résultats encourageants.

— M. *Kügler* fait connaître les résultats qu'il a obtenus en analysant pendant quinze jours les urines de deux malades auxquels M. Constantin Paul a administré des doses quotidiennes de 100 grammes de *lactose*. Il en est résulté une diurèse modérée (2610 centimètres cubes chez un des malades, 2003 chez l'autre), mais jamais de réduction de la liqueur de Fehling ni de déviation au polarimètre. Donc pas de signes de la présence du sucre dans les urines. Parfois seulement, au moment du refroidissement, un précipité vert sale se formait pour disparaître quand on chauffait à nouveau l'urine après addition d'acide sulfurique dilué.

De même, 100 grammes de glycose et de sucre de canne ont pu être donnés par jour sans que les urines présentassent la réaction du sucre.

M. *Constantin Paul*, pour compléter la communication de M. Kügler, fait remarquer que les malades en question. étaient athéromateux.

M. *Duhomme* rappelle avoir antérieurement cité des cas dans lesquels, parce qu'on n'obtient pas la réaction rouge caractéristique, on croit à l'absence du sucre, alors même qu'en réalité les urines en contiennent de 20 à 30 grammes. Le précipité vert ne prouve rien. Ce qui est caractéristique, c'est le brusque revirement qu'on obtient quand on chauffe de l'urine avec la liqueur de Fehling étendue d'eau.

M. *Catillon* fait remarquer que ces réactions louches se produisent surtout lorsqu'il existe des urates en excès. L'équivoque persiste-t-elle quand on les précipite préalablement par le sous-acétate de plomb et l'hydrogène sulfuré?

M. *Duhomme* répond affirmativement En effet, il a expérimenté avec de la créatine et de la créatinine tirées d'une part de grandes quantités d'urines dont quelques-unes devaient être sucrées, d'autre part de l'extrait de viande. Dans le premier cas, la réaction jaune caractéristique du sucre s'est produite, elle a fait défaut dans le second. Du reste, si l'on se sert d'une éprouvette qui a contenu une urine sucrée et n'a pas été lavée, on obtient une teinte louche quand on opère ensuite sur une urine normale.

M. *Boymond* a vu une fois des urines qui, chauffées avec la liqueur de Fehling, ne donnaient aucune réaction alors que le polarimètre y révélait une quantité notable de sucre (30 à 40 grammes).

M. *Duhomme* se défie de l'examen avec le polarimètre qui l'a toujours égaré, marquant zéro, en présence d'urines dans lesquelles les réactifs révélaient 1 ou 2 grammes de sucre. En outre, après avoir soumis à un régime rigoureux le malade qui avait fourni le liquide analysé, il lui est arrivé d'observer une déviation paradoxale au polarimètre. Ce qui résulte de ce que dans beaucoup d'urines il y a des substances qui dévient à gauche sans être du sucre.

M. *Cadet de Gassicourt* demande si on a suffisamment étudié l'action diurétique de la glycose. Quant à lui, il a donné pendant six à sept jours à un enfant de treize à quatorze ans une dose quotidienne de 150 grammes de glycose. La quantité des urines a notablement augmenté, tant que la quantité d'eau associée au médicament a été considérable, mais elle est devenue très inférieure lorsqu'on a fait diminuer le véhicule aqueux. Est-ce donc l'eau administrée avec la glycose qui produit la diurèse?

M. *Bucquoy*. Pour obtenir un effet diurétique avec la lactose, il faut lui associer près de deux litres d'eau, qui seuls ne produisaient pas cette diurèse.

M. *Bardet* a constaté des déviations polarimétriques à gauche obtenues avec des urines normales. Quelle est la cause de ce phénomène qui est assez fréquent?

M. *Huchard* a fait aussi avec la lactose de nombreuses expériences dont il résume les résultats de la façon sui-

vante : la lactose administrée avec beaucoup d'eau a produit un effet diurétique manifeste ; avec peu d'eau, pas de diurèse. Donc les faits rapportés par M. Sée et par M. Beaumetz seraient des illusions thérapeutiques. La lactose agirait par l'eau dont elle est baptisée.

M. *Rougon* a donné la lactose chimiquement pure et le sucre de lait à une personne ayant les reins sains. Les résultats ont été les mêmes avec les deux substances. 50 à 80 grammes de lactose dans 300 grammes de liquide ont à peine modifié la quantité des urines. Il croit que l'action diurétique dépend seulement de la quantité du véhicule.

M. *Duhomme* a été amené par un simple sentiment de curiosité à s'occuper de la présence des petites quantités de sucre, car pour lui 1 ou 2 grammes n'ont aucune importance.

M. *Boymond*. Les urines qui contiennent des peptones dévient à gauche, et l'urobiline produit une coloration verte dont on a raison avec l'acétate de plomb et le sulfate de soude.

M. *Constantin Paul*. Il faut distinguer entre l'action diurétique et l'action hydragogue; cette dernière est peu sensible à la suite de l'administration de la lactose.

M. *Kügler* demande qu'on distingue le sucre de lait de la lactose qui est son produit de décomposition.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Georges BAUDOUIN.

REVUE DES JOURNAUX

Du traitement de la diphthérie, par M. BURGHARDT. — L'auteur conseille de faire deux fois par jour des insufflations d'un mélange à parties égales de fleurs de soufre et de sulfate de quinine. Il a ainsi traité 33 cas qui ont tous guéri. Il recommande aussi ce traitement comme prophylactique. (*Wiener medicin. Presse*, 14 avril 1889.)

De l'inconvénient de la chloroformisation à la lumière du gaz d'éclairage. — Dans cet article on donne l'opinion de divers auteurs, tels que Langenbeck, Iterson, Fischer, qui ont observé des accidents sous l'action de la lumière du gaz d'éclairage. Ces accidents, quelquefois mortels, sont surtout des accidents d'asphyxie brusque et rapide; d'autres fois des accès de toux, des vertiges, des vomissements et des douleurs de tête. (*Berl. klin. Woch.*, n° 13, et *Wiener med. Presse*, 21 avril 1889.)

Comment le médecin doit soigner la peau de ses mains, par M. MEYER. — Les lavages fréquents avec ou sans antiseptiques irritent la peau et produisent des excoriations ou des rougeurs. L'auteur conseille de frotter les mains, après les avoir lavées et séchées, avec une des pommades suivantes qui lui ont été conseillées par le professeur Liebreich : 1° lanoline, 50 grammes; vanilline, 1 centigramme; essence de roses, 1 goutte; 2° lanoline, 100 grammes ; paraffine, 25 grammes; vanilline, 1 centigramme; essence de roses, 1 goutte. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 14 janvier 1889.)

Travaux à consulter.

DE L'ACIDE LACTIQUE DANS LA PHTHISIE LARYNGÉE, par M. A. SAKOLOWSKI.—Cette médication, qui n'est plus nouvelle, obtient les suffrages de l'auteur. Elle donne, dit-il, 80 pour 100 de succès, alors qu'abandonnée à elle-même, la maladie ne s'améliore que 16 fois sur 100.

Il conseille les applications de solutions titrées de 25 à 75 pour 100, et même parfois de l'acide lactique pur. Les symptômes subjectifs et objectifs s'atténuent, dit-il, après les badigeonnages et la dysphagie diminue. Quant à la douleur causée par le pansement, M. Sakolowski n'en tient guère compte, faisant fond sur un des badigeonnages préalables avec la cocaïne pour la prévenir ou l'atténuer. Enfin, il associe ce traitement avec le grattage, complétant cette opération par des attouchements consécutifs avec l'acide lactique. (*Wiener klin. Woch.*, n°s 4 et 5, 1889.)

DE L'ÉLONGATION NERVEUSE CONTRE LE TORTICOLIS, par M. le docteur C. RENTON. — Il s'agissait d'un cas de torticolis spasmodique du sterno-mastoïdien gauche, consécutif à un refroidissement, chez un malade âgé de vingt et un ans. L'échec des diverses médications et la persistance du spasme décidèrent M. Renton à intervenir chirurgicalement. Il mit à nu le nerf spinal accessoire et pratiqua l'élongation, suivant en cela l'exemple de M. Campbell (de Morgan). La guérison fut immédiate; toutefois, en cas de récidive, M. Renton serait d'avis de pratiquer la neurotomie. (*Glasgow med. Journal*, mai 1889.)

DU TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE INFANTILE, par M. JACOBI. — Pendant la première enfance, l'arsenic est le médicament de choix. On peut, pendant des semaines, le prescrire quotidiennement à la dose de 1 milligramme d'acide arsénieux ou de deux gouttes de liqueur de Fowler et l'associer aux toniques ou aux excitants et surtout aux préparations d'opium qui en facilitent la tolérance.

M. Jacobi recommande aussi la digitale parce qu'elle favorise la circulation et augmente les sécrétions. D'ailleurs elle est bien indiquée dans les cas fréquents où la phthisie accompagne l'insuffisance musculaire du cœur. Il préfère l'extrait fluide en capsules ou en pilules, parce qu'il est mieux toléré que l'infusion ou la teinture et l'associe au fer, aux amers et aux narcotiques. Cependant il peut être utile d'obtenir une action plus rapide. Dans ce cas, M. Jacobi essaye volontiers le strophantus et surtout la caféine. (*Deut. med. Zeitung*, 1889, n° 27.)

DU TRAITEMENT DES DIVERSES FORMES DE RHUMATISME, par M. le docteur W.-N. MACCALL. — C'est une apologie de la médication salicylique que le mémoire de l'auteur. Il considère cette dernière comme le meilleur remède de la douleur, mais il la regarde aussi comme d'une faible utilité comme l'hyperthermie, et pour la prévention des troubles cardiaques et des rechutes. De plus, à son avis, et après vingt-cinq années d'expérience clinique, il déclare que les salicylates n'abrègent pas la durée de la maladie.

Il recommande l'administration du salicylate de soude par prises de 1 gramme, répétées toutes les heures pendant deux ou trois heures, suivant les circonstances. On doit en continuer l'emploi, mais à doses moindres, pendant les huit ou dix jours qui suivent la disparition de la douleur et la chute de la fièvre. Chez l'enfant, l'antipyrine peut, ajoute-t-il, lui être avantageusement substituée; mais, par contre, chez l'adulte, la salicine et le salol ne sont utiles que si les salicylates échouent. (*Brit. med. Journal*, 4 mai 1889.)

DE L'ANTIFÉBRINE DANS LE TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE, par M. le docteur Th. DILLER. — Malgré les inconvénients de ce remède, l'auteur l'a prescrit à sept épileptiques. La dose quotidienne était dans cinq cas de quatre grains et dans deux cas de huit grains, qu'il administrait en deux ou quatre prises, soit en nature, soit en capsules.

La médication fut continuée pendant quatre mois, et on nota durant ce temps le nombre des attaques, qui diminua en moyenne dans le rapport de 35 à 65 pour 100, par rapport au nombre moyen de celles qui furent observées dans un même espace de temps et en l'absence de toute médication. M. Diller attribue cet effet à l'antipyrine, constate que son administration ne provoque pas de dépression mentale et physique comme celle des bromures, et qu'elle n'a pas l'inconvénient de produire des éruptions cutanées. (*The therap. Gaz.*, p. 383, 13 juin 1889.)

L'Ural, un nouvel hypnotique, par M. Poppe. — Cette substance a la forme de cristaux; se dissout dans l'alcool, un peu moins dans l'eau. Elle possède une saveur désagréable et une certaine amertume. Enfin, elle est obtenue en dissolvant l'uréthane dans le chloral. C'est donc un médicament composé.

D'après l'auteur, elle posséderait des propriétés hypnotiques bien supérieures à celles de l'uréthane et aurait l'avantage, comme le chloral, de ne provoquer ni troubles cardiaques, ni modification considérable de la pression sanguine. Jusqu'ici on en a fait usage contre les affections cardiaques, dans le cours des névroses et contre l'insomnie des divers aliénés. (*Saint-Petersburger med. Woch.*, mars 1889.)

De l'action toxique de l'arécoline, par M. Marmé. — Cette substance, qui existe avec l'arécaïne dans les graines des Aréca, est toxique, et d'après les essais physiologiques de l'auteur, se rapproche par ses effets de ceux de la pelletierine et de la muscarine.

Elle agit sur la moelle, le cerveau, les muscles striés, provoque des troubles respiratoires et modifie les sécrétions. Une injection d'atropine peut suspendre cette action. Comme la pelletierine, elle n'exerce aucune action sur les terminaisons des nerfs moteurs et diffère ainsi du curare. De plus, comme la première de ces substances, elle agit comme antihelminthique. En résumé, l'activité de ces propriétés et la toxicité de l'arécoline ne permettent pas de l'utiliser en thérapeutique. Sa connaissance présente donc surtout un intérêt toxicologique. (*Nachrichten d. Konigl. Gesellsch. zu Gottingen*, 1889, n° 7.)

Recherches cliniques sur le sulfonal et la paraldéhyde, par M. E.-M. Hay. — L'auteur a employé comparativement ces deux substances dans un grand nombre de cas et à la suite de ses observations, croit pouvoir formuler les conclusions suivantes :

1° La paraldéhyde est le meilleur hypnotique quand il s'agit d'en faire usage pendant longtemps. Elle trouve des applications les plus nombreuses contre l'insomnie des aliénés, mais elle peut rendre aussi des services quand il existe de la toux, de la dyspnée et de la fièvre.

2° Existe-t-il de la dépression mentale et de la mélancolie? C'est là une contre-indication de l'emploi du sulfonal. Existe-t-il de la manie? On doit alors le préférer à la paraldéhyde.

3° Un grand état de faiblesse doit faire éviter l'usage du sulfonal. De plus, dans 18 pour 100 des cas où on a noté des symptômes d'intoxication par le sulfonal, il s'agissait de personnes très impressionnables. Enfin, ce corps peut amener des troubles sécréteurs et provoquer des phénomènes qui ne sont nullement en rapport avec les doses ingérées. La paraldéhyde est exempte de ces inconvénients. (*The American Journal of the med. sc.*, juillet 1889, p. 34.)

Des inhalations de chloroforme dans les affections cardiaques et pulmonaires, par M. H. Rosembach. — L'indication principale de ces inhalations est de diminuer rapidement des accès de dyspnée dans l'asthme, les cardiopathies et l'emphysème. Elles diminuent aussi la cardialgie, bien que la morphine soit préférable contre elle.

La technique de ces inhalations est simple. Elle consiste à verser quelques gouttes de chloroforme sur un tampon d'ouate placé dans un tube à analyse et à placer le tube sous les narines et devant l'orifice buccal. M. Rosembach ajoute même que cette médication diminuerait l'œdème pulmonaire. (*Therap. Monats.*, 1889, p. 175.)

BIBLIOGRAPHIE

Du sang et de ses altérations anatomiques, par M. G. Hayem. In-8°, 1035 pages, 130 figures. — G. Masson, Paris, 1889.

Le professeur Hayem, en présentant cet important volume, indique le but qu'il s'est proposé d'atteindre, et nous prévient qu'il ne constitue pas un traité d'hématologie. Il a voulu réunir, en les groupant suivant un ordre rationnel, les résultats de ses recherches sur l'étude anatomique du sang. Il ne lui a pas fallu moins d'un millier de pages pour résumer ses nombreuses publications, dont plusieurs contiennent des observations détaillées, des analyses, en somme des documents qu'il est intéressant de trouver réunis en un seul volume. C'est, ainsi que le dit l'auteur, une sorte de long mémoire original, et un livre d'étude plutôt qu'un livre de lecture.

On comprendra que nous ne puissions faire ici une analyse, fût-elle sommaire, d'une œuvre aussi étendue, et encore moins en entreprendre un examen critique, d'autant plus que tous ses chapitres, en raison de leur grand intérêt, mériteraient une sérieuse discussion; c'est pourquoi je me bornerai à une vue de l'ensemble de l'ouvrage.

Les six parties peuvent être ramenées à deux ordres de recherches, l'anatomie et la physiologie du sang, et les modifications du sang dans les maladies. Est-il nécessaire de dire que l'histoire histologique du sang forme un exposé très complet de la morphologie des divers éléments du sang, et que l'étude des hématoblastes y occupe la plus large place, si bien que ceux-là même qui n'adopteraient pas complètement les conclusions d'Hayem sur le rôle des hématoblastes dans la formation des globules rouges du sang, ne sauraient contester la découverte qu'il revendique, à savoir qu'il a montré que ces microcytes observés par les histologistes, chez les animaux supérieurs, représentent un véritable élément anatomique faisant partie de la constitution normale du sang.

On retrouvera, au début de cette première partie, la technique de la numération des divers globules du sang; mais c'est dans la quatrième et la cinquième partie que sont réunis des articles d'anatomie et de physiologie de la plus grande importance, tels que les altérations morphologiques des hématies, des hématoblastes, des leucocytes et du sérum, enfin les modifications des caractères généraux du sang dans les divers processus et dans le travail de la rénovation.

Les chapitres de pathologie renferment un grand nombre d'observations et constituent les résultats pratiques obtenus par les procédés d'analyse et par les investigations répétées du professeur et de ses élèves; c'est pourquoi ils ont été largement développés. La chlorose, l'anémie pernicieuse, l'anémie posthémorrhagique, les anémies symptomatologiques, les toxhémies, occupent prés de la moitié du livre; c'est dire qu'un grand nombre de documents y sont réunis, et que l'auteur y a groupé ses observations et exposé ses doctrines personnelles.

A cet égard, l'étude de la chlorose est un des exemples les plus frappants du rôle que peut remplir l'analyse morphologique du sang dans la clinique aussi bien qu'en nosologie. En effet, les modifications dans le nombre, dans la forme et dans la richesse en matière colorante des globules du sang expliqueraient la nature primordiale ou protopathique de la chlorose, qui, pour Hayem, est caractérisée par la déglobulisation du sang, ou, plus spécialement, par un défaut dans l'évolution des hématies plutôt que par un ralentissement ou un arrêt dans leur production. La conclusion thérapeutique de cette théorie de la chlorose, c'est que le fer, le protoxyde de fer et principalement le protoxalate de fer en sont les médicaments spécifiques « sans exception et sans restriction ». La formule est précise, et Hayem nous affirme qu'il ne compte pas d'échecs par la médication martiale; il faut l'en féliciter; mais les praticiens moins exceptionnellement heureux feront bien de s'aider des médications qui excitent l'activité des échanges, telles que les préparations de strychnine, l'hydrothérapie, l'électrothérapie même, dans les cas où le ralentissement de la nutrition qui, pour moi, constitue le second facteur caractéristique de la chlorose, n'est pas sensiblement modifié par le fer.

Si l'on voulait se rendre compte rapidement des résultats obtenus par les divers procédés d'observation du savant professeur, il suffirait de parcourir le dernier chapitre, qui est un résumé des applications de l'examen clinique du sang au diagnostic et au pronostic des maladies. Les caractères sont tirés, soit du processus de coagulation, des modifications quantitatives et qualitatives des globules rouges, de la numération des globules blancs, des hématoblastes, et enfin de la coagulation du sérum *in vitro*.

Ces modifications peuvent être rapportées à plusieurs types correspondant à divers états pathologiques. Parmi ceux-ci, il est certaines maladies dont le diagnostic peut être fait à l'aide de l'examen du sang : c'est ainsi que l'étude du processus de la coagulation dans les maladies aiguës vient en aide au clinicien dans des cas difficiles.

La distinction des phlegmasies et des pyrexies résulte de l'examen du réticulum, dont la fibrine est augmentée ou diminuée. C'est ainsi que le réticulum fibrineux existant dans la grippe et même dans l'embarras gastrique, permet de distinguer ces maladies de la fièvre typhoïde au début où l'on ne trouve pas le même type de réticulum; dans la pneumonie, l'existence du réticulum indiquera la nature phlegmasique ou l'absence du pyrétique; enfin la septicémie, la septicémie puerpérale, le rhumatisme cérébral sont décelés au point de vue hématologique par des signes tirés de la coagulation.

Dans les maladies chroniques, il faut combiner les divers procédés; en effet, il ne suffit pas de dénombrer les globules rouges, mais il faut compter les globules blancs, et les hématoblastes, pour obtenir des moyens de diagnostic, comme dans la leucocythémie, le cancer, ou des renseignements sur les complications phlegmasiques, insidieuses, la marche de l'affection, enfin sur l'influence du traitement. Or, à ce dernier point de vue, c'est dans les anémies que l'analyse morphologique du sang rend les plus grands services et s'impose au clinicien en y ajoutant l'appréciation de la quantité d'oxyhémoglobine; telle est, dans ses faits généraux, la disposition de ce livre, qui est en quelque sorte le bilan des recherches d'Hayem et de ses élèves sur le sang.

A envisager les résultats de ses travaux et de ses observations, l'on comprend fort bien l'aphorisme placé en tête de l'ouvrage : « L'avenir appartient à l'hématologie. » C'est une revendication et un programme auquel je m'associe bien sincèrement à condition que l'hématologie comprenne tous les moyens d'étude physique ou chimique du sang. Hayem le dit quelque part : dans la chlorose, l'étude de la quantité d'oxyhémoglobine du sang est un moyen de renseignement plus précieux que la numération des globules; on peut regretter qu'il ajoute ailleurs que la question du dosage clinique de l'oxyhémoglobine ne lui paraît pas encore résolue, et qu'en mentionnant l'hématoscopie il lui adresse des objections théoriques qui, du reste, ne résistent pas à l'observation pratique. Pour n'en citer qu'une, à savoir que l'hématoscopie ne montre que l'hémoglobine totale, je répondrais simplement qu'il suffit d'avoir examiné une seule fois du sang veineux dans l'hématoscope, pour savoir qu'il est possible, en suivant ma méthode, de reconnaître à la fois l'oxyhémoglobine et l'hémoglobine réduite, et d'en calculer les quantités relatives, résultat qu'on n'obtiendrait pas par la numération des globules.

En effet, Hayem a montré, contradictoirement avec Malassez, que l'écart du nombre des globules rouges dans le sang veineux et le sang artériel n'offre que des différences négligeables.

De même, comment ne pas admettre qu'en clinique la détermination hématoscopique de la quantité d'oxyhémoglobine dans le sang des capillaires, et, bien plus encore, l'étude spectroscopique de la réduction de l'oxyhémoglobine dans les capillaires du pouce ne puissent donner des renseignements précis sur l'état du sang dans la circulation générale, puisque dans la numération des globules on n'observe également que sur le sang des capillaires?

Répétons-le pour conclure, l'avenir, en effet, est à l'hématologie, parce qu'elle saura bénéficier à la fois des procédés physico-chimiques du laboratoire et des procédés cliniques et pratiques tels que la chromométrie, la diaphanométrie et l'hématospectroscopie.

A. HÉNOCQUE.

VARIÉTÉS

LÉGION D'HONNEUR. — Ont été nommés ou promus à l'occasion de l'Exposition universelle :

Au grade d'officier : M. Arloing, directeur de l'École vétérinaire et professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Meuriot et Poyet (de Paris); Leloir, professeur à la Faculté de Lille; Planche (de Balarue); Affre (de Baume); Gérard (de Beauvais).

FACULTÉ DE MÉDECINE (*hôpital Necker, service de M. le professeur Guyon*). M. le professeur Guyon reprendra ses leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires le mercredi 20 novembre, à dix heures, et les continuera les mercredis suivants à l'amphithéâtre. Les mercredis : opérations, leçons à l'amphithéâtre. Les samedis: opérations, visite des malades.

M. le docteur Albarran fera tous les mardis, à dix heures, des démonstrations d'anatomie pathologique des voies urinaires; il commencera le mardi 26 novembre.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. le docteur de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital, reprendra ses leçons cliniques le jeudi 28 novembre à neuf heures.

COURS LIBRES. — M. le docteur Landolt commencera son cours de chirurgie oculaire, samedi 23 courant, à sa clinique, 27, rue Saint-André-des-Arts, et le continuera tous les samedis.

INSTITUT PASTEUR. — Le Conseil d'administration de l'Institut Pasteur vient de se réunir pour entendre le rapport de M. Pasteur sur l'exercice 1888-1889.

Le service de la rage, sous la direction de M. Grancher, et par les soins de MM. Chantemesse et Charrin, a traité, du 1er novembre 1888 au 1er novembre 1889, 1830 personnes françaises ou étrangères, parmi lesquelles 11 ont succombé à la rage, malgré le traitement : mortalité, 0,60 pour 100. En écartant de la statistique, comme il convient, 4 personnes mortes pendant le traitement ou dans les quinze jours qui l'ont suivi, la mortalité est réduite à 0,38 pour 100, chiffre encore inférieur à celui des années précédentes. M. Pasteur fait remarquer que les personnes mordues par des animaux reconnus enragés par certificats de vétérinaires donnent sensiblement la même mortalité que celles mordues par des animaux dont la rage a été démontrée par inoculations, ce qui prouve que l'examen des vétérinaires est fait sérieusement et que l'admission au traitement est soumise à un contrôle sévère.

Ces résultats du traitement de la rage ne sont pas les seuls; on sait que l'Institut Pasteur a pour objet, outre la vaccination antirabique, l'étude des maladies virulentes et contagieuses, et l'application des découvertes de la microbie à l'hygiène et aux sciences biologiques. Un grand nombre de mémoires, trop souvent loués ici-même pour que nous ayons à en rappeler les titres, ont été publiés au cours de l'année dernière par le personnel attaché aux laboratoires de MM. Duclaux, Roux, Chamberland et Metschnikoff.

On voit avec quelle activité fonctionnent les divers services de cette institution dont les mémorables travaux feront si grand honneur à la science française et à l'illustre fondateur de cet Institut.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du doyen de la presse médicale, M. le docteur G.-A. Quesneville, directeur du *Moniteur scientifique*, décédé à l'âge de quatre-vingts ans, le 11 novembre dernier.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant*.

21060. — MOTTEROZ. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

BULLETIN

Paris, 27 novembre 1889.

Faculté de médecine : **Création d'une chaire de clinique des maladies des voies urinaires.** — *Académie de médecine :* **La vaccine ulcéreuse.**

La Faculté de médecine de Paris vient d'émettre le vœu qu'une chaire de clinique chirurgicale des maladies des voies urinaires soit créée à l'hôpital Necker. Le cours de pathologie chirurgicale professé jusqu'à ce jour par M. Guyon serait confié à un agrégé. Nous ne pouvons qu'applaudir, sans réserve aucune, à ce vote et souhaiter, à notre tour, que l'Administration de l'assistance publique prenne, sans retard, les mesures nécessaires pour en assurer l'exécution. Quant au ministre de l'Instruction publique, il n'hésitera pas à considérer comme parfaitement légitime et, par conséquent, à sanctionner une décision dont la légalité ne peut être contestée. Toutes les fois, en effet, qu'une chaire est déclarée vacante dans une Faculté quelconque, le conseil des professeurs est consulté par le ministre sur la question de savoir s'il convient de maintenir celle-ci avec ses attributions premières ou s'il ne paraît pas plus utile d'en modifier le titre. Le plus souvent, à la Faculté de médecine surtout — car dans les autres Facultés bien des chaires ont été transformées — on répond en désignant un nouveau titulaire, sans modifier en rien la nature de ses fonctions. Dans le cas actuel il n'en pouvait être ainsi. M. le professeur Guyon, depuis qu'il dirige avec tant d'éclat à l'hôpital Necker un service de clinique spéciale où son enseignement *libre* attire, instruit et retient un si grand nombre d'élèves distingués, a rehaussé, en raison de la renommée aussi incontestée que légitime qu'il s'est acquise dans tous les pays, l'honneur de la chirurgie française. Reconnaître, en lui donnant la sanction officielle d'un enseignement magistral, l'importance et l'intérêt de cette chaire clinique, c'était récompenser d'éminents services rendus depuis bien des années à plusieurs générations d'élèves ; c'était aussi rendre hommage au talent et au caractère d'un de nos maîtres les plus célèbres ; c'était enfin et surtout affirmer qu'une chaire officielle peut et doit être créée lorsqu'il existe pour l'occuper dignement un savant qui a fait ses preuves.

C'est cette dernière conclusion que nous tenons surtout à retenir. Une Faculté de médecine, sans devenir une École des Hautes Études, a le droit de ne pas négliger les occasions d'étendre son influence et d'accroître au dehors son autorité et son prestige. L'École de la Salpêtrière, pour ne citer qu'un seul exemple, a singulièrement aidé à la renommée de la Faculté de Paris le jour où son illustre chef a été investi officiellement des fonctions de professeur de clinique des maladies nerveuses. Il a été permis, à cette époque, de créer une chaire nouvelle. Les nécessités budgétaires s'y opposant aujourd'hui, il était bon que la Faculté de médecine, affirmant son droit absolu de modifier au moins provisoirement le titre d'une chaire magistrale, émît un vœu qui ne peut manquer d'être bien accueilli.

— M. le docteur Hervieux, après avoir été une seconde fois visiter les victimes de l'épidémie de vaccine ulcéreuse de La Motte-aux-Bois, est venu hier confirmer définitivement les hypothèses qu'il avait émises dès le début. Il ne s'agissait point de syphilis, mais bien d'une série d'éruptions probablement ecthymateuses. Tous les malades sont guéris et l'histoire médicale peut, grâce aux recherches si précises du savant directeur de la vaccine, enregistrer une nouvelle et curieuse observation d'accidents non syphilitiques consécutifs à la vaccination. Aussitôt après avoir entendu la lecture du premier rapport de M. Hervieux (*Gaz. hebd.*, p. 606 et 622), nous avions rendu hommage à la loyauté avec laquelle il venait discuter scientifiquement devant l'Académie une question d'ordre scientifique et nous avions insisté tout particulièrement sur les arguments qu'il avait développés avec tant de précision pour démontrer qu'il s'agissait de vaccine ulcéreuse et non de syphilis. Nous ne pouvons donc que regretter, avec M. Hervieux, les injustes critiques adressées par quelques-uns de nos confrères de la presse provinciale à son premier travail. En exprimant le vœu que ses détracteurs apportent désormais dans tous leurs articles autant de loyauté et un respect de la vérité égal à celui dont il a donné la preuve, M. Hervieux a dignement répondu à d'injustes attaques.

— La discussion sur la prophylaxie de la tuberculose vient de s'ouvrir devant l'Académie. Un grand nombre d'orateurs se sont fait inscrire. Pour éviter d'inévitables redites, nous remettons à une prochaine séance l'appréciation critique du débat.

THÉRAPEUTIQUE

Des propriétés physiologiques et des indications thérapeutiques des iodiques comme agents vasculaires.

Il y a des remèdes anciens qui, bien différents de certains vieillards, conservent, malgré leur âge, le privilège de la puissance et de la virilité.

L'iode et les iodiques ne sont-ils pas de ceux-là?

Tour à tour, suivant les circonstances, fondants et résolutifs, altérants ou substitutifs; antiputrides d'abord, antiseptiques et nécrophytiques depuis; au besoin, nervins, eutrophiques, eupnéiques; que de vertus! Une seule leur manquait, celle qui depuis quelques années leur a valu le titre envié de médicament artériel pour les uns et, tout dernièrement, celui de cardio-vasculaire pour les autres.

La lacune était fâcheuse. Les cliniciens soupçonnaient bien cette propriété médicinale; c'était déjà quelque chose. Sans en pénétrer le secret, ils l'utilisaient, c'était encore bien; ils en retiraient des profits thérapeutiques, c'était beaucoup mieux.

En un mot, les iodiques rendaient depuis longtemps les services de médicaments vasculaires, sans en posséder la juste renommée. En vérité, c'était fâcheux, j'ajouterai même humiliant pour un médicament que, par intuition et d'inspiration, on prescrivait si volontiers!

Naguère, Coindet, Orfila, Kuss; plus près de nous, Bhöm, Rose, Bogolopoff, Sokolowski, Rummo, Martin (de Lyon), etc., etc., avaient cependant signalé quelques-uns des phénomènes cardio-vasculaires provoqués par les iodiques; mais les observations en étaient incomplètes; l'expérimentation directe n'avait pas déterminé leur mécanisme. Il fallait le chercher.

Telle fut l'origine de recherches que j'ai commencées il y a bientôt quatre ans et que je poursuis encore au laboratoire de thérapeutique de l'hôpital Bichat.

Ces recherches ont-elles été infructueuses? Non, je le constate d'autant plus volontiers qu'elles ont motivé des essais de contrôle. Pour ma part, en janvier 1887, j'avais déjà prouvé leur fécondité, en discutant les indications de la médication artérielle (1).

Ce n'est pas tout : il y aura bientôt sept ans, dans un mémoire justement estimé (*Revue de médecine*, 1883), M. H. Huchard révélait les puissants effets des iodures dans le traitement de la sténocardie. Puis, revenant maintes fois sur cette question, en 1885, en 1886, aux Congrès de l'Association française à Grenoble et à Nancy, en 1887, en 1888 dans ses *Leçons sur la tension artérielle dans les maladies*, notre cher maître et ami généralisait l'emploi de la médication artérielle contre les affections qu'il a décrites sous le nom de « cardiopathies artérielles. » Pour lui, à l'heure actuelle, comme il y a six ans, les iodures alcalins restent « les médicaments artériels par excellence »; pour lui, comme il le déclarait en 1883, « l'*iodure est la digitale des artères* »; pour lui, enfin, j'invoque le témoignage de ses récentes *Leçons sur les maladies du cœur*, la démonstration clinique est faite : elle a donc précédé la démonstration physiologique.

Enfin, il y a quelques jours, le 8 octobre dernier, M. G. Sée a, lui aussi, du haut de la tribune académique, mentionné les expériences intéressantes de M. Lapicque, et donné une confirmation des faits signalés ici même depuis 1887 et observés bien avant le mois d'octobre 1889.

Les questions de priorité sont d'intérêt secondaire pour les praticiens : je passe donc outre, et j'aborde — il en est temps — les faits expérimentaux qui légitiment l'emploi de ces remèdes dans les affections du cœur et des vaisseaux.

I

L'iode métalloïdique, l'iodoforme, les iodures alcalins et l'iodure d'amyle possèdent des propriétés cardio-vasculaires.

Les autres iodiques sont-ils doués de ces mêmes vertus? Peut-être.

Suivant l'ordre chronologique, j'interroge en premier lieu le dossier physiologique de l'*iode métalloïdique*.

Depuis Coindet, c'est classique, et surtout depuis Orfila — le fait date donc de loin — on savait que l'iode modifie la circulation. C'étaient, j'en conviens, des connaissances sommaires. Coindet avait ébauché seulement l'histoire physiologique de l'iode; Orfila en avait plutôt formulé la toxicologie. Peu importe, les faits existaient; Kuss les constatait après eux. Ils démontrent qu'à dose élevée et ingéré à l'intérieur, ce métalloïde accélère les battements du cœur et du pouls.

Plus tard, c'est encore classique, Rose l'expérimenta sur les chiens et entrevit deux périodes dans l'action de l'iode sur l'organisme. Durant la phase initiale, il notait la pâleur des téguments et l'abolition des battements des vaisseaux artériels de la périphérie. En langage plus moderne et plus physiologique, c'étaient là des phénomènes de vaso-constriction.

Pendant la seconde phase, il remarquait le retour du pouls, son accélération et la rougeur de la peau; en un mot, des phénomènes de vaso-dilatation. Par contre, Bohm — c'est toujours classique — fut moins heureux et ne constata pas la vaso-constriction initiale. Reste à savoir s'il expérimentait dans des conditions identiques.

Cette physiologie de l'iode métalloïdique est incomplète, je l'avoue. Qui donc n'en a pas convenu? La technique de telles expériences offre des difficultés malaisées à vaincre, on le sait. On n'ignore pas non plus que l'irritation des tissus par ce métalloïde fait obstacle à son administration par la voie sous-cutanée ou bien intraveineuse.

A défaut de faits plus décisifs, on est donc bien obligé de se contenter de ceux qui sont classiques. Ils existent : il faut en tenir compte. D'ailleurs, ils ne sont pas contraires à la thèse que je soutiens; cela me suffit.

Et puis, l'ordre chronologique dans lequel ces phénomènes se produisent n'offre-t-il pas un intérêt tout exceptionnel pour interpréter les effets cardio-vasculaires de l'iodure de potassium? Voici que l'on vient encore de les catégoriser en deux groupes, les uns appartenant à ce que

(1) Ch. Eloy, *La médication artérielle* (*Gazette hebdomadaire*, 1887, n° 2) et articles Iode, Iodoforme et Iodure de potassium du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

l'on a nommé la phase de vaso-constriction, les autres à la phase de vaso-dilatation. Sous une désignation nouvelle, voici encore, à des années de distance, la distinction que l'on avait établie aux temps de Rose, de Bohm et des autres. En vérité, il y a de récentes découvertes qui ressemblent à des renouvellements.

L'étude physiologique d'un autre iodique, l'*iodoforme*, procure des résultats plus décisifs. Témoin les expériences de Rummo (*Archives de physiologie*, 1883) et la thèse de M. Martin (de Lyon) en 1882. Ce dernier a montré l'influence de l'iodoforme sur la pression artérielle, c'est-à-dire la principale propriété vasculaire de cette substance. M. Rummo a étudié son influence sur le cœur, en d'autres termes, son action cardiaque. Il est superflu de rappeler en détail ces expériences; leur ignorance est, de la part de ceux qui les oublient, un inexcusable délit contre la bibliographie, à moins que ce ne soit une lacune de mémoire.

L'iodoforme modifie la circulation en abaissant la pression sanguine. M. Martin a vu cette dernière descendre de 192 à 120 millimètres. Il opérait sur des chiens et mesurait ces variations au moyen du manomètre. Ces conditions expérimentales étaient satisfaisantes, et cet iodique se comportait bien à la manière des agents de dépression de la tension vasculaire.

On déduit mieux l'action cardiaque de l'iodoforme des observations de M. Rummo. Dans les premiers moments qui suivent son absorption, les battements du cœur augmentent de fréquence; plus tard, ils diminuent en nombre et perdent leur régularité; l'organe se ralentit et finalement s'arrête en diastole. Voilà donc ici encore les deux phases de l'action décrite; l'une initiale, d'excitation; l'autre tardive, de dépression. Décidément, la théorie des deux phases n'est point inédite.

M. Rummo place la cause de ces phénomènes dans l'influence de l'iodoforme sur les centres nerveux. C'est une interprétation; je l'enregistre sans la discuter, mais je retiens, d'une part, l'action cardiaque de l'iodoforme et son action vasculaire; d'autre part, la succession des deux ordres de phénomènes : ici, une phase initiale, accélération du cœur; là, une phase tardive, ralentissement cardiaque (Rummo) et abaissement de la tension artérielle (Martin). Si la chimie ne nous avait pas depuis longtemps appris à connaître la parenté de famille des iodiques, cette remarque suffirait pour admettre l'analogie de ces effets avec ceux de l'iode.

J'arrive aux composés alcalins de ce métalloïde : l'iodure de lithium, d'ammonium, de sodium et de potassium.

L'étude expérimentale de l'*iodure de lithium* est encore à faire; toute conclusion physiologique à son égard serait prématurée.

L'action de l'*iodure d'ammonium* sur l'organisme n'est guère connue. Je suis contraint de mettre cet iodure hors de débat, puisque dans toutes mes tentatives pour en injecter les solutions même faiblement titrées, sous la peau, j'ai provoqué la turgescence des vaisseaux périphériques, des convulsions violentes et la mort rapide, presque immédiate, des animaux. La toxicité de cet iodure est donc grande; sa pureté chimique laisse à désirer; à l'heure actuelle c'est un médicament que le thérapeutiste prudent évitera de prescrire.

Il en est tout autrement, on le sait assez, de l'*iodure de sodium* et de l'*iodure de potassium*. On s'entend sur les propriétés chimiques et sur les qualités physiques qui les rendent maniables et de facile administration. La concurrence thérapeutique que ces remèdes se font entre eux a une tout autre origine.

Peut-on, à l'aide de faits expérimentaux, estimer leur valeur respective comme agents cardio-vasculaires?

Jusqu'en 1885, je le répète à nouveau, on n'avait pas cherché à déterminer l'influence de l'iodure de sodium sur la circulation. Si on mettait à profit ses vertus cardio-vasculaires, c'était sans en avoir pénétré la cause.

Pour ce motif, en novembre et décembre 1886, j'ai entrepris, au laboratoire thérapeutique de l'hôpital Bichat, de mesurer les modifications de la pression sanguine sur des lapins de grande taille, avant, pendant et après l'action de l'iodure alcalin.

Voici le dispositif de ces expériences : je mets la carotide en communication avec un manomètre élastique enregistreur. Les oscillations de la colonne mercurielle révèlent les variations de la pression sanguine; un stylet les enregistre.

L'injection est pratiquée avec une solution aqueuse au dixième du sel ioduré, et, comme moyen de contrôle, avec une solution de bicarbonate de soude, titrée en fonction de l'équivalent chimique du sodium.

J'ai adopté la méthode sous-cutanée et la région abdominale, l'une pour voie d'introduction du médicament, l'autre pour lieu d'élection de l'injection. Au demeurant, ce dispositif expérimental n'est pas dépourvu de valeur, puisque d'autres observateurs viennent de l'adopter aussi, avec cette différence, je l'avoue, qu'ils préfèrent la voie veineuse à la voie hypodermique pour introduire dans l'organisme la solution médicamenteuse, et qu'ils choisissent le chien de préférence au lapin; ce qui, somme toute, rend l'expérience sinon plus probante, du moins plus aisée.

Lapin ou chien, tissu cellulaire ou veine, qu'importe! Ces dispositifs et cette technique présentent d'heureuses analogies. Faut-il s'en étonner? Non; ils ne sont pas originaux : tous ceux qui fréquentent les laboratoires les connaissent, beaucoup les pratiquent; en fait ils consistent dans l'adaptation à la thérapeutique expérimentale de l'ingénieuse instrumentation de MM. Marey et F. Franck.

Voilà donc, en abrégé, les premières expériences qui furent faites en France sur les iodures alcalins. Avaient-elles une valeur? Je l'ai déjà établi plus haut. Démontraient-elles l'action vasculaire, vaso-dilatatrice et artério-dépressive de ces iodiques? Oui, et j'ai pu affirmer dès les années 1887 et 1888, qu'à la dose de 50 à 60 centigrammes par kilogramme du poids de l'animal, l'iodure de sodium produit un abaissement de tension artérielle qui, évaluée en fonction du temps, est dans le rapport d'un demi, voire même d'un tiers, après quinze, vingt et trente minutes, et, comme je l'ai vu depuis, soixante et quatre-vingt-dix minutes.

Cette période d'hypotension artérielle persiste trois, quatre et même cinq heures, durant lesquelles la tension, exprimée en millimètres, revenait graduellement à un chiffre normal. Cet abaissement a été jusqu'à 46 et 49 millimètres dans mes expériences. J'ajouterai que l'injection sous-cutanée des solutions de carbonate de soude ne donne que des résultats négatifs, preuve nouvelle et confirmative de la faible influence des sels de soude sur la circulation.

Ce n'est pas tout; pendant la durée de l'expérience, il existe de la turgescence des vaisseaux périphériques, une élévation thermique de trois à quatre degrés, — élévation dis-

paraissant quand, par une dose excessive, on provoque, non plus des phénomènes physiologiques, mais bien des phénomènes toxiques, — enfin, la congestion des muqueuses oculaire et buccale. Ce sont bien là, si je ne me trompe, les phénomènes accusateurs de la vaso-dilatation périphérique.

Dans les mêmes conditions expérimentales, l'iodure de potassium provoque de semblables troubles circulatoires. Je les avais notés dès le début de ces recherches, de sorte que j'étais autorisé à écrire comme je l'ai fait à la page 330 du tome XVI (4e série) du *Dictionnaire encyclopédique:* « Ces deux iodures alcalins diminuent la pression sanguine, et, à ce point de vue, l'action de l'iodure de potassium ne diffère pas de celle de l'iodure de sodium. » J'ajoutais : « Cette constatation expérimentale avait son utilité pour réfuter l'opinion de ceux qui, avec Husemann, attribuaient au potassium une action vasculaire qui appartient à l'iode et aux divers iodiques, et qui en fait des médicaments artériels. »

Ces remarques étaient-elles mal fondées? Non, les partisans les plus décidés de l'iodothérapie dans les maladies du cœur, en reconnaissent aujourd'hui la légitimité. Ils attribuent aussi à l'iodure de potassium les vertus d'un agent dépresseur de l'artério-tension. Je sais bien qu'ils motivent leur préférence pour ce sel et leur répugnance pour l'iodure de sodium sur la pauvreté du premier en eau de cristallisation et sur sa richesse relative en iode. Ce sont, au point de vue chimique, d'incontestables qualités.

N'existe-t-il pas cependant un désavantage qui diminue la valeur de ces mérites ? Oui, car cet iodure, comme tous les sels potassiques, possède, depuis les travaux de Ritter, de Feltz, de Cl. Bernard et d'autres, la juste réputation d'agir sur le myocarde à la manière des poisons musculaires, ou bien, de l'avis de Traube, sur l'appareil nerveux du cœur.

MM. G. Sée et Lapicque sont moins sévères à son égard. Ils espèrent même utiliser cette propriété, je devrais dire cette vertu, au point de vue thérapeutique. D'où, ici encore, comme pour l'iode, deux périodes dans l'action cardio-vasculaire de l'iodure de potassium : avec cette différence cependant que l'une est dite phase potassique et l'autre phase iodique. Pendant la première, le potassium élève la tension sanguine en augmentant l'activité cardiaque ; ce métal, — grand privilège, — jouerait donc, durant cette phase, le rôle d'un médicament artério-tenseur. Cette action serait cependant passagère. Vient une seconde période : l'iode agit : plus d'intervention de la base alcaline ; la pression s'abaisse. C'est, pour ainsi parler, l'heure de la vaso-constriction et de la chute de la pression artérielle qui peut — j'emprunte ces chiffres à M. Lapicque — atteindre 80 millimètres.

Cette période iodique — soupçonnée par nos aînés, observée, dirais-je à mon tour, en mettant de côté toute considération théorique, dans presque toutes les expériences — cette période est celle que le clinicien avisé provoque et utilise. Elle a fait la puissance et elle assure la fortune thérapeutique des iodiques comme agent de la médication artérielle.

En fait, je me répète, c'est donc bien à deux années de distance, une validation décisive des résultats expérimentaux que j'ai obtenus en 1887.

Voici maintenant une objection : la phase de l'iode est tardive ; elle s'ouvre au moment où le potassium a été éliminé par l'organisme ; pourquoi ? Ici les avocats de la théorie des deux périodes sont obligés d'invoquer l'hypothèse assez banale du dédoublement de l'iodure potassique par le sang : en potassium qui est éliminé et en iode qui se combine avec les sels de sodium contenus dans l'organisme et forme un iodure de sodium.

Cette réaction chimique est-elle réelle ? On le dit ; c'est probable. Qu'en conclure?

Sinon que l'iodure de sodium est l'aboutissaut de cette réaction, et que, finalement, en partant de l'iodure de potassium, on arrive à l'iodure de sodium. Eh bien, sans prendre parti soit pour, soit contre la supériorité de l'un ou de l'autre sel, il semble, — n'est-ce pas? — tout à fait superflu d'imposer à l'organisme la fastidieuse mission de procéder à cette opération chimique, et au thérapeute l'obligation de partir d'un composé potassique de l'iode pour arriver à un composé sodique du même métalloïde.

Décidément « tout chemin mène à Rome », même en thérapeutique, et pour y arriver, il y a des observateurs qui prennent la route de Canossa.

II

Ces iodiques possèdent donc la commune propriété de provoquer l'abaissement de la tension artérielle et la dilatation des vaisseaux périphériques. Ici donc, à l'instar d'un illustre physiologiste, on peut, au point de vue fonctionnel, considérer l'ensemble des petits vaisseaux, comme une sorte de cœur périphérique, et répéter après lui ce que j'écrivais à propos de la médication artérielle : « Les iodiques soulagent le cœur central aux dépens du cœur périphérique et le résultat de leur action est, pour ainsi parler, celui d'une saignée interne. »

Après cela, faut-il s'attarder aux effets du chlorure de potassium sur le cœur et sur les vaisseaux ? Cette étude rentre, si je ne me trompe, dans celle de l'action physiologique des sels de potasse. Par contre, il est d'un intérêt plus réel de noter que, dans la famille des iodiques, le meilleur agent vasculaire est celui qui diminue l'obstacle circulatoire en atténuant la tonicité artérielle, sans menacer la fibre myocardique d'un préjudice et l'innervation cardiaque de quelques troubles.

Cet iodique, quel est-il à l'heure actuelle? L'argumentation précédente ne permet pas l'hésitation. Je n'insiste pas ; ce serait plaider la cause déjà gagnée de l'iodure de sodium.

Faut-il mesurer l'importance de ces faits expérimentaux ? Non ; je rappelle, cela suffit, qu'ils servent de base physiologique et clinique à « l'*artério-thérapie*, » médication féconde puisqu'elle consiste, par l'emploi de l'hygiène et des médicaments dépresseurs de la tension artérielle, à alléger et à favoriser le travail du cœur plutôt qu'à le tonifier directement, en facilitant au profit du cœur central la dilatation des vaisseaux. C'est là une thèse que M. H. Huchard a longuement défendue dans ces derniers temps, c'est une thèse qui n'est point inféconde puisque d'autres cliniciens l'adoptent. Bref! Cette cause est entendue, et comme je l'écrivais il y aura bientôt trois ans dans ce journal : le procès est gagné, la preuve est faite.

La connaissance de l'action physiologique des iodiques conduit à d'autres conclusions. Ce n'est pas le lieu de les passer en revue, et cependant, comment ne pas établir un raccord physiologique entre les faits expérimentaux et les observations cliniques ou toxicologiques : telle la fièvre iodique avec élévation du pouls, l'augmentation de la température

suivie de son abaissement, phénomène en rapport avec la diminution de la température rectale que j'ai notée durant la période toxique de l'ioduration des animaux; tels la congestion oculaire, le changement de coloration des téguments, leur rougeur au début, leur pâleur plus tard à une période avancée de l'empoisonnement ; tels aussi à cette période, les souffles vasculaires comparables aux souffles vasculaires des anémiques, et, plus tard encore, la disparition du pouls radial, puis du pouls carotidien : la circulation allant comme je l'écrivais naguère (*Dictionnaire encyclopédique*. art. Iode, t. XVI, 4e série, p. 325), en s'amoindrissant successivement de la périphérie vers le centre. Quand, dans les intoxications graves, les iodiques — qu'on me pardonne l'expression, — finissent par amener la mort, c'est seulement en tuant les vaisseaux.

Et les symptômes ébrieux de l'iodisme nettement signalés par Lugol et après lui par Binz ? Et les hypérémies glandulaires et les hémoptysies, les hématuries iodiques et même ces flux sanguins hémorroïdaux dont Vallander et Hermann ont parlé dans les empoisonnements par l'iode ? Et... je m'arrête : l'énumération serait trop longue.

Ces faits, m'objectera-t-on peut-être, sont classiques, j'en conviens. N'est-ce pas une raison de plus pour répondre à ceux qui tardivement proclament les vertus vasculaires de ces agents : la preuve physiologique de ces faits a été donnée ; et avant de s'engager dans la voie d'une expérimentation qui n'est plus inédite, il serait prudent de se rappeler le conseil du fabuliste : pour arriver à temps il est bon de partir à l'heure.

III

Cette avance, il y a beau temps que les cliniciens la possèdent et l'ont prise sur les expérimentateurs. Il y a beau temps, en effet, et on l'a vu plus haut, qu'ils prescrivent les iodiques contre les affections cardio-vasculaires.

Ce qu'il fallait trouver au point de vue pratique, le plus intéressant dans l'espèce, c'était la solution du problème dont voici la formule : *Quand donc et comment doit-on prescrire les iodiques dans les maladies du cœur et des vaisseaux?* En d'autres termes : Quelles sont les indications et les contre-indications des iodiques en tant qu'agents de la médication artérielle ?

Le témoignage de l'expérimentation sur les animaux est formel, on l'a vu plus haut, et dans le traitement des cardiopathies, l'heure des iodiques est celle où il faut à n'importe quel prix prévenir ou diminuer l'hypertension artérielle.

Le témoignage de l'observation des malades est-il moins décisif ? Non; je le prouve.

La médication iodurée des anévrysmes des gros vaisseaux n'est plus nouvelle. Bouillaud, Potain, Chukerbutty, Balfour, Dreschfeld, Byrom Bramwell, Henry Simpson et bien d'autres en France, en Angleterre et ailleurs — on le sait assez — en ont admis et en admettent encore l'efficacité, en particulier, contre les anévrysmes aortiques. A quel titre ? Pour expliquer les succès obtenus, les interprétations ne manquaient pas. Fallait-il attribuer ces victoires thérapeutiques à la vieille réputation des iodiques comme fondants et résolutifs? Ou bien, chez des sujets syphilitiques, les propriétés spécifiques de l'iode intervenaient-elles ?

Ou bien encore, à défaut d'autres hypothèses, fallait-il invoquer les principes des hydrauliciens et dire — Gubler, si je ne me trompe, était de ceux-là — que les iodures introduits dans l'organisme et véhiculés par le sang, modifient la vitesse d'écoulement de cette humeur dans les petites artères en vertu de cette loi, connue des physiciens, et d'après laquelle une solution saline traverse un tube de petit diamètre plus facilement et plus rapidement que l'eau pure. On a pu et on pourrait étayer ces théories par des considérations ingénieuses. A quoi bon? Les faits expérimentaux autorisent une autre interprétation. En provoquant la vaso-dilatation des vaisseaux périphériques, les iodures atténuent l'encombrement sanguin dans la poche anévrysmale. Avant d'être des médicaments résolutifs ou spécifiques, suivant les cas, ils sont des agents vasculaires ; ils diminuent la tension sanguine ; ils soulagent la paroi sur laquelle cette tension s'exerce.

La disparition des anévrysmes par la médication iodurée ne tend-elle pas à prouver encore, comme certains auteurs le déclarent, que les iodures exercent une action spéciale et directe sur les parois artérielles ? La physiologie ne peut le démontrer; à défaut d'autres preuves, il faut bien accepter le témoignage de la clinique.

Bref, l'emploi des iodures dans le traitement des anévrysmes a été et reste donc une heureuse utilisation de la médication artérielle.

Les mêmes motifs physiologiques sont une indication formelle de l'emploi des iodiques dans les cardiopathies où il y a lieu de diminuer la tension artérielle et par là, le travail du cœur.

Cet organe est-il en état de *surcharge graisseuse?* Une myocardite, une sclérose, l'atrophie des éléments musculaires nobles étouffés par l'hyperplasie du tissu conjonctif en ont-ils affaibli les parois? S'agit-il d'un *cœur forcé*, ou bien d'une angine de poitrine vraie par artério-sclérose du cœur, les indications sont les mêmes. Alors, comme M. H. Huchard l'a démontré dans son mémoire sur l'angine de poitrine et répété maintes fois dans ses leçons annuelles de thérapeutique et de clinique médicales, le danger n'est point seulement au cœur; il est ailleurs; il est plus loin; il est dans la tonicité des vaisseaux périphériques; il est dans l'hypertension vasculaire. Sans prétendre paraphraser un mot célèbre, on peut dire : l'encombrement vasculaire, voilà le danger; l'hypertension artérielle, voilà l'ennemie, et ajouter, dût-on s'exprimer à la manière de M. de la Palisse : pour éviter la première, c'est donc la seconde qu'il faut combattre.

Ces indications ne sont pas les seules ; MM. Potain et François Franck ont établi que dans l'*insuffisance aortique* il existe de l'hypertension artérielle. Dans les arythmies organiques du cœur avec dégénérescence partielle du myocarde il y a, de l'avis de M. G. Sée lui-même, impuissance fonctionnelle des fibres musculaires altérées. A la différence de ce qu'on observe dans les arythmies d'origine nerveuse, une diminution de la tension artérielle rétablira donc l'équilibre entre l'effort exercé par le cœur et la résistance opposée par les petits vaisseaux. N'en est-il pas de même dans la néphrite interstitielle si justement dénommée artérielle par M. Lancereaux? Cette néphrite n'est-elle pas, comme on l'a écrit, « une maladie du système artériel avant d'être une maladie du cœur ». L'hypertension artérielle en est tout à la fois l'un des symptômes précoces et l'un des facteurs pathogéniques.

N'en est-il pas ainsi dans l'*hypertrophie cardiaque de croissance* étudiée pour la première fois par Stokes et Pfaff?

En 1885, M. G. Sée déclarait, à ce propos, que l'iodure de potassium « est un modificateur puissant des muscles, surtout du myocarde, en même temps que des vaisseaux dont il augmente l'énergie contractile ». D'après les faits cliniques, il affirmait avec raison la curabilité de ces affections par l'iodure de potassium. En 1885, le fait clinique était indéniable; mais le mécanisme de ces guérisons était encore obscur. Depuis 1887 et en 1889, il en est autrement : l'action vasculaire des iodiques a été démontrée et cette démonstration a elle-même donné la raison de la théorie que l'on cherchait depuis si longtemps sans la trouver. Si les iodiques diminuent le travail du cœur hypertrophié, c'est qu'ils abaissent l'hypertension artérielle; s'ils soulagent le myocarde, c'est qu'ils atténuent la tonicité artérielle. Entre la théorie myocardique de 1885 et l'expérimentation physiologique de 1887, il faut donc choisir, et on doit restituer à la médication artérielle ce qui, à juste titre, lui revient.

Dans l'*aortite aiguë*, dans l'*artério-sclérose*, il en est encore de même. Une période d'hypertension artérielle en marque le début et, pour certain auteurs, en est même la cause : d'où la nécessité d'abaisser cette hypertension pour régulariser le cœur et prévenir l'hypersystolie. Plus tard, à la période d'asystolie, il en est autrement; l'heure des iodiques et des médicaments artériels est passée; celle des médicaments cardiaques et de la digitale est venue.

Voilà donc les arguments cliniques qui, à défaut d'autres, sont suffisants pour gagner le procès de la médication artérielle, si, à l'heure actuelle, comme je l'ai déjà dit, cette cause avait besoin d'être plaidée.

Encore un mot : la matière médicale possède des toniques du cœur, médicaments musculaires ou médicaments nervins, qui, on me permettra l'expression, sont des *cardiaques directs :* par contre elle est pauvre en agents susceptibles de modifier la circulation périphérique, qu'ils soient vaso-dilatateurs, comme les iodures, ou vaso-constricteurs, comme l'ergot de seigle. Ces médicaments vasculaires jouent aussi, mais secondairement seulement, le rôle de cardiaques. Ceux-là diminuent la tonicité artérielle, ceux-ci l'augmentent. Les premiers sont donc des médicaments artériels? Oui sans doute; mais ce sont aussi des *cardiaques indirects.*

C'est à ce point de vue, et à ce seul point de vue, que l'on peut revendiquer en faveur des iodures le titre de médicaments cardiaques. J'insiste; cette remarque n'est point superflue, au moment où on établit solennellement, et bien à tort, une comparaison entre la digitale et l'iodure de potassium. Jusqu'ici la cardiothérapie nous avait périodiquement réservé des surprises : il n'y avait pas lieu de s'en étonner dans ce temps où les surprises thérapeutiques ne sont pas rares. Qu'elle essaye de nous conduire à des hérésies thérapeutiques? De grâce, ce serait trop.

IV

A quelle période des maladies artérielles ou des affections cardiaques administrera-t-on les iodiques? Est-ce dans leur phase avancée, quand l'asystolie est définitive? Non : à ce moment il est trop tard. Le malade n'est plus un artériel, mais un cardiaque; atténuer l'hypotension artérielle ne suffit plus; il faut faire appel à la tonicité des fibres myocardiques demeurées intactes ou de celles qui sont médiocrement compromises. C'est le moment de la digitale, des toniques cardiaques et des *médicaments de soutien.* En effet, il ne faut pas croire que la médication iodurée doit être poursuivie aveuglément dans tout le cours des cardiopathies artérielles. Non, celles-ci arrivent un jour ou l'autre à la période d'hypotension artérielle, c'est le moment de cesser l'administration des iodures; la prolonger plus longtemps serait préparer ces accidents que M. Huchard range sous le nom d'*asystolie iodique.* N'existe-t-il pas d'ailleurs une asystolie par abus de la digitale? Autre chose est donc de préconiser magistralement un agent thérapeutique, autre chose aussi de le prescrire à son heure. Quand il s'agit d'une action thérapeutique, la physiologie perd quelquefois ses droits, mais la clinique reprend toujours les siens.

L'emploi des iodiques doit conséquemment être précoce. On les prescrira dès le début contre l'artério-sclérose et la néphrite interstitielle, dès que l'on soupçonnera le processus scléreux, dans les myocardites, l'angine de poitrine vraie, l'aortite et les anévrysmes de l'aorte, en un mot, dès que l'on reconnaîtra l'exagération de la tension vasculaire. C'est de la précocité du traitement que dépendent les succès. C'est à sa précocité et à sa continuité que l'on doit attribuer les améliorations et parfois les guérisons obtenues. Au demeurant, on ne saurait trop le répéter, c'est dans la phase initiale de ces affections, je veux dire dans leur période vasculaire, que l'on doit administrer les iodiques : c'est seulement à ce moment qu'ils procurent les bénéfices des *agents de soulagement* du cœur.

Pour être complet, il faudrait discuter la posologie de cette médication et les moyens de diminuer l'intolérance de certains malades pour les iodiques. Aux doses faibles et quotidiennes d'un demi-gramme, employées par les thérapeutistes timides, les iodures alcalins sont impuissants à procurer un bénéfice comme agents vasculaires. Les doses fortes et massives de 8 à 10 grammes par jour sont des doses d'exception. A moins de frapper un grand coup, dans des cas menaçants et graves, il n'y a guère lieu d'employer les doses énormes de 12, 15 et même 20 grammes préconisées par Haslund dans les dermatoses.

Les doses moyennes de 2 à 6 grammes par jour sont usuelles et nettement vasculaires. A cette dose en solution, ou bien de préférence en large dilution dans une eau minérale alcaline, l'iodure de sodium est bien toléré. Au reste je n'insiste pas sur les conditions de cette tolérance : elles restent à l'étude, et pour les déterminer il y a lieu à de nouvelles recherches physiologiques et cliniques.

Mais l'iodure de sodium n'obtient pas, il faut l'avouer, les préférences de tous les thérapeutistes. Quelques-uns d'entre eux n'appréhendent pas les inconvénients bien connus des sels de potasse. Ils ne possèdent pas la crainte salutaire, quand elle n'est pas exagérée, de la potassiémie. Eh bien, les avis étant partagés, l'iodure de potassium n'agissant, dit-on, comme on l'a vu plus haut, que par sa transformation en iodure de sodium dans l'organisme, il est de bonne thérapeutique de préférer l'iodure du premier à l'iodure du second, et de ne pas imposer à l'organisme le soin superflu de dédoubler le second, afin d'absorber le premier.

Les autres iodiques, entre autres l'iodure de lithium et l'iode, ont été jusqu'à présent peu employés comme agents de la médication vasculaire. L'iodure de lithium convient aux goutteux en puissance d'artério-sclérose, cela va sans dire. L'iode en teinture, à la dose de cinq à dix gouttes par

jour, ou bien sous forme de sirop iodotannique, rend des services que l'on est trop disposé à oublier, quand l'intolérance pour les iodures alcalins est un obstacle absolu à leur emploi. Enfin, l'iodoforme administré à l'intérieur comme agent vasculaire, est un médicament encore à l'essai.

Ici, il me faudrait parler de l'emploi de l'iodure d'amyle, médicament intéressant à étudier, bien différent de l'iodure d'éthyle, et que j'expérimente actuellement au double point de vue physiologique et thérapeutique; il me faudrait aussi discuter l'action eupnéique des iodiques contre les dyspnées cardiaque et pulmonaire. Tout n'a peut-être pas été dit sur ces points discutés de physiologie et de thérapeutique. Au demeurant, un fait pratique est acquis : avocats et adversaires de l'un ou de l'autre de ces iodiques le proclament, l'expérience le justifie, à savoir, comme je l'ai déjà écrit plus haut, comme je le répète ici encore, que l'efficacité du traitement artériel par les iodiques ne dépend point autant des choix de l'un ou de l'autre de ces agents que de l'énergie du médecin à les prescrire et de la facilité du malade à les ingérer.

Dans l'emploi de la médication artérielle, la persévérence et la constance sont pour le thérapeutiste, des vertus cardinales. Hors de là, point de succès.

Ch. Eloy.

CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES

Pommade à l'acide sulfurique.

Un certain empirique de la Normandie soulage les malades atteints de douleurs au moyen d'une pommade dont la composition est secrète et qui n'est autre qu'une pommade au vitriol.

J'en ai eu un échantillon sous les yeux et je lui ai trouvé la formule suivante :

Axonge..................	7	grammes.
Acide sulfurique........	1	—

Malgré cette composition un peu bizarre au premier abord, il paraît que la pommade en question réussit dans les cas de névralgies, arthralgies localisées, douleurs rhumatismales ou goutteuses et surtout dans la *sciatique* où elle paraît préférable à d'autres révulsifs. Elle détermine une grande rougeur à la peau, et une sensation de chaleur; mais jamais de vésication, ni d'eschare. Je crois qu'il y a lieu d'en étudier, de plus près, les effets.

On formulerait ainsi:

Axonge.................	28	grammes.
Acide sulfurique pur....	4	—

Ajoutez l'acide à la graisse, petit à petit, en battant, sans interruption, dans un mortier en porcelaine. Enfermez le mélange dans un flacon à l'émeri à large ouverture.

Cette pommade s'emploie en frictions très douces sur le point douloureux.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale.

Anévrysme sacciforme de la portion ascendante de la crosse de l'aorte. Traitement par l'électropuncture. Mort par rupture de la poche dans la plèvre, par M. le docteur P. Spillmann, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Nancy, et M. le docteur P. Haushalter, chef de clinique.

Diagnostiquer un anévrysme de l'aorte qui a soulevé la paroi thoracique, reconnaître le siège de la dilatation anévrysmale, analyser les phénomènes stéthoscopiques, interpréter les symptômes douloureux ou de compression dont elle est l'origine, prévoir les complications et les accidents, c'est là, pour le clinicien, œuvre relativement facile. Mais il est permis de se demander si en face de cette terrible affection, le médecin doit simplement limiter son rôle à celui d'un observateur, se bornant à appliquer un traitement palliatif propre tout au plus à soulager un instant le malade ou à occuper son esprit, ou bien s'il n'est pas de son devoir de tenter une intervention curative en cherchant à provoquer la formation de caillots destinés à transformer cette poche fluctuante en une tumeur solide, d'enrayer en un mot le développement de l'anévrysme et de prévenir ou de reculer les dangers de sa rupture. Nous nous posions ces différentes questions au lit d'un malade atteint d'un anévrysme volumineux de l'aorte ascendante, dont nous allons rapporter l'histoire.

Obs. — B..., soixante-cinq ans, courtier en bois; nous n'avons rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Il a eu un rhumatisme articulaire aigu en 1864; n'est pas syphilitique, mais a fait et fait encore des excès alcooliques.

A la fin de décembre 1887, il commence à ressentir des douleurs intrathoraciques, un peu de dyspnée, lorsqu'il fait un effort, et éprouve une certaine difficulté à avaler les aliments solides.

Au mois de février 1888, il voit apparaître entre le sternum et le mamelon droit une petite tumeur qui atteint rapidement les dimensions d'un œuf de poule, et dont le volume va du reste en augmentant rapidement; cette tumeur est le siège de douleurs assez vives. Mais jusqu'au moment de son entrée à la clinique, où il vient le 15 avril, le malade a continué son métier fatigant.

C'est un homme bien constitué, dont l'état général est encore bon; il se plaint uniquement d'élancements dans la tumeur qu'il porte sur le thorax. Il respire facilement; seules les veines du cou, surtout à droite, sont légèrement dilatées; les artères radiales, un peu athéromateuses, battent régulièrement et synchroniquement.

Sur la partie droite et antérieure du thorax, on voit s'élever une saillie globuleuse, hémisphérique, du diamètre d'une tête de fœtus : cette saillie s'étend en hauteur depuis le bord supérieur de la troisième côte jusqu'à un centimètre au-dessous de la ligne transversale qui unit les deux mamelons; en largeur, la tumeur s'étend du bord droit du sternum, sur lequel elle empiète un peu, jusqu'au delà de la ligne axillaire droite, au niveau de laquelle elle se continue insensiblement avec la paroi thoracique jusque dans l'aisselle; l'arc médian de la tumeur mesure 15 centimètres transversalement et longitudinalement. Sur la tumeur, la peau est un peu tendue; au-dessus, au-dessous et en dehors on sent facilement les côtes, dont on ne constate plus de trace au niveau de la saillie.

Cette tumeur, dans sa totalité, est animée d'un mouvement d'expansion et de soulèvement en masse dont le début précède un peu le pouls radial.

Le thorax est mat au niveau de la tumeur, sonore tout autour; impossible de limiter le cœur à la percussion, ni d'en déterminer la pointe : à l'auscultation du cœur, on trouve le maximum des bruits de la pointe entre l'appendice xiphoïde et le mamelon; ils sont sourds et éloignés.

En auscultant la tumeur, on entend, au moment de la systole, un bruit sourd coïncidant avec le soulèvement de la tête qui ausculte; au deuxième temps, un claquement sec.

La respiration est emphysémateuse à droite, il existe en

arrière une abolition presque complète du murmure vésiculaire, coïncidant avec de la matité de la base, et du souffle bronchique dans la fosse intercapsulaire.

Les fonctions digestives s'accomplissent normalement; du reste, il ne se plaint que de douleurs lancinantes au niveau de la tumeur; ces douleurs, très vives dans le décubitus dorsal, se calment par le décubitus latéral droit.

En face de tous ces symptômes, le diagnostic ne pouvait être hésitant : en raison du siège de la tumeur, en raison du soulèvement en masse qui suivait la systole, du synchronisme des pouls radiaux, on ne pouvait douter de l'existence d'un anévrysme sacciforme de la portion ascendante de l'aorte, développé sur une artère, dont une atteinte de rhumatisme articulaire aigu et surtout l'intoxication lente par l'alcool avaient altéré les parois; la rapidité avec laquelle il avait progressé à l'extérieur, la facilité avec laquelle il se laissait déprimer, l'amplitude de son expansion systolique, tout nous indiquait sa tendance envahissante et nous laisait craindre que sa paroi interne ne fût pas tapissée d'une couche épaisse de stratifications fibrineuses. Sa rupture était imminente, soit à l'extérieur, ce qui est rare, soit dans le thorax, ce qui est plus habituel : mais, d'un autre côté, la tumeur, hors peut-être la bronche gauche, ne comprimait aucun organe important; il n'existait aucune lésion de l'orifice aortique, le cœur n'était pas hypertrophié et n'avait aucune tendance à défaillir : ces conditions étaient excellentes pour tenter de transformer l'ampoule sacciforme appendue à l'aorte en un bloc solide, qui éloignât los dangers d'une rupture immédiate. L'état général était excellent. Le malade désirait et réclamait une intervention.

à amener l'inflammation et la suppuration de cette paroi; puis enfin, cette méthode, employée si rarement, n'a pas fait suffisamment ses preuves pour que nous ayons cru devoir l'employer dans le cas que nous discutons. La méthode par l'électropuncture, qui possède à son actif plus d'une centaine de cas, où son emploi, s'il n'a pas toujours été efficace, a été au moins sans danger, nous semblait offrir avec plus de chances de succès, moins de causes d'accidents.

Le 16 avril, avec l'aide de M. le professeur agrégé Bagnèris, qui veut bien nous offrir le concours de ses connaissances physiques, nous pratiquons dans l'anévrysme une opération d'électrolyse; trois aiguilles en platine, minces et flexibles, enduites d'un vernis protecteur jusqu'à 1 centimètre de la pointe, sont introduites à 2 centimètres environ de profondeur au sommet de la tumeur, à environ 1 centimètre et demi de distance l'une de l'autre; ces aiguilles sont mises en communication avoc le pôle positif d'une pile à courant constant de Schröder; contrairement à certains auteurs qui font passer par la poche le pôle négatif ou même les deux pôles, comme Ciniselli et Duncan, nous avons, avec Anderson, préféré y placer le pôle positif, qui, dans l'albumine de l'œuf, provoque la formation de caillots durs et résistants, tandis qu'au pôle négatif se forme un coagulum mat, spongieux, contenant dans ses mailles des bulles de gaz; de plus l'application du pôle négatif est plus douloureuse; peut-être ces dangers du pôle négatif ne sont-ils qu'illusoires, mais, jusqu'à nouvel ordre, il est permis de les craindre et de los éviter.

Le pôle négatif est appliqué sur le thorax ou l'abdomen; nous faisons passer pendant une heure un courant dont la force atteignait 25 milliampères; pendant la séance, le malade ressent à peine quelques élancements au nivoau de la tumeur; après la séance, les battements de la poche ne sont pas sensiblement modifiés.



Tracé cardiographique pris au niveau de la poche.

Mais pour arriver au but désiré, quels moyens employer? Il ne pouvait être question de soumettre notre malade à la diète sévère d'Albertini et Valsalva, qui l'eût amené rapidement à l'asystolie; l'application de la glace sur la tumeur pouvait, par inflammation du sac, amener peut-être la formation de caillots; mais l'action de la glace est lente, et, du reste, le froid provoquait chez notre malade des douleurs atroces, qui nous forcèrent à en suspendre l'application; l'iodure de potassium, qui a une action si réelle et si efficace sur l'artérite syphilitique et sur les processus scléreux en général, ne nous semble pas pouvoir produire la rétraction d'une poche développée aux dépens d'une artère malade; il ne paraît pas prouvé non plus qu'il favorise la coagulation du sang : cependant, nous l'administrâmes à notre malade durant tout le temps de son séjour à la clinique, à la dose de 4 grammes par jour; mais dans un cas comme le nôtre, l'action de l'iodure, si tant est qu'elle existât, devait être lente. Restaient les moyens directs, qui ont pour but de produire dans la poche une formation plus ou moins rapide de caillots : nous voulons parler de la méthode curative de Moore et de l'électropuncture.

L'introduction dans la dilatation anévrysmale de corps étrangers, tels que fils de fer, crins de Florence, ressorts de montre, comme l'ont fait Moore, Baccelli, Lépine, ne paraît pas faire courir de risques sérieux au malade, comme le fait ressortir Charmeil (*Rev. de méd.*, août et novembre 1887) dans un mémoire intéressant où il réunit et analyse les quinze observations d'anévrysme de l'aorte traité par cette méthode. Mais la présence de crins de Florence dans le sac anévrysmal ne semble pas avoir été, dans les cas où le procédé fut mis en usage, un centre bien actif de coagulation; l'introduction dans la poche d'un fil de fer est dangereuse parce qu'elle peut blesser la paroi opposée au point où il a été enfoncé; quant au ressort de montre employé par Baccelli et par Lépine, il a l'avantage de constituer un disque offrant une large surface à la coagulation; en s'enroulant, il ne risque pas de blesser la paroi interne de l'anévrysme, et sa forme s'oppose en partie à ce qu'il traverse l'orifice de communication de la poche avec l'aorte; comme l'ont prouvé les autopsies, il est capable de provoquer la formation de caillots; mais il a l'inconvénient de se fragmenter spontanément, au bout de quelque temps, dans la poche; la présence de son extrémité dans la paroi externe du sac nous semble propre

Le lendemain, 17 avril, le malade se trouve bien mieux; il a bien dormi; la tumeur semble légèrement aplatie vers sa partie interne et diminuée dans toutes ses dimensions; et, en effet, l'arc transversal ne mesure plus que 12 centimètres, et l'arc vertical 14 centimètres; cette diminution de la tumeur, quelque temps seulement après l'électrisation, n'a rien qui doive surprendre, car, comme l'ont remarqué tous les opérateurs, la rétraction de l'anévrysme, qui coïncide avec la formation de caillots, n'a lieu que quelques heures ou quelques jours après le passage du courant, peut-être par le fait d'une certaine inflammation du sac.

Le 18 avril, nous faisons une nouvelle séance d'électrolyse; au lieu d'aiguilles de platine, qui s'étaient un peu altérées, nous employons des aiguilles en acier doré, vernies jusqu'à 1 centimètre do la pointe; ces aiguilles sont mises en communication avec le pôle positif, et laissées en place pendant vingt minutes : progressivement, la force du courant est accrue jusqu'à 50 milliampères, maximum où nous la laissons pendant dix minutes, pour la faire redescendre progressivement jusqu'à zéro.

Après la séance, la partie gauche de la tumeur semble encore plus affaissée qu'avant, et elle offre certainement une résistance plus grande que les jours précédents.

Les jours suivants, l'aspect de la poche anévrysmale reste le même : les douleurs sont moins vives et le malade réclame une nouvelle intervention que nous pratiquons le 25, absolument de la même façon que la précédente. Dans chacune de nos séances nous avons varié le point d'application des aiguilles, de sorte que les *neuf piqûres faites dans les trois séances ont été réparties d'une façon à peu près régulière sur toute la surface hémisphérique de la tumeur.*

Malheureusement, les jours suivants, les douleurs qui s'étaient calmées, reparaissent plus vives, l'expansion de la tumeur redevient plus forte, ses dimensions s'accroissent, sa surface se tend; le malade, à peine calmé par la morphine, cesse de s'alimenter; il est privé de sommeil; on le trouve mort dans son lit le 2 mai.

Voici quels furent les résultats de l'autopsie.

Autopsie. — Le tissu cellulo-adipeux sous-cutané est assez développé.

Après avoir enlevé les organes abdominaux, sans léser le diaphragme, on voit la partie droite du diaphragme faire saillie vers la cavité abdominale, tandis que la partie gauche conserve sa concavité normale.

Lorsque le plastron thoracique est détaché sur ses parties latérales, nous constatons dans la cavité pleurale droite une masse considérable de caillots cruoriques, dont le poids est de 3 kilogrammes. La plèvre droite est épaissie; sa surface interne est tapissée d'un lacis fibrineux témoignant d'une inflammation relativement récente.

Dans la cavité pleurale droite, on voit à la partie interne, vers le sternum, un orifice à bords déchiquetés grand comme une pièce de cinq francs, et s'ouvrant dans la poche anévrysmale.

Le poumon droit, refoulé vers la colonne vertébrale, n'est pas atélectasié ; il semble avoir respiré jusqu'à l'accident qui a amené la mort, sauf dans la partie qui entoure immédiatement le sac anévrysmal, laquelle est affaissée, grise, compacte. Le poumon gauche est emphysémateux, un peu œdémateux. Les grosses bronches ne sont pas comprimées.

Le tissu cellulaire des médiastins, épaissi, induré, témoigne d'une inflammation lente et chronique.

Cœur, gros vaisseaux, anévrysme. — Le cœur, plutôt petit, est surchargé de graisse; le myocarde est pâle; à la partie postérieure existe entre les deux feuillets du péricarde une adhérence lâche, sous forme de cloisonnement vertical incomplet.

Origine de l'aorte. — A son origine, l'aorte mesure 5 centimètres; à partir de ce moment elle commence à se dilater progressivement, au point d'atteindre 9 centimètres au niveau de l'endroit où elle se recourbe en crosse.

Crosse de l'aorte. — Toute la crosse de l'aorte est dilatée en masse, surtout à sa partie externe et droite, dans la portion qui précède l'émergence du tronc brachio-céphalique; le diamètre vertical de la crosse, pris entre la carotide gauche et le tronc brachio-céphalique, est de 6 centimètres; après l'émergence de la sous-clavière gauche, l'aorte conserve encore ce diamètre dans la partie descendante de la crosse; puis dans sa partie thoracique elle atteint assez brusquement le diamètre de 3 centimètres et demi.

Le tronc brachio-céphalique, dilaté, sinueux, présente 2 centimètres de diamètre; la carotide et la sous-clavière gauche dilatées ont chacune 1 centimètre de diamètre.

Après l'émergence de la sous-clavière gauche, l'aorte à sa partie postérieure offre une petite élevure papuleuse, large comme deux francs, dure, résistante, formée par une masse fibrineuse, remplissant un petit anévrysme cupuliforme.

La face interne de l'aorte est sillonnée, sur toute sa surface interne, de traînées, de plaques cartilaginiformes, blanchâtres, sans plaques calcaires.

Tout le tissu conjonctif périaortique est épaissi et adhérent.

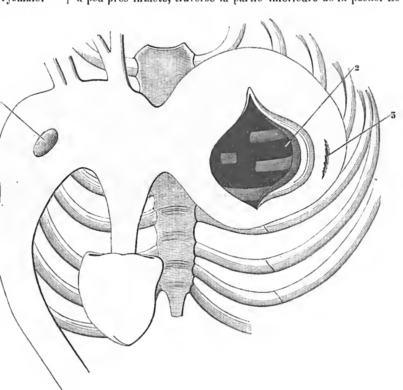
Anévrysme. — A la partie externe du tiers supérieur de la portion ascendante de la crosse, en dehors et un peu au-dessous de l'émergence du tronc brachio-céphalique, est appendu un anévrysme sacciforme, gros comme une tête de fœtus.

L'aorte communique avec l'anévrysme par une ouverture grande comme une pièce de cinq francs, à bords durs, rugueux; après un très court pédicule, dont le diamètre est de 6 centimètres, et qui semble constitué par les parois artérielles, la tumeur prend une forme assez régulièrement arrondie.

Parois. — Abstraction faite de la partie du sac qui avoisine l'aorte et qui paraît constituée par les parois de celles-ci dilatées et altérées, le reste de la paroi se confond avec les tissus avoisinants.

En arrière et en dehors, la paroi se confond avec les feuillets de la plèvre épaissis et adhérents entre eux à ce niveau, et tapissés à leur face externe d'une coque mince de poumon atélectasié; c'est là que s'est formé l'orifice qui fait communiquer l'anévrysme avec la cavité pleurale droite.

En avant la paroi est formée uniquement par la cage thoracique; la face externe de cette paroi comprend la peau, et les muscles, amincis, scléreux, un peu ecchymotiques et ramollis par places; la face interne est constituée uniquement par les côtes et les espaces intercostaux où les aponévroses et les muscles intercostaux sont en partie détruits. Les quatrième, cinquième et sixième côtes sont comprises dans le sac; le cartilage de la quatrième, libre à ses deux extrémités, flotte dans la poche, à peine maintenu; la partie de la quatrième côte, qui est comprise dans la tumeur, est érodée, rouge, friable; la cinquième côte est détachée au niveau de son insertion avec le sternum; elle est échancrée, injectée, prête à se briser; la sixième côte, à peu près intacte, traverse la partie inférieure de la poche. Le bord droit du sternum compris dans la tumeur est largement échancré, rugueux.



Pièce vue par sa face postérieure.

1. Anévrysme cupuliforme. — 2. Section de la poche faite à l'autopsie. — 3. Orifice de rupture spontanée de la poche.

Contenu du sac. — Autour de l'orifice de communication de l'aorte avec le sac, se trouve dans le sac un caillot fibrineux, annulaire, large de 2 centimètres environ, assez résistant.

Le reste du sac est tapissé par un caillot épais, limitant à son centre une cavité, grosse environ comme une mandarine ; à sa partie interne, celle qui limite la cavité, le caillot est formé par une lame de fibrine mince; le reste est constitué par un mélange de caillots fibrineux et de caillots cruoriques, enchevêtrés d'une façon irrégulière; quelques-uns de ces caillots fibrineux se présentent sous forme de petits noyaux; la partie adjacente à la paroi du sac est uniquement cruorique. Les autres organes ne présentent rien de bien spécial à signaler: le foie est un peu granuleux, gras; les reins sont petits, un peu scléreux; les artères basilaires sont athéromateuses; le cerveau est sain, un peu œdémateux.

Cette autopsie nous a donc montré, comme nous nous y attendions, qu'il existait un anévrysme sacciforme de la portion ascendante de la crosse de l'aorte qui, au début, avait consité probablement en une petite dilatation cupuliforme des tuniques altérées, semblable à celle que nous

avons trouvée sur la portion ascendante de la crosse; en se développant cette petite poche s'était constitué des parois aux dépens des tissus voisins, plèvre et parois thoraciques et était devenue l'énorme sac des derniers mois. Les caillots fibrineux qui tapissaient la face interne de cette poche avaient été décollés avant la mort par le sang qui s'était infiltré entre eux et la paroi, ainsi que l'ont prouvé les caillots cruoriques trouvés à l'autopsie. Pouvons-nous, à l'aide de ces données anatomiques, interpréter les phénomènes observés pendant la vie, et déterminer quel a été l'effet sur la poche sanguine du passage du courant électrique?

Lorsque le malade entra à la clinique, la tumeur anévrysmale, parfaitement hémiphérique, était animée de mouvements d'expansion en masse, et sa surface présentait sur toute son étendue une consistance uniforme; en l'espace de dix jours, du 16 au 25 avril, elle subit des modifications très appréciables et dans son aspect et dans sa consistance; la partie interne s'aplatit, devint plus résistante, les dimensions de la tumeur diminuèrent de 1 centimètre dans le sens vertical; évidemment ces modifications ne pouvaient correspondre qu'à la formation de dépôts fibrineux dans le sac. Ces dépôts fibrineux, nous les avons constatés à l'autopsie sous l'aspect de noyaux sans forme bien déterminée et adjacents à la paroi, de stratification à la partie interne, de masse annulaire autour de l'orifice de communication de la poche avec l'aorte. Or la formation incontestable d'une partie au moins de ces caillots, et la diminution concomitante des douleurs ont coïncidé d'une façon si exacte avec l'application de l'électricité à l'intérieur du sac, qu'il est de toute évidence qu'ils en sont la conséquence; nous croyons que le passage du courant électrique par le sac a été la cause déterminante de ces caillots fibrineux informes que nous avons signalés; peut-être n'a-t-il eu aucune action immédiate sur la formation des quelques lames fines stratifiées qui tapissaient la face interne de ces caillots, et qui ont bien pu être déposés à leur surface les derniers jours de la vie, non plus que sur l'anneau fibrineux qui entourait l'orifice de communication. Quant à l'accroissement rapide de la tumeur qui s'est produit dans les derniers moments et qui a coïncidé avec la recrudescence des douleurs, il est dû à l'irruption du sang entre les caillots et la paroi, et à la disjonction des caillots fibrineux; la pression du sang compris entre les caillots et la paroi distendue fut la cause de la rupture de cette dernière en son point de moindre résistance.

Nous ne conclurons pas que l'application de l'électricité a prolongé les jours du malade, mais nous pouvons affirmer qu'elle a provoqué la formation de caillots fibrineux; tel est le moyen qu'emploie la nature pour combler les dilatations vasculaires, tel est le but auquel doit tendre le médecin dans le traitement rationnel des anévrysmes; ce but, il peut espérer l'atteindre, au moins en partie, s'il intervient avant que la rupture de la dilatation artérielle ne soit devenue imminente, ou avant que la maladie n'ait mis l'organisme dans un état incompatible avec l'existence. Si, tout en intervenant activement, le médecin place son malade dans les conditions de repos physique et moral les plus complètes, s'il le soumet à la diète lactée, absolue ou mitigée, combinée à la médication iodurée, il semble, qu'il a fait tout ce qui est rationnellement possible dans le traitement des anévrysmes sacciformes de l'aorte.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 18 NOVEMBRE 1889.

De l'examen ophthalmoscopique du fond de l'œil chez les hypnotiques, par M. *Luys*. — On sait combien, dans certaines phases de l'hypnose, les yeux des sujets prennent des caractères spéciaux.

Dans la phase cataleptique, par exemple, les globes oculaires sont fixés, immobiles en catalepsie statique, et doués d'un éclat insolite. L'hyperacuité visuelle des sujets annonce que la vitalité des appareils internes est le siège d'une suractivité circulatoire concomitante.

Dans l'état somnambulique, les globes oculaires ont récupéré leur mobilité, mais ils ont encore un éclat spécial et une suractivité fonctionnelle, qui permettent aux sujets somnambuliques de voir des détails qui échappent à leur perception lorsqu'ils sont à l'état physiologique.

J'ai pensé qu'il serait intéressant de se rendre compte, à l'aide de l'ophthalmoscope, de l'état circulatoire du fond de l'œil, dans des cas semblables, et de constater les changements survenus dans les réseaux circulatoires. La solution de ce problème, indépendamment de son intérêt intrinsèque, pourrait fournir un nouveau signe physique qui échappe à la simulation, en donnant un moyen de contrôle, utilisable en médecine légale, pour apprécier les états hypnotiques. J'ai donc prié M. le docteur Bacchi, anciennement attaché à la clinique ophthalmologique de la Faculté de médecine, de me prêter son concours pour ces recherches, et je rapporte ici le résultat de ses examens.

Neuf sujets (six femmes, trois hommes) ont été, successivement, soumis à l'examen ophthalmoscopique du fond de l'œil, dans les périodes de catalepsie, de somnambulisme lucide et dans l'état mixte de fascination.

L'examen des yeux de chaque sujet, à l'état normal, avait permis d'enregistrer l'état de coloration du fond de l'œil, et de noter l'existence des trois zones concentriques de la rétine.

Les sujets en expérience ayant été ensuite placés en période de catalepsie, l'état de pâleur de la rétine s'est subitement modifié. Les papilles ont pris une teinte de coloration rosée. Les trois zones concentriques ont perdu la netteté de leur contour et sont devenues confondues, en même temps que les veines et les artères acquéraient un volume beaucoup plus développé. Cet état hyperhémique s'est maintenu tel pendant tout le temps que le sujet est resté en période de catalepsie. Nous avons noté, en outre, que l'iris était très dilaté et presque insensible à la lumière. Cet état spécial d'hyperhémie de la rétine s'est présenté avec les mêmes caractères dans la phase de fascination.

Dans la période de somnambulisme lucide, nous avons encore constaté que l'état de la circulation du fond de l'œil se présentait avec les mêmes caractères généraux que précédemment, au point de vue de l'ampliation des réseaux circulatoires. Nous avons seulement noté une certaine diminution d'intensité dans la coloration de la papille, qui était d'un rose moins vif que précédemment.

Dans cette phase somnambulique, l'iris était plus facile à se mouvoir; il était devenu plus sensible à la lumière, et se laissait plus aisément dilater par l'action de ses rayons.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

Rapport. — M. *L. Le Fort*, au nom de la Commission dont il fait partie avec MM. Péan et Labbé, lit un rapport: 1° sur une note de M. Nicaise, ayant pour titre: *De la gastrotomie dans les rétrécissements cancéreux de l'œsophage;* 2° sur un travail de M. Kirmisson, intitulé: *Du cathétérisme à demeure dans le traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage;* 3° sur une note de M. Le Dentu sur l'*œsophagotomie à séances multiples*.

D'un certain nombre de faits déjà publiés, M. Le Fort déduit les conclusions suivantes:

1° Bien qu'il y ait quelques rares exceptions, on peut poser comme règle que l'introduction des aliments directement par la fistule gastrique est insuffisante pour entretenir une nutrition complète, si ces aliments n'ont pas été imprégnés ou mélangés de salive ;

2° Lorsque la gastrostomie a été suivie de guérison, il faut par tous les moyens possibles s'efforcer de rendre a l'œsophage sa perméabilité ou tout au moins une perméabilité suffisante pour que l'ingestion de la salive soit possible ou facile.

Le rapporteur propose de renvoyer ces trois mémoires au comité de publication.

Vaccine ulcéreuse. — M. *Hervieux* s'est rendu le 16 novembre à Hazebrouck visiter les enfants victimes de l'épidémie de La Motte-aux Bois, dont il avait parlé à l'Académie dans la séance du 24 septembre dernier. Chaque enfant fut mis nu des pieds à la tête et complètement examiné. Or voici ce qui résulte de cet examen :

1° L'épidémie de La Motte-aux-Bois est terminée;

2° Tous les ulcérations correspondant aux piqûres vaccinales; toutes sans exception sont complètement cicatrisées ;

3° La plupart des adénopathies observées lors de la première visite de M. Hervieux à La Motte-aux-Bois ont complètement disparu ;

4° L'impétigo est la seule concomitance digne d'une mention que M. Hervieux ait observée sur les quarante-trois sujets soumis à son examen ;

5° Une jeune femme de vingt-six ans qui avait présenté sur la paupière inférieure gauche une ulcération d'aspect chancreux, selon toute apparence au contact de son enfant, était complètement guérie ; à la place qu'occupait cette ulcération, il n'existait plus qu'une tache rougeâtre, sans induration des tissus. Cette femme ne paraît avoir éprouvé aucun accident consécutif.

Le vaccinifère, jeune garçon de neuf ans, n'avait plus les adénites ganglionnaires qu'il avait au mois de septembre et l'exploration la plus minutieuse ne révélait chez lui aucun phénomène morbide. Le traitement a été purement externe. Chez aucun des petits malades il n'a été institué de traitement antisyphilitique. Ainsi l'épidémie a pris fin et M. Hervieux était pleinement autorisé à révoquer en doute la nature syphilitique des accidents de La Motte-aux-Bois.

Du moment qu'il ne s'agit plus de virus syphilitique, reste à savoir quel est le virus qui a déterminé chez les quarante-trois vaccinés les accidents dont s'est émue la population de La Motte-aux-Bois. M. Hervieux discute l'opinion de M. Vidal, qui croit à l'origine ecthymateuse de la maladie; mais, si les auto-inoculations expérimentales d'ecthyma et d'impétigo ont réussi, il n'en est pas de meme des inoculations de l'ecthyma à l'homme sain. D'ailleurs le vaccinifère à l'époque où il a fourni le vaccin n'offrait en aucun point du corps de pustule d'ecthyma.

Cette épidémie offre un précieux enseignement : elle montre qu'avant de déclarer syphilitiques des accidents observés après la vaccine, il faudra dorénavant peser mûrement les faits. Le diagnostic pourra rester enveloppé de grandes obscurités, mais la temporisation jusqu'à l'époque présumée des accidents secondaires tranchera toujours la question.

M. *Vidal*. L'ecthyma est parfaitement inoculable de l'homme malade à l'homme sain, comme l'ont montré les faits de Vincenzo Tarturri et d'Amileare Ricordi.

Dans la prochaine séance, à propos du procès-verbal, M. *Vidal* demandera la parole pour rapprocher de l'épidémie de La Motte-sous-Bois l'épidémie d'Eberfeld, qui présente avec elle de nombreux points de comparaison.

Discussion sur la tuberculose. — M. *Hardy*. Les conclusions de la Commission sont sages et le but qu'elle poursuit est louable, mais M. Hardy craint qu'on n'y arrive pas par la publicité extraordinaire que l'on demande. Il reconnaît sans difficulté que la tuberculose et particulièrement celle qui attaque le système respiratoire est contagieuse et inoculable. mais il voudrait qu'on le criât moins haut. D'ailleurs les conditions dans lesquelles se fait cette contagion ne sont pas très nettes. Tout le monde ne peut pas devenir tuberculeux, même en vivant au milieu des circonstances les plus favorables au développement de cette maladie.

Comment devient-on tuberculeux? M. Hervieux place en première ligne l'influence héréditaire, puis l'affaiblissement de l'économie par toutes les causes dépressives : nourriture insuffisante, habitation malsaine, mal aérée, travail exagéré, chagrins, excès de tous genres; mais il ne croit pas, comme M. Lancereaux, que l'abus des boissons alcooliques soit une des causes prédisposantes les plus fréquentes de la tuberculose. Parmi les causes dépressives, il ne faut pas oublier de mentionner une faiblesse native de constitution, un tempérament lymphatique très prononcé et la scrofule.

Une autre série de causes susceptibles de servir de porte d'entrée à la tuberculose, ce sont certaines affections de l'appareil de la respiration, la rougeole, la coqueluche

Quant aux cas de contagion de l'homme à l'homme, on en a certainement exagéré le nombre et les faits de propagation de la maladie par les aliments, par le lait, par la chair musculaire n'ont pas été suffisamment prouvés.

La tuberculose se manifeste principalement chez des sujets prédisposés par l'influence héréditaire ou debilités. Il faut donc, autant que possible, modifier le terrain; et les maladies à la suite desquelles peut apparaître la tuberculose : rougeole, bronchite, coqueluche, diabète, doivent être l'objet de soins très minutieux.

La Commission recommande certaines précautions visant les aliments, l'air aspiré, les crachats, les chambres habitées par les malades. Ces précautions ne sont pas toujours pratiques.

La chair musculaire des animaux, qui sert particulièrement a l'alimentation, n'est généralement pas tuberculeuse. Les organes dans lesquels siègent les tubercules ne sont habituellement pas mangés.

Quant aux crachats, dans les familles riches, on ne crache pas par terre, ni sur les murs, et dans les familles pauvres, les conseils que pourra donner l'Académie ne serviront pas à grand'chose.

Au point de vue des malades eux-mêmes, les instructions pratiques que l'on propose, si elles étaient mises à exécution, leur feraient croire leur maladie encore plus grave qu'elle ne l'est en réalité. Il faut s'en remettre, pour cela, aux soins du médecin traitant.

M. Hardy termine ainsi : « Quant aux conseils spéciaux relatifs à la contagion de la tuberculose, je repousse plus fortement encore leur publicité; au nom de l'humanité, il m'en coûte de considérer le tuberculeux comme un paria, dont il ne faut pas s'approcher. Si on suivait à la lettre les conseils de certains médecins ultra-contagionnistes, je craindrais, comme on l'a déjà si bien dit, que les malades ne fussent abandonnés, ou du moins qu'ils ne reçussent pas tous les soins thérapeutiques et moraux dont ils ont besoin. Ce sont surtout ces dernières considérations qui me donnent le regret de ne pouvoir voter les propositions de la Commission, en tant qu'elles sont destinées à être adressées au public. »

— En comité secret, et sur le rapport de M. *Cusco*, l'Académie a classé de la manière suivante les candidats à la place déclarée vacante dans la section de médecine opératoire : 1° M. Le Dentu; 2° M. Terrier; 3° M. Nicaise; 4° M. Périer; 5° M. Berger; 6° M. Chauvel.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. DUMONTPALLIER.

Antisepsie des organes urinaires par la voie interne : M. F. Dreyfous. — Cancer de l'estomac chez un jeune homme de dix-huit ans : M. Debove. — Ictère par résorption dû à la rupture de la vésicule biliaire, hémophilie, chez un enfant d'un mois : M. Hayem. — A propos des hématozoaires du paludisme : M. A. Laveran.

M. *Ferdinand Dreyfous* fait une communication sur l'*antisepsie des organes urinaires faite avec le salol administré par la voie interne.* (Sera publiée.)

M. *Chantemesse* demande si le salol agit, dans ces cas, en nature ou bien par le produit de sa décomposition dans l'organisme?

M. *Dreyfous* rappelle que, sous l'influence du suc pancréatique, le salol se décompose dans l'intestin en acide salicylique et en acide phénylsulfurique. C'est sous la forme de phénylsulfate de soude que l'acide phénique est éliminé par les reins. Quant à l'acide salicylique, il est facile d'en prouver la présence en versant quelques gouttes de perchlorure dans l'urine. Le salol agit comme l'acide salicylique, avec cette différence que l'acide salicylique est mal toléré, tandis que le salol est parfaitement supporté, même à une dose fort élevée.

— M. *Debove* communique une observation de cancer de l'estomac survenue chez un jeune homme de dix-huit ans. Il y a deux mois, au cours d'une très bonne santé apparente, survint subitement une hématémèse abondante, et le malade rendit environ deux litres de sang. A l'Hôtel-Dieu, on diagnostiqua à cette époque un ulcère de l'estomac et l'on ordonna le régime lacté, qui parut faire merveille, car au bout d'un mois le malade sortit en apparence guéri. Un mois plus tard survint une nouvelle hématémèse, pour laquelle ce jeune homme entra dans le service de M. Debove à l'hôpital Andral. On diagnostiqua de nouveau un ulcère de l'estomac. Les vomissements de sang se répétèrent, une anémie grave s'ensuivit, une ascite considérable se développa et le malade mourut subitement dans une syncope. A l'autopsie, on trouva une dizaine de litres de liquide dans le péritoine et du sang dans l'estomac et dans les intestins. Un cancer ulcéré, étalé en nappe et large environ comme la main, siégeait sur la petite courbure de l'estomac, tout près du pylore, sans intéresser cet orifice.

Cette observation est intéressante en raison du jeune âge du sujet, en raison de la marche aiguë de la maladie, et enfin en raison de l'ascite très abondante présentée par le malade. La pathogénie de cette ascite est assez obscure. Des ganglions cancéreux allant de la tumeur au hile du foie ont bien été constatés à l'autopsie, mais ces ganglions n'étaient pas assez volumineux pour comprimer la veine porte et produire une ascite aussi rapide. M. Bard (de Lyon) et un de ses élèves ont fait cette année une étude du cancer de l'estomac chez les jeunes sujets, et ils ont montré que, dans ces conditions, la marche de la maladie était presque toujours aiguë.

M. *Renaut* demande à M. Debove si son malade avait des antécédents cancéreux héréditaires ou s'il était arthritique.

M. *Debove* répond que les parents sont encore vivants et très bien portants. Quant à l'arthritisme, on a tellement étendu son rôle, qu'il ne sait où ses manifestations commencent et où elles s'arrêtent.

— M. *Hayem* communique un cas d'*ictère par résorption et d'hémophilie, dû à la rupture de la vésicule biliaire, chez un enfant d'un mois.* (Sera publié lorsque l'examen histologique aura été communiqué à la Société.)

M. *Ollivier* a vu plusieurs fois chez de très jeunes enfants un amincissement considérable des parois de la vésicule, si bien qu'une perforation semblait prête à se faire. Depuis longtemps on a signalé cet amincissement et ces perforations au cours de la fièvre typhoïde.

M. *Hayem* rappelle que son petit sujet était devenu tout d'un coup ictérique, sans avoir souffert d'aucun trouble préalable.

M. *Labbé* insiste sur la rareté des cas de rupture de la vésicule biliaire et sur leur terminaison ordinaire par péritonite suraiguë.

M. *Sevestre* soutient que, chez le nouveau-né âgé de quelques jours seulement, l'ictère est très fréquent; tandis que chez l'enfant âgé de plusieurs mois il est au contraire fort rare.

M. *Chantemesse* rappelle qu'expérimentalement on peut injecter dans le péritoine des animaux une bile aseptique.

M. *Féréol* insiste sur ce fait que l'intéressante communication de M. Hayem montre, contrairement aux idées courantes en clinique, que la pénétration de la bile dans le péritoine peut ne pas donner lieu à une péritonite suraiguë.

— M. *A. Laveran*, en offrant à la Société son travail sur les *hématozoaires du paludisme*, publié récemment dans les *Archives de médecine expérimentale*, rappelle que les recherches de Marchiafava et Celli ont été de plusieurs années postérieures aux siennes, dont elles ont été simplement confirmatives. Il est donc surprenant que leurs audacieuses réclamations aient pu tromper quelqu'un.

Fernand Widal.

Société de chirurgie.

SÉANCES DU 14 ET DU 21 NOVEMBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. LE DENTU.

Discussion sur le lymphadénome : MM. Reclus, Prengrueber, Quénu, Routier, Verneuil, Terrier, Trélat, Berger, Humbert. — Hystéropexie sans laparotomie : M. Assaky. — Plaie de l'estomac, laparotomie, suture : M. Jalaguier (Discussion : MM. Reclus, Championnière, Kirmisson, Quénu).

M. *Reclus* communique six observations de *lymphadénome* traité par l'arséniate de soude à l'intérieur et en injections interstitielles (voy. *Gazette*, n° 47, p. 753).

M. *Prengrueber* a traité de cette manière trois malades, qui d'abord ont semblé guéris. Mais l'un d'eux, après avoir eu plusieurs récidives lorsque l'arsenic était suspendu, a fini par succomber cachectique. Les deux autres n'ont pas été suivis après résorption de leur tumeur ganglionnaire. Un quatrième malade, en apparence identique aux précédents, n'a été aucunement amélioré; peut-être même son état s'est-il aggravé.

M. *Quénu* pense qu'en tout cela nos connaissances diagnostiques sont encore trop imparfaites pour que nous soyons autorisés à conclure. Il est probable que dans le lymphadénome on englobe des lésions diverses. Nous sommes même encore bien peu avancés en anatomie pathologique: nous ne savons pas ce que sont les variétés des hypertrophies ganglionnaires. Histologiquement, on peut presque dire que l'hypertrophie des amygdales est un lymphadénome, et cependant sa bénignité est extrême.

M. *Routier* a recueilli une observation intéressante pour le diagnostic. Un malade avait au cou, aux aisselles, aux aines, des ganglions hypertrophiés; il était leucocythémique. Le lymphadénome fut diagnostiqué, mais le traitement arsenical fut nuisible; or il s'agissait de tuberculose et, après plusieurs interventions chirurgicales, le malade guérit. M. Routier croit qu'en général il ne faut pas opérer

le lymphadénome; il a cependant enlevé, après échec de l'arsenic, une tumeur qui comprimait la trachée et il a dû laisser en place un prolongement qui s'enfonçait dans le thorax. Le sujet, enfant de neuf ans, a eu deux ans de survie.

M. *Verneuil* constate que la question n'est guère plus avancée qu'il y a une quinzaine d'années, époque à laquelle elle a déjà été discutée par la Société. C'est que toujours l'anatomie pathologique est douteuse. Le diagnostic reste non moins douteux. Dès lors il est impossible d'accorder à M. Reclus, qu'il faille de parti pris, proscrire le bistouri. Tous les opérés ne meurent pas, en effet, et M. Verneuil a communiqué à H. Bergeron, pour sa thèse d'agrégation, l'observation d'un malade qui est mort de pneumonie six ans après l'extirpation d'une tumeur énorme; celle d'un autre qu'il a rencontré bien portant plusieurs années après. Il faut aussi tenir compte des lymphadénomes bénins, petites tumeurs que M. Verneuil a décrites en 1853 et sur lesquelles M. Ricard vient d'attirer l'attention du Congrès de chirurgie. Or le diagnostic de ces diverses variétés est bien délicat, sinon impossible: c'est à l'étude anatomique et pathologique qu'il faut s'atteler, la question thérapeutique n'est pas encore mûre. Au demeurant, M. Verneuil est partisan de l'arsenic, dont les effets sont parfois incontestables.

M. *Terrier* tient de M. Cornil que le diagnostic anatomique entre l'hypertrophie simple et le lymphadénome est pour le moment impossible. En clinique, c'est donc bien pis encore. Aussi est-il indispensable d'enlever à ces malades un ou deux ganglions, de pratiquer avec le plus grand soin l'examen histologique et bactériologique. Alors seulement on aura une base scientifique; mais actuellement nous n'avons pas fait un pas depuis la thèse de Bergeron. On appelle lymphadénome tout ganglion volumineux dont on ignore la nature: voilà pourquoi tous les traitements donnent des résultats si variables. L'arsenic est sans doute bon, mais M. Terrier désire affirmer que si les injections causent des abcès, c'est qu'elles ne sont pas aseptiques; M. Terrier, lui aussi, a fait des injections au naphtol, à l'iodoforme. Il a eu *un* abcès, et cette fois l'injection avait été faite par l'externe du service. D'autre part, l'injection qui fait suppurer est un trauma plus sérieux que l'énucléation d'un petit ganglion. Voilà pourquoi M. Terrier conseille cette biopsie, qu'il a pratiquée plusieurs fois sans donner au néoplasme le moindre coup de fouet. Il pense même qu'on est en présence d'une infection qui gagne de ganglion en ganglion, aussi faut-il enlever aussi vite que possible tout ganglion suspect. Il ajoute qu'il a enlevé il y a trois ans avec M. Terrillon un lymphadénome testiculaire qui n'a pas encore récidivé. L'examen histologique a été fait au Collège de France.

M. *Trélat* pense comme MM. Quénu, Verneuil, Terrier. Il connaît les hypertrophies simples dont parle M. Verneuil, affection rare (et dans une longue pratique M. Verneuil n'en a recueilli que cinq observations), surtout si on la distingue bien de certaines tuberculoses torpides sur lesquelles insiste M. Trélat. Pour les lymphadénomes proprement dits, il en est de bénins et de malins, sans qu'on puisse le dire à l'avance. Il faut donc enlever les tumeurs enlevables; pour les autres, le traitement arsenical est sans contredit quelquefois favorable. L'ablation précoce conseillée par M. Terrier est peut-être excellente, mais elle ne semble pas avoir encore été pratiquée. On ne voit guère les malades que lorsque les tumeurs sont déjà bien volumineuses.

M. *Berger* pense que le diagnostic est facile. Il a eu à se louer du traitement arsenical sur six ou sept malades, il a obtenu quatre améliorations manifestes, dont au moins deux guérisons complètes; deux ou trois autres cas ont été des échecs complets. Mais M. Berger ajoute qu'il a vu mourir tous les malades qu'on a opérés devant lui.

M. *Humbert* se refuse à proscrire entièrement le bistouri. Il a publié l'histoire d'un malade qui eut, il est vrai, trois récidives, mais qui vécut de la sorte pendant une dizaine d'années. Il conseillerait absolument l'extirpation de la petite masse ganglionnaire qui subsiste chez un des malades de M. Reclus. Il pense, malgré M. Berger, que le diagnostic est très souvent fort obscur.

M. *Lucas-Championnière* a été étonné des résultats remarquables fournis par l'arsenic, dont il se sert depuis longtemps. Mais il ne faut pas trop croire à la guérison, et l'on voit succomber à la généralisation des malades chez lesquels la tumeur primitive avait fondu comme par enchantement.

M. *Reclus* reconnaît que le diagnostic est difficile pour les petites tumeurs: hypertrophie simple, tuberculose, lymphadénome. Mais là on est d'accord pour la thérapeutique; il faut enlever. Pour les grosses tumeurs, il maintient que cet ensemble clinique n'appartient guère qu'au lymphadénome. Mais ce lymphadénome est-il bénin ou malin? Ici nous sommes dans l'ignorance, d'autant mieux (et l'un des faits de M. Reclus en est un exemple) qu'une tumeur volumineuse, mais ancienne et stationnaire, peut subir brusquement une évolution maligne. Or, pour les grosses tumeurs, il croyait que l'abstention était prêchée par tous les chirurgiens; il constate que la plupart sont plus hardis qu'il ne le pensait; peut-être même est-il ébranlé dans ses convictions et va-t-il consentir à débarrasser du noyau persistant le malade de sa troisième observation.

— M. *Jalaguier* publie une observation de *laparotomie pour plaie pénétrante de l'abdomen* par balle de revolver, sur une femme qui avait tenté de se suicider. La plaie siégeait à 9 centimètres au-dessus et 4 centimètres à gauche de l'ombilic. Pas de nausées, pas de vomissements; pas de signes d'hémorrhagie. Mais il y avait une sonorité exagérée, probablement due à l'issue de gaz dans le péritoine. Laparotomie deux heures après l'accident; épanchement sanguin abondant par plaie de la coronaire stomachique (qui fut liée), large plaie béante de la petite courbure; suture de l'estomac, guérison. L'hémorrhagie, à défaut de la perforation, eût été incontestablement mortelle si la laparotomie n'eût pas été pratiquée.

M. *Reclus* désire faire remarquer que pour lui, relativement abstentionniste, l'hémorrhagie est une indication à agir; que d'autre part c'était une plaie de l'estomac et que M. Jalaguier n'a pas eu à manipuler longuement l'intestin.

MM. *Championnière* et *Kirmisson* constatent que les opinions de M. Reclus se modifient, car il a dit naguère: gardez-vous de toucher aux plaies de l'estomac, et aujourd'hui il dit que M. Jalaguier a bien fait d'agir parce qu'il s'agissait de l'estomac. D'autre part, dans l'espèce, il n'y avait aucun signe d'hémorrhagie.

M. *Reclus* répond qu'il y avait un signe certain de plaie du tube digestif: le météorisme péritonéal.

M. *Quénu* s'est abstenu dans un cas où il n'y avait aucun signe de perforation. Au quinzième jour, des accidents mortels ont éclaté.

— M. *Assaky* propose de pratiquer l'*hystéropexie* sans laparotomie, en prenant dans une aiguille courbe l'utérus appliqué par la pesanteur au-dessus du pubis, le bassin étant surélevé et renversé, dans la position préconisée par Trendelenburg pour la taille hypogastrique. Mais dans l'opération de M. Assaky une anse intestinale interposée a été reconnue par la percussion et il a fallu, pour l'écarter, recommencer la manœuvre. Aussi MM. *Pozzi* et *Terrier* s'élèvent-ils contre cette méthode, qui d'ailleurs n'est pas nouvelle, ainsi qu'il appert de la thèse de Dumoret.

A. Broca.

Société de biologie.

SÉANCE DU 23 NOVEMBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. DUCLAUX, VICE-PRÉSIDENT.

Développement de la rate chez les Sélaciens : M. Laguesse. — Contribution à l'étude des propriétés épileptogènes de l'essence de romarin : MM. Cadéac et Meunier — A propos d'une communication de M Tarchanoff sur l'albumine de l'œuf de certains oiseaux : M. Lataste. — Étude ophthalmoscopique du fond de l'œil dans l'hypnose : MM Luys et Bacchi. — Appareil central de l'olfaction : M. Trolard. — Physiologie et pathologie de la glande et des procès ciliaires : M. Nicati. — Physiologie des tubercules quadrijumeaux : M. Lahorde. — Échouement de deux cétacés sur la côte de France : M Beauregard (Discussion : M. Duclaux). — Développement du microbe pathogène dans du sérum provenant d'animaux normaux. malades et vaccinés : MM. Charrin et Roger (Discussion : MM Richet, Duclaux, Chauveau).

M. *Laguesse* a reconnu que le réticulum de la rate de Sélaciens qu'on a pris pour un réseau de tissu conjonctif lamineux en différait par l'absence de matière collagène. En suivant le développement de ce tissu il a vu qu'il était à l'origine constitué par des cellules à larges prolongements anastomosés où le corps de la cellule diminue et le noyau disparaît pendant le développement.

— MM. *Luys* et *Bacchi* ont constaté pendant les diverses phases de l'hypnose un état hyperhémique de la rétine. Les variations entre les diverses phases ne portent que sur l'état de la papille.

— M. *Laborde* a répété sur les tubercules quadrijumeaux les expériences classiques de Flourens, Langeais et Vulpian dont les résultats viennent d'être tout récemment niés en Allemagne par Knoll et par Gudden. Par des excitations mécaniques au moyen d'une mèche de vilebrequin à trépan dont on vérifie le siège après autopsie, ou par excitation mécanique portée directement sur les tubercules après qu'on a enlevé au moyen d'un filet d'eau tiède la substance cérébrale interposée, ce qui peut se faire sans provoquer d'hémorrhagie, M. Laborde a reconnu que la substance cérébrale du tubercule était inexcitable, que la substancé blanche sous-jacente était excitable et que les phénomènes auxquels cette excitation donnait naissance pouvaient être rapportés aux filets pédonculaires (mouvement de rotation en manège), à des filets du moteur oculaire commun (mouvement du globe oculaire), aux tubercules quadrijumeaux eux-mêmes (resserrement de la pupille). Ce dernier phénomène est véritablement propre aux tubercules. Il se manifeste encore après l'ablation des corps opto-striés, et disparaît par ablation des tubercules. Le phénomène est croisé, mais imparfaitement, tandis qu'il l'est absolument chez les poissons. Ces phénomènes sont tellement nets, qu'on a peine à croire les observateurs allemands qui disent avoir répété ces expériences sans aucun résultat.

— M. *Beauregard* a pu prendre les mamelles, les pièces génitales et l'appareil auditif d'un *Baleinoptera musculus* femelle échoué vivant sur les côtes de France, entre Pauillac et Royan. Il remarque que le mois de novembre se signale toujours par des faits de ce genre. A une question de M. Duclaux sur les causes de ces échouements, M. Beauregard croit devoir les rapporter à des migrations, bien que les baleines de cette espèce habitent d'ordinaire les eaux françaises.

— MM. *Charrin* et *Roger* présentent des cultures du bacille pyocyanique dans du sérum provenant d'animaux normaux et d'animaux dont la résistance à la maladie pyocyanique a été augmentée par des inoculations répétées. Le bacille se développe mal dans le sérum des animaux à résistance augmentée, il a une forme grêle et se présente en chaînes analogues à celles que M. Guignard a observées dans les cultures contenant de faibles doses d'antiseptiques. Ces mauvaises conditions de développement se retrouvent pour les streptocoques.

M. *Richet* rapproche ces faits d'un certain nombre qu'il a eu l'occasion d'observer en opérant la transfusion du sang de chien dans le péritoine de lapins. A la même dose le sang était toxique ou non suivant les individus dont il provenait. En outre un staphylocoque pathogène, qui fait ordinairement périr les lapins en vingt-quatre ou trente-six heures, était devenu inoffensif pour des lapins qui avaient reçu dans le péritoine 50 grammes de sang provenant de chiens ayant eu des abcès.

M. *Duclaux* ne pense pas qu'on puisse, au moyen de ces faits, donner une explication de l'immunité.

M. *Chauveau*, sans être d'un avis contraire, pense qu'en raison de leur importance et de la constance avec laquelle ils se reproduisent, ces faits constituent un premier pas très important vers la connaissance des causes de l'immunité.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

Du traitement de l'ozène par le baume du Pérou, par M. le docteur W. EBSTEIN. — L'auteur rapporte des faits observés par M. Rosenbach, qui fait usage du procédé suivant pour combattre l'ozène. Chaque jour il enduit la muqueuse des fosses nasales et les narines avec le baume du Pérou, au moyen d'un tampon d'ouate imbibé d'une solution de ce médicament. Il a obtenu, paraît-il, la désodorisation rapide dans des cas où on avait inutilement fait usage des antiseptiques les plus divers. (*Deut. med. Woch.*, n° 6, 1889.)

Du traitement du typhus abdominal par les lavements de tanin, par M. le docteur BACKHAUS. — C'est en s'inspirant du traitement du choléra recommandé récemment par Cantani qu'on a été conduit à essayer cette médication antiseptique et germicide. Pour M. Backhaus l'obstacle de la valvule de Bauhin n'empêche point la pénétration de ces lavements, et pour le prouver, il invoque l'opinion de Cantani et discute les expériences de Mosler sur les cadavres. Il recommande d'administrer les lavements au malade placé dans la position à genoux plutôt que dans le décubitus latéral, et de pratiquer l'injection doucement et sans excès de pression pour éviter une distension trop rapide de l'intestin.

Le tanin ainsi administré diminue l'abondance de la diarrhée, exerce une action topique sur les lésions de la muqueuse intestinale et modifie la nature septique des sécrétions. Dans cinq cas, il a vu les troubles nerveux s'atténuer. Par contre, le tanin modifie peu la température. Il ajoute cependant que cette méthode offre le grand avantage de diminuer les dangers d'infection et peut-être aussi, en régularisant les selles, de mieux désinfecter ces dernières et de prévenir la contagion. (*Deut. med. Wochens*, 1889, n° 29.)

Sur une badiane toxique, l'Illicium parviflorum, par M. le docteur ET. BARRAL. — Les fruits de ce végétal ressemblent à ceux de l'anis étoilé et depuis quelques années, en Angleterre et en Allemagne, ont servi à falsifier les fruits de badiane ou anis étoilé ordinaire.

M. Barral a étudié les effets de la décoction et de l'extrait des fruits d'*Illicium parviflorum* et a constaté que ces fruits contiennent un principe toxique provoquant chez les chiens des vomissements, de l'insensibilité, de la paralysie du train postérieur, des convulsions toniques et cloniques et finalement la mort sans diminution de la température.

Il a constaté de plus que le principe vénéneux qui existe

dans les carpelles est surtout contenu dans l'amande. C'est, ajoute-t-il, probablement un glucoside différent de la shikimine retirée de l'*Illicium religiosum* par Eykmann. Ces expériences intéressantes expliquent les accidents observés après l'administration de préparations de badiane falsifiée. (*La Province méd.*, 28 août 1889.)

BIBLIOGRAPHIE

Les sensations internes, par M. H. Beaunis, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Nancy, directeur du laboratoire de psychologie physiologique à la Sorbonne (Hautes-Études). 1 vol in-8° de la *Bibliothèque scientifique internationale*. Paris, 1889. Félix Alcan.

Condillac, dans son *Traité des sensations* (1754), imagine une statue « organisée intérieurement comme nous, et animée d'un esprit privé de toute espèce d'idées », à laquelle il donne successivement l'usage des différents sens externes, afin d'étudier dans quelle mesure chacun d'eux contribue aux connaissances de notre entendement. Cette statue, quelque bien douée qu'elle soit, nous paraît aujourd'hui une monstruosité, son auteur l'ayant dépourvue de sensations internes. De l'existence de celles-ci, l'école psychologique du siècle dernier ne semblait même pas se douter. Ce sera l'éternel honneur de Cabanis d'avoir complété sur ce point important l'étude de la nature humaine. « La question nouvelle qui se présente, écrit-il dans le deuxième mémoire de son grand ouvrage, est de savoir s'il est vrai, comme l'ont établi Condillac et quelques autres, que les idées et les déterminations morales se forment toutes et dépendent uniquement de ce qu'ils appellent *sensations;* si par conséquent, suivant la phrase reçue, toutes nos idées nous viennent des sens, et par les objets extérieurs ; ou si les impressions internes contribuent également à la reproduction des déterminations morales et des idées, suivant certaines lois, dont l'étude de l'homme sain et malade peut nous faire remarquer la constance : et, dans le cas de l'affirmative, si des observations particulièrement dirigées vers ce point de vue nouveau, pourraient nous mettre facilement en état de reconnaître encore ici les lois de la nature, et de les exposer avec exactitude et évidence. »

La physiologie et la pathologie ont donné raison à ces principes de l'auteur des *Rapports du physique et du moral de l'homme ;* elles ont suivi la voie qui leur était indiquée et étudié scientifiquement ces « impressions internes » et leur influence sur nos idées et nos déterminations. Les nombreux faits et expériences que la science a déjà accumulés sur le sujet méritaient d'être réunis dans un travail d'ensemble. C'est la tâche que s'est imposée M. le professeur Beaunis, et il y a pleinement réussi. A la fois physiologiste et psychologue, en même temps qu'habile expérimentateur et critique avisé, il ne s'est pas contenté de rapporter les faits connus, mais il les a contrôlés avec soin; il a de plus enrichi son sujet d'expériences nouvelles et donné ainsi à son livre un caractère d'originalité.

M. Beaunis groupe les nombreuses sensations internes en huit classes : dans la première trouvent place, sous le nom de *sensibilité organique*, les sensations qui dérivent des organes et des tissus pris individuellement à l'exclusion des organes des sens spéciaux, sensations qui peuvent du reste être spontanées ou provoquées. La deuxième comprend les *besoins*, qui peuvent se diviser en *besoins d'activité* (besoins d'activité musculaire et psychique, faim, soif, besoin sexuel, etc.) et en *besoins d'inaction* (besoins de sommeil et de repos). Dans la troisième classe rentrent les *sensations fonctionnelles* correspondant à l'exercice des diverses fonctions : ce sont le sens musculaire, les sensations digestives, respiratoires, circulatoires, glandulaires et sexuelles. Le quatrième groupe renferme l'ensemble sensitif désigné en général sous le nom de *cénesthésie* ou sentiment de l'existence. Le cinquième comprend les *sensations émotionnelles*, c'est-à-dire les sensations qui accompagnent les émotions. Dans le sixième, l'auteur fait entrer un certain nombre de sensations d'un caractère spécial et de nature indéterminée, comme le sens de l'orientation, les sens magnétique et météorologique, etc. Les deux derniers groupes, enfin, renferment l'un les *sensations douloureuses* et l'autre les *sensations de plaisir*.

L'analyse est, comme on voit, poussée aussi loin que possible, et nous ne croyons pas que dans l'état actuel de la science, il y ait quoi que ce soit à y ajouter. Ce qui importe, c'est que la description justifie les distinctions établies, et, à ce point de vue, il n'y a qu'à louer. Il est impossible d'analyser chaque chapitre l'un après l'autre ; il en est cependant quelques-uns sur lesquels nous devons tout particulièrement appeler l'attention.

Ce sont surtout les huit chapitres consacrés à l'étude des sensations musculaires, qui doivent être considérés comme les plus étudiés du livre. Après avoir décrit ces sensations au point de vue physiologique, l'auteur analyse avec soin les notions qu'elles nous fournissent, et ces notions, on le sait, sont nombreuses: résistance, étendue, espace, distance, direction, position, mouvement. La question de la persistance des sensations musculaires appelle ensuite son attention, et le conduit à dire quelques mots, peut-être un peu courts, sur les images motrices. Nous ferons la même critique pour ce qui concerne la pathologie du sens musculaire: quatre pages sur les troubles et les illusions de cette sensibilité paraîtront insuffisantes, et cependant que de faits intéressants l'observation clinique des aliénés fournit sur ce point intéressant !

Le plaisir et la douleur semblent avoir été jusqu'ici des sujets réservés à la psychologie ; il était intéressant de les voir traités par un physiologiste. M. Beaunis a résolument abordé ces délicates questions en médecin, et elles y gagnent en clarté. Toute forme et variété de douleur est décrite à l'aide d'exemples tirés de la pathologie, et on assiste ainsi au spectacle des maux sans nombre auxquels notre organisme peut être en proie. Ces maux, quelque nombreux qu'ils soient, peuvent être classés, et notre auteur en distingue quatre genres : les douleurs mécaniques, les douleurs thermiques, les malaises et les douleurs spéciales.

Quant à la douleur morale, elle ne présente pas, avec la douleur physique, cette différence de nature généralement admise ; ces deux douleurs ne sont en réalité que « les deux branches d'un même tronc, les deux espèces d'un même genre ». Cependant, il faut reconnaître qu'il existe des caractères qui les distinguent l'une de l'autre. Et d'abord, la cause diffère en général : celle de la douleur morale est une émotion, une idée, un souvenir ; celle de la douleur physique est une altération de l'activité nerveuse par une cause extérieure et organique. Autre différence : dans la douleur physique, l'élément physique précède l'élément moral; dans la douleur morale, l'élément moral est primitif et l'élément physique consécutif. Enfin, dans la plupart des cas, les douleurs morales sont plus persistantes que les douleurs physiques et survivent à la cause qui les produit.

Nous ne nous arrêterons pas au dernier chapitre qui étudie le plaisir ; nous croyons en avoir assez dit pour faire ressortir l'importance de l'œuvre du professeur de Nancy ; elle tiendra une place distinguée parmi les nombreuses publications inspirées par les méthodes scientifiques en honneur dans la nouvelle école de psychologie physiologique.

Ant. Ritti.

VARIÉTÉS

DES DISPENSES MILITAIRES APPLICABLES AUX MÉDECINS. — Un règlement d'administration publique vient de préciser, dans les termes suivants, les conditions de dispenses relatifs aux médecins.

Des dispenses résultant de l'obtention de certains diplômes ou titres. — Sont, sur leur demande, envoyés ou maintenus définitivement en congé dans leurs foyers, jusqu'à la date de leur passage dans la réserve, pourvu qu'ils aient une année de présence sous les drapeaux, les jeunes gens qui obtiennent ou ont obtenu un des diplômes ou titres mentionnés au paragraphe 2° de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889, soit avant leur incorporation, soit pendant leur présence sous les drapeaux à titre d'appelés, soit pendant leur séjour en congé dans leurs foyers dans les divers cas prévus par les articles 21, 22 et 23 de ladite loi.

Les jeunes gens qui ont obtenu avant leur comparution devant le conseil de revision un de ces diplômes ou titres, doivent produire au conseil les pièces officielles constatant cette obtention.

Pour les jeunes soldats présents sous les drapeaux, l'envoi en congé est prononcé par l'autorité militaire sur le vu des diplômes ou pièces officielles. Pour les jeunes gens présents dans leurs foyers avant leur incorporation ou qui y sont envoyés en congé, la dispense est également prononcée par l'autorité militaire, après remise des pièces justificatives au commandant du bureau de recrutement de la subdivision de région à laquelle appartient le canton où ils ont concouru au tirage au sort. Dans ces deux derniers cas, la production des pièces justificatives doit avoir lieu dans le mois qui suit l'obtention des diplômes ou titres.

Des dispenses résultant des études scientifiques. — Les jeunes gens qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir soit le diplôme de docteur en médecine, de pharmacien de 1re classe, soit le titre d'interne des hôpitaux nommé au concours dans une ville où il existe une Faculté de médecine, doivent, pour obtenir la dispense, présenter un certificat du doyen de la Faculté ou du directeur de l'École de pharmacie, ou de médecine et de pharmacie à laquelle ils appartiennent, constatant qu'ils sont régulièrement inscrits sur les registres et que leurs inscriptions ne sont pas périmées.

Les jeunes gens visés à l'article précédent doivent, jusqu'à l'obtention des diplômes ou titres spécifiés audit article, produire annuellement, jusqu'à l'âge de vingt-six ans fixé par l'article 24 de la loi du 15 juillet 1889, un certificat établi par les doyens des Facultés ou par les directeurs des Écoles dont il s'agit, constatant qu'ils continuent à être en cours régulier d'études. Le dit certificat doit être visé par le recteur de l'Académie.

Les registres d'inscription des Facultés, Écoles supérieures de pharmacie, Écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie, sont tenus à la disposition de l'autorité militaire qui peut en prendre connaissance sans déplacement.

Les étudiants en médecine et en pharmacie qui obtiennent après concours le titre d'interne des hôpitaux dans une ville où il existe une Faculté de médecine justifient de leur situation : à Paris, par un certificat du directeur de l'Assistance publique visé par le préfet de la Seine; dans les départements, par un certificat du maire, président de la commission administrative, visé par le préfet.

Pour obtenir la dispense comme étudiant en vue du diplôme de vétérinaire, les jeunes gens doivent présenter un certificat du directeur de l'une des écoles vétérinaires d'Alfort, de Lyon ou de Toulouse, attestant l'admission à l'École. Ce certificat est visé par le ministre de l'agriculture. Après l'accomplissement de leur année de service militaire, ils sont tenus de présenter annuellement un certificat établi dans la même forme, et constatant leur présence continue à l'école.

Dispositions générales. — Les pièces justificatives que les jeunes gens doivent produire à l'appui de leur demande sont présentées : 1° au conseil de révision ; 2° au commandant du bureau de recrutement, avant l'incorporation, si ces pièces n'ont été délivrées qu'après la comparution de l'intéressé. La dispense est prononcée, dans le premier cas, par le conseil de révision, et, dans le second cas, par l'autorité militaire, sur le vu desdites pièces justificatives.

Les dispensés pour études scientifiques doivent produire, du 15 septembre au 15 octobre de chaque année, jusqu'à l'âge de vingt-six ans, au commandant du bureau de recrutement de la subdivision à laquelle appartient le canton où ils ont concouru au tirage, les certificats prévus auxdits chapitres dans le but d'établir qu'ils continuent à remplir les conditions sous lesquelles la dispense leur a été accordée.

L'année de service imposée aux jeunes gens dispensés en vertu des articles 21, 22 et 23 de la loi du 15 juillet 1889 doit être uniquement consacrée à l'accomplissement de leurs obligations militaires; sous aucun prétexte ils ne pourront être détournés de ces obligations ni recevoir des exemptions de service à l'effet de poursuivre leurs études.

Dispositions transitoires. — Les diplômes ou titres obtenus avant la promulgation du présent décret (23 novembre 1889) procurent la dispense prévue par l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889.

LE DROIT DE RÉQUISITION DES MÉDECINS. — Le tribunal correctionnel de Rodez vient d'infirmer le jugement rendu par le tribunal de simple police et par conséquent d'acquitter nos confrères de l'amende à laquelle ils avaient été condamnés. Ce jugement qui affirme comme nous l'indépendance absolue de la profession médicale, ne reconnait pas dans les circonstances qui ont motivé la réquisition, le caractère du *flagrant délit*. Nous avions fait remarquer combien étaient vagues à ce point de vue les divers textes de loi. Nous ne pouvons qu'applaudir à un précédent qui engagera sans doute les magistrats aussi bien que les médecins à demander la revision de la législation.

PROJET DE LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE. — M. le docteur Chevandier (de la Drôme) a fait voter l'urgence sur une proposition de loi qu'il a, pour la troisième fois, présentée à la Chambre des députés. Espérons que dans le cours de cette législature notre dévoué confrère pourra faire voter une réforme complète de la législation médicale.

MORTALITÉ A PARIS (45e semaine, du 3 au 9 novembre 1889. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 11. — Variole, 1. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 16. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 220. — Autres tuberculoses, 21. — Tumeurs : cancéreuses, 36 ; autres, 5. — Méningite, 19. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 47. — Paralysie, 3. — Ramollissement cérébral, 8.—Maladies organiques du cœur, 53. — Bronchite aiguë, 17. — Bronchite chronique, 31. — Bronchopneumonie, 16. — Pneumonie, 48. — Gastro-entérite : sein, 10; biberon, 56. — Autres diarrhées, 2. — Fièvre et péritonite puerpérales, 8. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 20. — Sénilité, 23. — Suicides, 24. — Autres morts violentes, 11. — Autres causes de mort, 159. — Causes inconnues, 11. — Total : 899.

MORTALITÉ A PARIS (46e semaine, du 10 au 16 novembre 1889. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 20. — Variole, 1. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 33. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 179. — Autres tuberculoses, 22. — Tumeurs : cancéreuses, 33; autres, 5. — Méningite, 22. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 44. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 49. — Bronchite aiguë, 29. — Bronchite chronique, 30. — Bronchopneumonie, 38. — Pneumonie, 39. — Gastro-entérite : sein, 8; biberon, 58.—Autres diarrhées, 3. — Fièvre et péritonite puerpérales, 6. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 28. — Sénilité, 37. — Suicides, 12. — Autres morts violentes, 4. — Autres causes de mort, 181. — Causes inconnues, 6. — Total : 917.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Recherches sur l'influence des eaux de Marienbad, sur la nutrition, la digestion et la circulation, par M. le docteur Sigismond Dobiezewski. Brochure in-8° de 62 pages. Paris, O. Doin. 1 fr.

De la congestion du foie, esquisse de séméiologie clinique, par M. le docteur P. Morel. Grand in-8° de 32 pages. Paris, O. Doin. 1 fr. 50

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

21185. — MOTTEROZ. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

TRENTE-SIXIÈME ANNÉE N° 49 6 DÉCEMBRE 1889

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 4 décembre 1889.

Académie de médecine : **Prophylaxie de la tuberculose.**

Ce n'est pas seulement un examen critique des instructions rédigées par la Commission de la tuberculose, c'est une étude détaillée des modes de genèse et de transmission de la phthisie que nous apporte la discussion ouverte devant l'Académie. Il ne faut pas nous plaindre de l'étendue que va prendre le débat. La vérité scientifique ressortira plus évidente après d'aussi intéressantes controverses. Et lorsque viendra le moment de conclure, il est probable que les savants aujourd'hui divisés sur des questions de détails ou d'opportunité finiront par s'entendre.

De quoi s'agit-il en effet? M. Cornil l'a dit en excellents termes et avec une précision qui ne laisse aucune obscurité. La tuberculisation est-elle une maladie microbienne, par conséquent transmissible d'un sujet malade à un individu sain? De toutes celles dont le médecin peut avoir à s'occuper, cette maladie n'est-elle point la plus meurtrière? Or s'il en est ainsi, et personne ne le conteste, la société a donc le droit de chercher à se défendre en arrêtant, par tous les moyens possibles, cette cause permanente d'abaissement et d'abâtardissement de la population.

D'autre part, M. Villemin, qui, le premier, il y a vingt années déjà, a démontré les modes de contagion de la tuberculose, était en droit, mieux que tout autre, de protester contre les tendances que trahissent encore certains discours académiques. Sans nier, en aucun façon, l'influence des causes banales invoquées depuis des siècles, il pense donc qu'il y a mieux à faire pour éviter la propagation et le développement incessant de la phthisie que de conseiller aux jeunes gens d'être *bien sages*. Il croit et il affirme qu'il est temps d'insister sur le danger que présentent dans les ateliers, les hôpitaux, les villas hivernales, qui reçoivent des tuberculeux, etc., etc., la présence des malades qui, sans aucune précaution, souillent de leurs expectorations virulentes et les parquets et les tapis. Il demande dès lors, avec la Commission dont il est le rapporteur, *que l'on fasse quelque chose.*

Est-ce à dire pour cela que les instructions soumises à la sanction de l'Académie devront être votées sans modification aucune. Les membres de la Commission seront, au contraire, les premiers à admettre tous les amendements utiles. Il a paru évident, après avoir entendu M. Trasbot, que la prohibition de vente de la viande d'animaux tuberculeux suffisait et que la nécessité de ne faire usage que de viandes bien cuites ne s'imposait pas. Nous avons déjà fait remarquer nous-mêmes que, pour détruire tous les germes morbides, la cuisson devrait porter sur des viandes préalablement découpées en morceaux assez ténus, ce qui était presque toujours impossible On pourra donc amender le passage des instructions qui a trait à l'alimentation par les viandes de boucherie.

Il en est de même du lait. Que l'on surveille les vacheries, que l'on condamne à l'abatage immédiat les vaches reconnues tuberculeuses et il ne sera point nécessaire de conseiller l'ébullition préventive du lait qui doit servir à l'alimentation des nouveau-nés. Dans les grandes villes, dans la classe aisée surtout, le médecin pourra toujours et dans chaque cas particulier donner à ce point de vue les conseils nécessaires. Mais il devra, dans ce but, se persuader et faire comprendre autour de lui que sa surveillance et ses conseils sont nécessaires. Combien de fois n'est-il point arrivé que l'absence de toute mesure prophylactique a suffi à provoquer les contaminations les plus douloureuses à constater?

Nous ne saurions donc condamner la publicité déjà donnée d'ailleurs depuis plusieurs mois à des instructions qui, loin de jeter la terreur dans les familles, pourront avoir, si on les modifie un peu, un réel avantage : celui de montrer que la phthisie est curable et que les précautions hygiéniques conseillées auront pour effet non seulement d'empêcher la propagation de la maladie, mais encore d'assainir les milieux où séjournent les phthisiques. Parmi ces précautions hygiéniques, il en est certainement qui ne sont pas applicables partout. Mais, nous le répétons, plus on demandera à cet égard, plus, si les médecins s'y prêtent un peu, l'on sera assuré d'obtenir quelque chose. Nous ne croyons pas que lorsqu'on constate pour la première fois un cas de tuberculose il convienne de se taire. Nous pensons au contraire qu'avec un peu de tact

et de bon sens le médecin peut dire toute la vérité, sinon au malade, du moins à ceux qui l'entourent.

— Dans cette séance, notre savant et sympathique confrère M. le docteur Le Dentu a été nommé à une grande majorité membre titulaire en remplacement de M. Legouest.

CLINIQUE MÉDICALE

De la curabilité de l'hépatite chronique alcoolique.

La question de la curabilité de la cirrhose alcoolique du foie, ou, pour employer avec M. Millard un terme plus compréhensif, de l'hépatite chronique alcoolique, n'est à coup sûr pas absolument nouvelle, et nous verrons qu'un certain nombre d'auteurs ont depuis longtemps relaté des observations à l'appui, qu'ils considéraient comme des curiosités cliniques; mais elle a trouvé, dans ces dernières années comme un regain d'actualité à la suite des intéressantes discussions soulevées à ce sujet au sein de la Société médicale des hôpitaux, et nous la trouvons, cette année même, à l'ordre du jour du Congrès de médecine interne tenu à Rome au mois d'octobre dernier.

Peut-être, s'il ne s'agissait en pareil cas que de la constatation du fait lui-même, trouverait-on qu'il n'est guère besoin de revenir ainsi sur une proposition désormais banale; mais, outre que le fait même n'est pas admis sans conteste par tous, il s'y rattache une série de questions connexes du plus haut intérêt, relatives à la pathogénie de l'ascite, à l'évolution du tissu de sclérose, à la subordination des divers symptômes de la cirrhose alcoolique, etc. Bien que nous n'ayons pas l'intention d'exposer avec détails ces multiples parties du sujet, du moins pensons-nous qu'il n'est pas sans utilité de résumer et de rapprocher dans une vue d'ensemble les documents qui ont été produits jusqu'à ce moment.

I

Il serait évidemment superflu de vouloir remonter jusqu'à Hippocrate pour découvrir quelque texte relatif à l'histoire de la cirrhose de Laennec, et l'on se trouve dans la nécessité de s'arrêter modestement au commencement de ce siècle, à l'époque où l'individualité de la cirrhose alcoolique du foie a commencé à se dégager du chaos dans lequel elle était restée jusque-là confondue.

Peut-être Chrétien, de Montpellier (*Arch. méd.*, 1832), est-il le premier qui ait publié un cas de guérison d'un malade atteint de cirrhose avérée : grâce au régime lacté exclusif, prolongé pendant cinq mois, le retour à la santé se soutint durant six années. Après lui, divers observateurs signalent successivement des amendements prolongés, ou même des arrêts définitifs, dans la production de l'ascite au cours de l'hépatite chronique alcoolique, soit à la suite d'une ponction, soit après une crise diarrhéique ou polyurique.

C'est ainsi que Monneret établit le fait en publiant une observation, en 1852, dans les *Archives de médecine;* pour lui, la dilatation des réseaux veineux superficiels joue un grand rôle en fournissant une circulation supplémentaire. Tout en admettant que des observations de ce genre « doivent être considérées comme des exceptions incapables de détruire la règle générale » (la marche fatalement progressive), Frerichs signale néanmoins « la disparition de l'hydropisie qu'on observe parfois pendant la vie, lorsque les veines abdominales se sont dilatées ». Il admet, d'ailleurs, plus volontiers la possibilité d'enrayer les accidents d'hépatite chronique qui « signalent dans quelques cas les débuts de la dégénérescence cirrhotique ».

Murchison, dans ses *Leçons cliniques*, rapporte un cas de disparition de l'ascite, après quatre ponctions, chez une femme arrivée à une « phase avancée de cirrhose ». On trouve encore une observation analogue de Duffin, dans *The Lancet*, 1869, où la guérison de l'ascite a suivi l'usage des diurétiques; une autre de Handfield Jones (*Brit. med. Journ.*, 1871), après emploi de la digitale; enfin sept cas de ponctions d'ascite suivies de guérison, publiés par Lyons, de Dublin (*Brit. med. Journ.*, 1873).

L'année suivante, Leudet (de Rouen), dans sa clinique médicale, établissait par plusieurs observations à l'appui, que l'ascite ne se reproduit pas toujours après la ponction chez les cirrhotiques, qu'elle disparaît même parfois spontanément et que, par suite, la cirrhose peut subir un temps d'arrêt dans son évolution. A partir de cette époque, la curabilité de certaines formes de cirrhose atrophique du foie a fourni le sujet de quelques thèses inaugurales : celle de M. Ribeton, en 1885, entreprise à l'instigation de M. Raymond, et, en 1886, celle de M. Courtay de Pradel, inspirée par M. Hanot, dans laquelle l'auteur étudie surtout la pathogénie de l'ascite des cirrhotiques, et cherche à déterminer durant quelles phases de la maladie elle est susceptible de rétrocéder.

La même année, M. Troisier avait appelé l'attention de la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 9 juillet 1886, sur un cas de cirrhose avec disparition de l'ascite à la suite d'une abondante diurèse, et provoquait à ce propos une intéressante discussion à laquelle prirent part MM. Moutard-Martin, Richard, Féréol, Legrand, E. Labbé, Guyot : ils signalèrent des cas analogues, dans lesquels l'ascite, symptomatique d'une cirrhose alcoolique plus ou moins ancienne, avait disparu sous l'action du régime lacté, des purgatifs drastiques, des diurétiques ou après la ponction évacuatrice. Mais la plupart du temps, il ne s'était agi que de rémissions de durée variable, les accidents s'étaient montrés de nouveau et la cirrhose avait continuée son évolution progressive.

Dans les séances suivantes, cette discussion fut reprise et complétée par l'apport de nouveaux documents, et, dès lors, cette question est restée pour ainsi dire à l'ordre du jour de la Société, car, en janvier 1887 et en novembre 1888, elle a servi de thème à des communications complémentaires. Mais au simple apport d'observations cliniques vinrent alors s'ajouter des considérations sur le côté théorique du sujet : telle par exemple la note de M. Millard dans la séance du 23 novembre 1888, à propos de trois cirrhotiques guéris qu'il présentait à la Société.

Ajoutons que, dans ce journal, ont été publiées (*Gaz. heb.*, 1886) deux observations analogues. L'une, relatée déjà par Saucerotte père dans le *Bulletin de thérapeutique* de 1851, est complétée par M. Saucerotte fils, qui a pu constater que la guérison s'est maintenue jusqu'à la mort du malade, c'est-à-dire pendant trente années. L'autre est due au docteur Fritz, de l'Isle-Adam, et montre la disparition de l'ascite et la guérison, chez une femme cirrhotique, à la suite de deux ponctions et d'une abondante diurèse.

Enfin, cette année même, au Congrès de médecine interne tenu à Rome, M. Petrone a rapporté un cas de disparition de l'ascite au cours d'une cirrhose et, à ce propos, MM. de

Renzi, Semmola, Maragliano ont pris la parole pour interpréter les conditions qui président à ce fait, encore contesté, la guérison de la cirrhose du foie.

II

Que faut-il, en effet, entendre par ces mots de guérison de la cirrhose alcoolique? Est-il besoin, pour admettre la guérison du malade, d'établir la *restitutio ad integrum* des organes lésés et plus particulièrement du foie dans le cas qui nous occupe? Évidemment non. Une cicatrice indélébile ne saurait être exclusive de l'idée de guérison d'une plaie, d'une fracture, d'une perte de substance, d'une phlegmasie quelconque, si cette cicatrice n'altère en rien la santé générale du sujet, le fonctionnement régulier de ses organes. « Depuis quand, dit M. Millard, le terme de guérison implique-t-il nécessairement le retour à l'état parfait des organes lésés et la disparition de tout vestige morbide? » A coup sûr il n'a jamais eu cette signification, et nous ne pensons pas que l'on soit en droit de la lui attribuer.

Aussi l'argument, invoqué par quelques-uns, de la persistance d'altérations hépatiques, se révélant par la diminution ou l'augmentation de volume de l'organe, ne nous paraît pas valable pour nier la guérison alors que l'ascite et les troubles morbides constituant le tableau clinique de l'hépatite chronique ont depuis longtemps disparu.

Mais, a-t-on dit, il s'agit en pareille circonstance non pas d'une guérison, impossible à obtenir dans la cirrhose, mais de simples rémissions, plus ou moins prolongées, qui n'empêcheront pas la maladie de reprendre bientôt sa marche fatalement progressive : les rechutes sont inévitables. Rémission, si l'on veut, mais en tout cas rémission consolante et équivalant, il nous semble, à la guérison, lorsqu'elle se maintient pendant seize mois (Millard), dix-huit mois (Féréol), plus de deux ans (Bucquoy), trois ans (Th. de Françon, Troisier), jusqu'à quatre et six ans (Coyne, Callias, Th. de Françon) et même durant trente années (Saucerotte). D'autant que, dans la plupart de ces cas, l'observation constate que lors du dernier examen, à la date indiquée, le malade, on pourrait dire le guéri, continuait à se bien porter.

Les rechutes ne sauraient évidemment être contestées, elles ne se sont que trop souvent produites, et ont parfois permis à la nécropsie de confirmer le diagnostic porté dès le début (Guyot, Dujardin-Beaumetz); mais n'est-il pas une rechute dont il faut tenir grand compte en pareil cas, c'est celle qui ramène l'alcoolique à ses habitudes d'intempérance. « Qui a bu boira, » et l'hépatite reprend sur nouveaux frais, d'autant plus facilement que le foie a été déjà lésé et conserve quelque tare organique survivant à la guérison de cette première atteinte.

C'est là, à n'en pas douter, un facteur des plus important dans la genèse de ces rechutes, qui viennent à la traverse d'une guérison qu'on pouvait espérer définitive, et qui semblent justifier en partie les réserves craintives et les doutes émis par plus d'un bon esprit sur la possibilité même de la guérison. Mais il n'en reste pas moins établi, par un faisceau suffisant d'observations probantes, qu'un certain nombre de malades, atteints d'hépatite alcoolique avec ascite, voient leur épanchement disparaître et recouvrent une santé normale après un traitement approprié et la cessation de leurs habitudes d'intempérance : rémission, dirons-nous, de plusieurs mois, parfois de plusieurs années et paraissant confiner à une guérison définitive dans quelques cas heureux où la sévérité du régime a pu être maintenue.

N'est-ce pas, en tout cas, une constatation encourageante qui nous oblige désormais à revenir sur cet arrêt d'incurabilité inexorable qu'entraînait avec lui le diagnostic de cirrhose, et qui se trouve formulé d'une façon explicite dans les traités classiques de pathologie et dans les plus récents articles des grands Dictionnaires.

Mais, si le fait lui-même peut paraître suffisamment établi, les conditions dans lesquelles il se peut produire, soulèvent encore plus d'un problème dont la solution n'offrirait pas moins d'intérêt au point de vue de la pathologie que de la thérapeutique. A quelle période l'hépatite alcoolique est-elle curable? Par quel mécanisme l'ascite disparaît-elle et la guérison peut-elle être obtenue?

Si l'épanchement du liquide ascitique dans le péritoine était la conséquence directe, comme on semble l'admettre généralement, de la seule rétraction du tissu scléreux organisé dans le foie autour des rameaux de la veine porte qu'il comprime par sa rétraction progressive, il serait assez difficile de comprendre que cette ascite, une fois constituée, pût disparaître ou ne se pas reproduire après l'évacuation par la ponction abdominale. Le tissu scléreux qui caractérise les phases avancées de la cirrhose de Laennec n'est pas susceptible de rétrocéder, c'est une lésion irrémédiable dont les effets de constriction ne peuvent fatalement que s'accentuer. Il est vrai que la dilatation supplémentaire du réseau veineux vient apporter un soulagement à la stase et à la tension excessive du système porte, et nous avons vu que Monneret et Frerichs, en particulier, accordent une grande importance à cette circulation dérivative dans la disparition de l'ascite. Mais c'est là un palliatif bien insuffisant, semble-t-il, et de peu de durée; n'est-ce pas d'ailleurs un phénomène presque constant, un signe pour ainsi dire caractéristique de la cirrhose alcoolique, même dans les cas où l'évolution, fatalement progressive, se montre la plus régulière.

Aussi est-on conduit à penser que la pathogénie de l'ascite dans la cirrhose est plus complexe, et que d'autres facteurs entrent en jeu pour la produire. La ligature expérimentale d'une veine, convenablement isolée, n'amène pas, on le sait, l'œdème du territoire correspondant s'il ne s'y joint des phénomènes inflammatoires ou des troubles trophiques de causes diverses. Il semble en être de même pour l'ascite, et la *ligature* réalisée dans le foie sur la veine porte par les anneaux de sclérose ne paraît pas pouvoir être seule incriminée.

Les phénomènes inflammatoires doivent entrer en ligne de compte : c'est ainsi que, soit la périphlébite des ramuscules d'origine de la veine porte, invoquée par MM. Dieulafoy et Giraudeau, soit, dans d'autres cas, des lésions de périhépatite ou de péritonite, peuvent expliquer l'apparition de l'ascite chez des cirrhotiques encore au début, alors que l'obstacle mécanique au niveau du foie est absolument insuffisant pour rendre compte de sa production. L'importance du processus péritonitique a été également bien mise en lumière par M. Leudet, qui le rattache directement aux phlegmasies gastro-intestinales de l'alcoolisme, et aussi par M. Letulle, qui a entretenu la Société des hôpitaux de cette forme intéressante d'hydro-péritonite subaiguë et curable. Telles sont encore les conclusions auxquelles arrive M. Courtay de Pradel dans sa thèse déjà citée. C'est également ce que tendent à démontrer deux observations

que nous a communiquées notre excellent maître, M. Potain, et dans lesquelles l'ascite serait brusquement apparue chez deux cirrhotiques, indemnes jusque-là d'épanchement, à la suite d'un traumatisme abdominal pour le premier, et d'un refroidissement intense portant sur le ventre chez le second.

Peut-être pourrait-on trouver un argument de plus en faveur de cette origine d'un épanchement liquide *inflammatoire* (Letulle) au cours de la cirrhose, dans l'observation que nous avons recueillie cette année même à la Maison Dubois pendant que nous avions l'honneur de remplacer M. Lécorché. Il s'agit d'une jeune femme alcoolique, atteinte d'une cirrhose remontant à neuf mois environ, et qui entra à l'hôpital, au mois d'août dernier, avec un épanchement ascitique considérable ayant déjà nécessité chez elle une ponction. Nous assistâmes à la disparition progressive et complète de l'ascite sous l'influence du régime lacté, des purgatifs et des diurétiques, et nous avons pu constater que la courbe de température, soigneusement établie chaque jour, s'abaissait progressivement et parallèlement à la diminution de l'épanchement. Il semble que la disparition graduelle du mouvement fébrile accompagnant chez elle l'évolution de l'hépatite alcoolique (38°,8-39°,4) et celle de l'épanchement abdominal aient été deux phénomènes connexes, et que la cessation des phénomènes inflammatoires ait eu pour conséquence l'asséchement progressif de la séreuse péritonéale.

On voit donc que la sclérose hépatique et l'ascite ne représentent pas les deux termes inévitables d'une équation, et l'on sait d'ailleurs que la sclérose type du foie a été constatée à l'autopsie par Lécorché, Rendu, etc., en l'absence de toute trace d'épanchement péritonéal. Il en résulte que la formation de l'ascite peut coexister avec les premières phases de l'hépatite alcoolique, c'est-à-dire avec des lésions hépatiques non encore fatalement irrémédiables, alors même que les premiers accidents remontent à une date déjà éloignée. C'est cette phase que M. Millard a très heureusement désignée du nom de *prescléreuse*. Elle serait caractérisée, en ce qui concerne la lésion hépatique, suivant MM. Troisier et Millard, par la prolifération plus ou moins active des cellules embryonnaires, susceptibles sans doute de subir un processus de résolution au lieu d'évoluer nécessairement vers l'organisation conjonctive.

On conçoit, dès lors, aisément la possibilité de la guérison observée dans ces cas : la disparition des processus irritatifs portes ou péritonéaux, causes directes de l'ascite, permet à celle-ci de rétrocéder et de ne plus se reproduire, tandis que le foie, non encore infiltré du tissu scléreux, au moins en proportion notable, tout en conservant à coup sûr quelques traces des lésions dont il a été le siège, demeurera néanmoins dans un état d'intégrité relative, compatible avec une santé fort acceptable.

Ce qui vient encore confirmer cette manière de voir, c'est la constatation, faite par presque tous les observateurs qui ont signalé des cas de guérison de l'hépatite alcoolique, de l'augmentation de volume du foie. Cette hypermégalie hépatique n'est pas pour surprendre, car elle a été indiquée de tout temps dans les premières phases de la cirrhose, mais elle serait même plus fréquente qu'on ne le pense généralement, puisque le docteur Formad (de Philadelphie) sur deux cent cinquante-cinq autopsies d'ivrognes n'aurait trouvé que six cas de foie atrophié. La même opinion a été soutenue par Anstie, Wilson et Osler; enfin chez les malades de MM. Troisier, Millard, Coyne, Callias, Joffroy, etc., et chez la jeune femme que nous avons pu suivre récemment, le foie était manifestement augmenté de volume.

Dans quelques observations, il est vrai, la diminution du foie est signalée, mais c'est précisément dans plusieurs de ces cas que l'on voit la rémission n'être que de courte durée (Legroux, Letulle); ces faits du reste ne pourraient qu'être plus démonstratifs encore en prouvant que, même avec un certain degré de sclérose et d'atrophie hépatique, les accidents et l'épanchement ascitique sont susceptibles de disparaître pendant un temps plus ou moins long.

D'ailleurs, sans vouloir insister davantage, nous rappellerons que la pathologie hépatique tend à subir d'importantes modifications depuis quelques années, et que la division classique en cirrhose atrophique et cirrhose hypertrophique peut aujourd'hui paraître un peu bien schématique et par trop absolue. Il faut savoir tenir compte des formes intermédiaires : elles sont à l'étude et nous réservent sans doute, lorsqu'elles seront mieux connues, de précieux enseignements pour l'interprétation des faits cliniques.

III

Arrivé au terme de cette revue, nous ne voulons en dégager qu'une conclusion : c'est que, dans un certain nombre de cas, l'hépatite alcoolique chronique, accompagnée d'ascite, est susceptible de rémissions prolongées et même de guérisons, qui viennent contredire l'assertion classique d'une marche constamment progressive et toujours fatale.

Ces guérisons, momentanées ou définitives, paraissent se produire surtout pendant les premières phases de la maladie, à la période que l'on pourrait nommer *prescléreuse*, avec M. Millard, et qui s'accompagne fréquemment d'une augmentation de volume du foie; elles seraient alors sans doute un indice de lésion intra-hépatique encore peu avancée et de rétrocession des lésions péritonéales ou veineuses extra-hépatiques.

Dans quelles conditions peut-on espérer un résultat aussi favorable, et quelles sont les indications pratiques qui en découlent? C'est, avant tout, la suppression de la cause productrice des accidents, la cessation absolue et persistante des habitudes alcooliques. La sévérité du régime est indispensable, non seulement pour amener la suspension des accidents et l'arrêt dans l'évolution de la maladie, mais aussi pour mettre le convalescent à l'abri des rechutes qui ne manqueraient pas de se produire. Sans être aussi rude en paroles que Chrétien (de Montpellier), disant à son malade : « le lait ou la mort! » le médecin, après avoir fait comprendre à l'alcoolique le danger qu'il court, devra tenir fermement la main à la continuation persévérante du régime lacté, et, plus tard, à l'abstention des boissons alcooliques. Tous les observateurs sont unanimes sur ce point.

Quant au traitement médicamenteux, il doit s'inspirer des phénomènes critiques spontanés qui ont, dans quelques cas, précédé ou accompagné des rémissions inattendues. Nous avons vu que, parfois, une diurèse ou une diarrhée non provoquées avaient été le signal de la disparition de l'ascite et des accidents concomitants chez des cirrhotiques, et c'est également les diurétiques et les purgatifs drastiques qu'ont employés les médecins qui ont eu à enregistrer les succès dont nous avons parlé. Faut-il donner la préférence à la digitale, à la potion diurétique remise en faveur par M. Millard, aux pilules de Bontius préconisées par Legroux

père et par M. Moutard-Martin, ou à tout autre purgatif? nous croyons que c'est affaire de tact et d'expérience pour le clinicien et qu'il nous siérait mal de vouloir formuler quelque conseil à cet égard.

Tout ce qui nous est permis de constater, c'est que le régime lacté absolu et longtemps continué, les diurétiques, lés purgatifs, aidés de la révulsion sur la région abdominale, ont permis d'obtenir, soit après la ponction, soit même sans paracentèse, les guérisons dont nous avons cherché à interpréter le mécanisme, et qui ouvrent à la thérapeutique un horizon plus constant que par le passé.

André Petit.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Du traitement des tænias par le calomel, la fougère mâle et la pelletierine.

Des discussions récentes, il semble résulter qu'il y a tout avantage, on s'en doutait bien depuis longtemps, d'associer le calomel aux préparations de fougère mâle contre le tænia.

I. Traitement par la fougère male. — A mon avis, voici la marche à suivre :

1° La veille, au soir, mettre le malade à la diète;

2° Le lendemain, prescrire l'extrait éthéré de fougère mâle et de calomel.

On le formulera en capsules chez les *adultes* à raison de quinze capsules, dont chacune peut, à l'exemple de M. Créquy, être ainsi dosée :

Extrait éthéré de fougère mâle....	45 centigrammes.
Calomel........................	5 —

Ces capsules sont ingérées trois par trois, de quart d'heure en quart d'heure, l'extrait de fougère mâle agissant comme tænicide et le calomel comme purgatif.

Chez les *enfants*, il y aurait avantage, comme M. Duchesne le propose, de véhiculer cet extrait dans une gelée. On peut donc formuler ainsi :

Prendre par cuillerée de cinq en cinq minutes la gelée suivante :

Extrait éthéré de fougère mâle.. (suivant l'âge des enfants).	3 à 6 grammes
Calomel........................	30 à 50 centigrammes.
Sucre...........................	q. s.
Gélatine.........................	q. s.
Eau de laurier-cerise...........	q. s. pour aromatiser.

II. Traitement par la pelletierine. — Le tannate de pelletierine est préféré en général à la pelletierine.

1° On met le malade à la diète, on administre le lendemain un lavement pour laver l'intestin et immédiatement après on fait ingérer le tænicide à la dose de 25 à 40 centigrammes.

2° Le malade demeure dans le repos et la position horizontale pour prévenir les vomissements, les vertiges et les troubles oculaires.

3° Une demi-heure ou une heure après on fait ingérer le purgatif: huile de ricin, 40 à 60 grammes, ou eau-de-vie allemande, 20 à 30 grammes.

Ch. Éloy.

REVUE DES COURS ET DES CLINIQUES

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LE PROFESSEUR CHARCOT.

Migraine et blépharoptose. — L'histoire des migraines est loin d'être encore élucidée. Un sujet de seize ans et demi est migraineux *depuis l'âge de six ans.* D'abord irrégulières, ces migraines ont fini par revenir périodiquement tous les trois mois. Elles étaient caractérisées par des douleurs occupant surtout le front et ne paraissaient pas rentrer dans la catégorie si intéressante des migraines accompagnées.

Chose curieuse : chaque crise de migraine s'est accompagnée d'une chute de la paupière du côté correspondant (côté droit). Une fois les douleurs passées au milieu d'un cortège de phénomènes gastriques, la paupière se relevait tout naturellement.

Depuis la dernière crise migraineuse il en a été autrement : la paupière est tombée dès l'apparition des douleurs, mais elle ne s'est pas relevée une fois les douleurs passées.

M. Charcot cite un fait semblable chez une femme (cas de Marie et Parinaud). La malade, migraineuse depuis longtemps, vit assez soudainement les douleurs diminuer d'intensité, mais aussi s'installer une blépharoptose qui résista à tous les traitements. (*Leçon du mardi 29 mai 1889.*)

Essai de diagnostic d'une myélite non systématisée. — L'avantage des leçons du mardi consiste dans la recherche des diagnostics qui ne s'appuient pas toujours sur des données bien positives. Il arrive assez souvent que le clinicien se trouve en présence de cas qui ne rentrent dans aucun des cadres connus; la leçon du 5 novembre nous montre un cas de ce genre. Un malade de quarante-cinq à cinquante ans, présente du côté du mouvement *une faiblesse très grande dans la main et le bras droit; une parésie très accusée* dans le membre inférieur du même côté, une *paralysie des extenseurs* du pied à droite, des *secousses fibrillaires* dans les muscles du côté droit.

Tous ces symptômes moteurs sont accompagnés d'une *atrophie musculaire ressemblant à celle* d'Aran-Duchenne dans le côté droit seulement.

Les réflexes sont conservés.

Du côté de la sensibilité, on note dans le genou et dans le mollet des douleurs à type fulgurant du côté droit seulement. Enfin il y a des troubles vésicaux, de la gêne pour uriner, des urines boueuses, sales et fétides.

Procédant par exclusion, M. Charcot démontre :

1° *Qu'il ne s'agit pas d'une paralysie toxique* (alcoolique), malgré les douleurs à fleur de peau et la chute des pieds, il n'y a pas de signes d'alcoolisme et le malade affirme qu'il ne boit pas; de plus les troubles urinaires ne rentrent pas dans le cadre de la paralysie toxique non plus que l'amyotrophie ainsi distribuée; de plus les réflexes, au lieu d'être abolis, sont plutôt forts. Pas de troubles cérébraux, de rêves, d'amnésie, etc.;

2° *Ce n'est pas un tabétique* (réflexes conservés, pieds tombants, unilatéralité des phénomènes, pas de signes oculaires, atrophie musculaire ; secousses fibrillaires, etc., etc.);

3° *Ce n'est pas non plus un cas d'atrophie musculaire progressive type Aran-Duchenne*, à cause des secousses fibrillaires, des douleurs qu'a présentées le malade, des troubles urinaires, des pieds tombants, de la marche rapide du mal;

4° Ce n'est pas une *syringo-myélie* et pour cause;

6° L'affection rappelle la *sclérose latérale amyotrophique* par la distribution unilatérale, les secousses musculaires, la manière d'être de l'atrophie, la rapidité de la marche; mais le diagnostic a contre lui : le début par les membres

inférieurs, les douleurs, les troubles urinaires, les réflexes pas assez exaltés, etc.

Que conclure? il ne reste plus de maladie systématisée; on peut imaginer une myélite centrale touchant les cellules des cornes antérieures (amyotrophie), n'irritant pas trop les faisceaux latéraux (pas d'exaltation manifeste des réflexes), diffusant un peu en arrière (douleurs à type fulgurant).

Au pronostic on peut dire que l'avenir est moins effrayant que s'il s'agissait de la sclérose latérale amyotrophique dont tout le monde ici connaît le pronostic fatal.

Chorée de Sydenham. — A propos d'un cas de chorée de Sydenham, M. Charcot fait remarquer que, chose assez rare, la maladie a commencé par le côté droit à l'exclusion du côté gauche; le professeur considérerait comme particulièrement extraordinaire que dans cette forme de chorée, les mouvements incoordonnés fussent restés limités à la moitié du corps.

La chorée a un pronostic d'autant plus sérieux que le début se fait plus tard, aux environs de dix ans la chose est fréquente, à quatorze ans la maladie est plus rare, plus rare encore à dix-huit ans.

La mère de la jeune malade ayant raconté que sa fille avait gardé le lit pendant quatre mois lors d'une première atteinte de chorée arrivée à neuf ans et demi, M. Charcot se demandait s'il s'agissait d'une de ces chorées paralytiques ou chorées molles décrites depuis peu de temps. Il paraît résulter des explications de la mère que ce séjour au lit a été motivé par l'étendue et la répétition des mouvements.

La jeune fille n'a jamais eu de rhumatismes ni personne de sa famille. Etant enfant, elle a eu des convulsions.

Angine de poitrine hystérique. — Une femme de quarante à quarante-cinq ans, qui vient de dépasser l'âge de la ménopause, a depuis six mois des phénomènes singuliers. Elle ressent brusquement sans cause appréciable dans le petit doigt de la main gauche un engourdissement et presque en même temps une angoisse terrible dans la région précordiale.

La respiration s'interrompt, la malade sanglote sans pouvoir s'arrêter. La crise dure de quelques minutes à un quart d'heure. Malgré toutes ces apparences d'angine de poitrine vraie, il s'agit d'un pseudo-angor pectoris, de l'angine de poitrine hystérique.

La première description de l'angine de poitrine hystérique a été donnée par Marie dans la *Revue de médecine* vers 1882. La malade qui a servi de type à cette description est une nommée Oreillo, la doyenne des hystéro-épileptiques, entrée à la Salpêtrière à vingt-cinq ou vingt-six ans, soignée par M. Charcot quand il était interne dans la maison et âgée aujourd'hui de soixante-dix ans. Cette femme est encore hémi-anesthésique.

Les crises d'angor pectoris qu'elle a eues ne se comptent plus. La répétition de ces accès prouve la nature de l'angine de poitrine; l'angine vraie ne se répète jamais aussi souvent, elle est toujours ou presque toujours provoquée par une marche contre le vent, l'ascension d'un escalier, en un mot par tous les efforts qui exagèrent le travail du cœur. Chacun sait qu'on a transporté dans la pathologie cardiaque la théorie de la claudication intermittente émise autrefois par M. Charcot.

M. Huchard a tout fait pour démontrer l'influence de la coronarite, l'obstruction des artères du cœur, et l'insuffisance du sang qui arrive au myocarde; chez notre malade c'est au lit que le fait se produit, la douleur précordiale vient sans raison au milieu du sommeil, elle s'accompagne de sanglots convulsifs, c'est une simple crise d'hystérie modifiée.

Cette femme est dans l'âge de la ménopause, c'est l'âge où l'hystérie endormie se réveille ou s'éveille pour la première fois. Elle est hémianalgésique, elle a de l'ovarie, on la soumettra à un examen plus approfondi demain. Ces accidents semblent s'être produits sous l'influence de chagrins et d'excès de travail. (*Leçon du 5 novembre* 1889.)

Dr Paul Berbez.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale.

Pansements a la charpie stérilisée. Communication faite au Congrès de chirurgie, le 12 octobre 1889, par M. Léon Régnier, médecin-chef de l'hôpital militaire de Nancy.

Il existe, dans les hôpitaux militaires et dans les magasins du service de santé, des approvisionnements complets de pansements antiseptiques, coton hydrophyle, tourbe Redon, étoupes goudronnées de Thomas et Weber; mais il existe également un stock considérable de charpie.

Cette charpie est condamnée en principe; doit-on la détruire? est-elle aussi nuisible qu'on le prétend? Telle est la question dont je vais étudier la solution. En prenant le service des blessés à l'hôpital militaire de Nancy, il y a un an, je fus désagréablement surpris de trouver, dans les magasins, un approvisionnement de charpie de 100 kilogrammes. Préoccupé des moyens les plus simples à employer pour purifier cette charpie, ma première pensée fut d'appliquer les prescriptions de la circulaire ministérielle du 20 novembre 1886.

Cette circulaire indique, en effet, toutes les précautions à prendre pour obtenir, après ébullition et lavage, la charpie sublimée, phéniquée, boriquée. Les opérations conseillées sont laborieuses, compliquées; le sublimé, l'acide phénique, s'évaporent lentement, et la charpie perd peu à peu ses propriétés antiseptiques. Je résolus de purifier la charpie par petites quantités de 5 kilogrammes au moyen de l'étuve à vapeur d'eau sous pression à désinfection de Genest-Herscher. Chaque fois que l'étuve fonctionnait, je faisais placer sur les claies, pendant vingt minutes, et à une température de 120 degrés, 10 kilogrammes de charpie préalablement épluchée. Après cette opération, la charpie stérilisée était recueillie dans des boîtes en fer-blanc fermant à touret.

La charpie est-elle stérilisée dans le sens absolu du mot? Je ne puis l'affirmer. Mon ami le docteur Haushalter a bien voulu recueillir, dans mon service, des échantillons de charpie, avant la stérilisation, et d'autres stérilisés depuis un temps variable. Je communiquerai prochainement les résultats de ses recherches.

J'essayai cette charpie et fus surpris des résultats excellents qu'elle me donna. Depuis le mois de février, je n'ai plus acheté ni makinstosch, ni coton hydrophyle. La charpie stérilisée m'a donné des réunions immédiates chaque fois qu'il était possible de l'obtenir. La préparation ou mieux la stérilisation de la charpie peut se faire sans étuve à vapeur d'eau sous pression. Le pharmacien de l'hôpital fait chauffer à 120 degrés 2 kilogrammes de charpie dans l'étuve à air, munie d'un thermomètre, dont sont pourvues toutes les pharmacies; la charpie est recueillie dans des bocaux à large ouverture bouchés avec du liège entouré de paraffine.

La méthode antiseptique comprend, à mon avis, deux groupes de précautions; les unes, nécessaires, ont trait à la propreté de la salle d'opérations, à la préparation du malade, des instruments, des éponges, etc..., en résumé, à tous ces détails si bien formulés par M. Lucas-Championnière; les autres, facultatives, sont le choix des objets de panse-

ment. J'emploie indifféremment le coton hydrophyle, sublimé, la tourbe Redon ou la charpie stérilisée; les résultats définitifs sont les mêmes si toutes les précautions du premier groupe ont été bien prises.

Voici d'ailleurs la série des opérations auxquelles j'ai appliqué indistinctement le pansement à la charpie :

Ouverture d'abcès froids, grattage, enlèvement de ganglions cervicaux suppurés (2 cas); réunion par première intention;

Kystes à grains riziformes du poignet; double ponction au bistouri; injection avec la solution phéniquée forte; réunion par première intention;

Excision d'un trajet fistuleux à la partie inférieure de l'abdomen au-dessus du pubis; réunion par première intention;

Kyste dermoïde prélaryngien; réunion par première intention;

Hydrocèle enkystée du cordon; incision antiseptique; réunion par première intention;

Résection du genou pour arthrite fongueuse suppurée; pansement sans drain renouvelé le lendemain de l'opération, 7 août; levé le 6 octobre; réunion par première intention sous *un seul pansement à la charpie;*

Arthrotomie des deux genoux pour corps étrangers articulaires, pratiquée le 26 septembre. Le malade est guéri par première intention;

Varicocèle; incision antiseptique; ligature du faisceau antérieur et excision; réunion par première intention.

Je n'ai pas compris, dans ces résultats, une cure radicale de hernie pratiquée le 22 mars, qui a guéri en trois semaines; il y eut, à la partie déclive, un peu de pus fourni par les points de sutures.

La soie que j'avais employée pour les sutures n'était pas aseptique; j'en ai eu la preuve ultérieurement.

J'ai pratiqué, en outre, des opérations qui ne comportaient pas de réunion immédiate, et dans lesquelles le bourgeonnement des plaies s'est produit d'une manière très régulière et très rapide :

Évidement du cubitus au tiers supérieur, pour ostéide tuberculeuse; guérison en six semaines;

Deux évidements du tibia pour ostéide tuberculeuse; les malades ont guéri en quarante et soixante jours;

Un évidement de la branche montante du maxillaire inférieur pour ostéide due à l'évolution de la dent de sagesse : la plaie a été comblée et cicatrisée en trois mois.

Énucléation du globe de l'œil; cicatrisation rapide.

Je pourrais multiplier ces observations; je n'ai cité que les plus saillantes; mais, après cette énumération, il me semble légitime de formuler les deux conclusions suivantes :

1° La charpie stérilisée peut être employée en toute sécurité; elle donne des réunions par première intention aussi bien que la ouate hydrophyle et la tourbe Redon, lorsque toutes les précautions antiseptiques sont prises avant et pendant l'opération.

2° Je crois donc avoir résolu le problème de la purification et de l'utilisation de nos approvisionnements de charpie, le procédé est d'une exécution facile; il a le mérite assurément rare de n'entraîner aucune dépense.

Clinique médicale.

L'urticaire chez les enfants (formes, pathogénie, évolution). Communication faite à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 25 octobre 1889, par M. le docteur J. Comby, médecin des hôpitaux.

L'enfant, dont les réactions cutanées et nerveuses sont si vives et si soudaines, est plus exposé que l'adulte à toutes les variétés d'urticaire. Chez lui, l'urticaire aiguë ou suraiguë, qui succède à l'usage de certains aliments (poissons de mer, coquillages), prend quelquefois des allures alarmantes. Les vomissements, la diarrhée, la bouffissure du visage, l'agitation, la dyspnée, donnent l'image effrayante d'un empoisonnement réel.

Et de fait, l'urticaire est le résultat d'une véritable intoxication; que le poison vienne du dehors, qu'il soit élaboré dans l'estomac, qu'il émane d'un kyste hydatique, il s'élimine par la peau et marque son passage par des phénomènes vaso-moteurs et des troubles nerveux d'une certaine gravité. Je n'insisterai pas sur l'essence même de l'urticaire ni sur le rôle d'émonctoire que la peau semble jouer dans cette affection. Je veux surtout chercher le lien qui unit certaines formes d'urticaire à des troubles digestifs permanents et le pronostic réservé à ces formes spéciales.

Parmi les dermatoses en rapport avec la dyspepsie infantile, l'urticaire est une des plus intéressantes et des plus communes.

I

L'urticaire peut être aiguë et passagère, comme dans l'empoisonnement par les moules; elle reconnaît pour cause une indigestion ou une alimentation mal appropriée à l'âge des enfants. Elle dure un ou plusieurs jours, elle peut se reproduire une ou deux fois après un intervalle plus ou moins long, elle est quelquefois vésiculeuse ou bulleuse. Dans tous les cas, elle coïncide avec un état dyspeptique ancien ou récent. En voici des exemples :

Obs. I. *Fillette de neuf mois. Allaitement artificiel. Diarrhée. Urticaire aiguë.* — Fille de neuf mois, observée le 8 février 1889, est nourrie au biberon : elle prend, en vingt-quatre heures, un litre de lait non bouilli, sans compter l'eau rougie, le pain trempé dans les sauces et autres aliments mauvais pour son âge. Depuis six ou huit jours, diarrhée fétide; depuis hier, urticaire aiguë généralisée, nombreuses papules sur le tronc et les fesses, bouffissure avec rougeur de la face et des mains, démangeaisons très vives. L'enfant a un gros ventre, sans qu'il soit possible de percevoir le bruit de clapotage; pas de dents. Il existe enfin une *spina ventosa* du gros orteil gauche; le père est mort tuberculeux, un frère de trois ans et demi est atteint de coxalgie. Donc, urticaire aiguë liée à une mauvaise alimentation chez un enfant à hérédité scrofulo-tuberculeuse. Je prescris du lait bouilli coupé d'eau de riz, du bismuth à l'intérieur, et, contre les démangeaisons, du glycérolé tartrique à 1/40e.

Obs. II. *Fillette de huit ans, très nerveuse. Deuxième poussée d'urticaire. Abus des liquides.* — Cette enfant, âgée de huit ans, que j'observais le 9 avril 1888, était atteinte depuis quatre jours d'urticaire aiguë généralisée, avec fièvre et état saburral; en un mot, c'était un cas de fièvre ortiée qui ne tarda pas à disparaître. Déjà, l'année d'avant, j'avais soigné cette malade au Dispensaire pour une *chorée nerveuse* qui n'avait pas duré moins de trois mois. Dans le cours de cette chorée, j'avais constaté l'apparition d'une éruption d'urticaire fébrile, qui dura près de quinze jours. L'enfant est restée très nerveuse, elle n'a pas de réflexe pharyngien. De plus, elle a l'habitude de boire démesurément, d'où un état dyspeptique qui, concurremment avec le nervosisme, joue sans doute un rôle dans la pathogénie de l'urticaire.

Obs. III. *Fillette de deux mois. Tetées rares, mais prolongées. Vomissements et constipation. Urticaire vésiculeuse.* — Cette enfant, observée le 21 décembre 1888, est nourrie au sein; sa mère, qui a beaucoup de lait, lui donne le sein non pas trop souvent, mais trop longtemps. Il en résulte un état dyspeptique qui se traduit par des régurgitations de lait caillé et par de la constipation. Depuis hier, vives démangeaisons accompagnées de l'éruption de plaques rouges, au centre desquelles se montrent des vésicules petites, arrondies pour la plupart, persistant après la disparition des papules. Sur le dos, on voit toute une série de ces vésicules qui forment groupe et dont quelques-unes sont déchirées par le grattage. Je conseille à la mère de surveiller les tetées de son enfant et d'en réduire la durée. Au

lieu de dix ou quinze minutes, l'enfant ne doit rester au sein que cinq minutes.

Ces formes aiguës d'urticaire, dont je ne parlerai pas davantage, sont parfaitement curables et sans gravité; l'amélioration du régime de l'enfant suffit le plus souvent à la guérison et à la prophylaxie de la maladie. Le nervosisme, la chorée, l'hystérie rendent l'urticaire plus tenace.

II

L'*urticaire à répétition* est une forme plus sérieuse que la précédente, quoiqu'elle reconnaisse la même étiologie. Les enfants sujets à ces éruptions ortiées récidivantes sont presque toujours des rachitiques ou d'anciens rachitiques, qui ont conservé de la dyspepsie avec dilatation de l'estomac, qui sont polyphagiques et polydipsiques. Ces enfants mangent et boivent trop, ils mangent et boivent souvent des substances indigestes, irritantes, qui ne conviennent pas à leur âge. C'est surtout l'abus des liquides qu'il faut incriminer; dans la classe ouvrière, qui m'a fourni la plupart de mes observations, on donne sans discernement aux enfants de l'eau, de la bière, du cidre, du café, du vin. Ils ont souvent des terreurs nocturnes, accident habituel de la dyspepsie infantile; ils sont ou deviennent nerveux, irritables et les démangeaisons n'en sont que plus accusées. Quand les poussées d'urticaire vont en se multipliant et en se rapprochant, l'urticaire mérite alors le nom d'*urticaria perstans* ou d'urticaire chronique.

A la longue viennent s'ajouter, aux papules d'urticaire, des lésions de grattage ou papules de prurigo, qui marquent le trait d'union entre cette forme d'urticaire et le lichen polymorphe dont je parlerai plus loin. Pour saisir ce trait d'union, il faut suivre les malades pendant des mois et des années, ce que j'ai pu faire dans quelques cas à la polyclinique dont je suis chargé.

OBS. IV. *Urticaire à répétition. Petite fille de trois ans et demi. Rachitisme. Convulsions.* — Cette petite fille, âgée de trois ans et neuf mois quand je pris son observation (30 janvier 1889), avait été soumise à l'allaitement mixte, d'où un certain retard dans la marche et l'évolution dentaire; la première dent n'avait fait son apparition qu'à l'âge de douze mois. Dans le courant de l'année précédente, j'avais déjà traité cette enfant comme rachitique et je lui avais prescrit des bains salés. Elle est née de parents vifs, emportés, nerveux; elle-même a toujours été agitée, nerveuse et méchante. Ses fonctions digestives laissent à désirer; gros ventre avec clapotage épigastrique, constipation habituelle. Elle boit beaucoup, surtout de la bière. Il y a quatre mois, l'enfant a présenté des convulsions qui se sont reproduites pendant plusieurs jours. A la suite de ces convulsions, des poussées quotidiennes d'urticaire, survenant surtout le soir et la nuit, se sont montrées. C'est pour une de ces poussées que je suis consulté: ayant fait déshabiller l'enfant, j'aperçois un petit nombre de plaques ortiées sur le tronc, mais sans aucune lésion de grattage. Les démangeaisons sont très vives cependant. On ne peut pas dire que cette enfant ait actuellement du *lichen agrius*, mais elle y viendra tôt ou tard. D'autre part, la persistance de cette urticaire et le prurit intense qui l'accompagne s'expliquent bien par le nervosisme du sujet (1). Traitement par le régime lacté et les onctions avec le glycérolé tartrique.

III

Quand l'*urticaire* devient *chronique*, c'est-à-dire quand elle s'installe à demeure chez un enfant, sans présenter de notables rémissions, on doit redouter une évolution fâcheuse qui se trouve explicitement indiquée dans la plupart des observations qu'on va lire. L'urticaire chronique des enfants se transforme très souvent en une maladie incurable que les anciens dermatologistes français nommaient *lichen agrius*, que M. Vidal appelle *lichen multiforme ferox*, que M. Besnier, avec la majorité des dermatologistes de tous les pays, intitule *prurigo de Hebra*, pour bien marquer que c'est une maladie spéciale, distincte de toutes les autres variétés de prurigo ou de lichen, et en même temps pour rendre justice à celui qui l'a le mieux décrite et isolée.

(1) J'ai vu, quelque temps auparavant, une fillette de huit ans, très nerveuse, qui avait un prurit névropathique, sans aucune éruption sur le dos et les jambes.

Cette évolution de l'urticaire infantile est parfaitement connue aujourd'hui; je viens simplement la confirmer à l'aide de quelques observations démonstratives. A l'hôpital, les malades ne séjournent pas assez dans les salles pour permettre d'étudier, dans toutes leurs phases, les dermatoses à longue portée. Au Dispensaire de la Villette, dont la clientèle est toute locale et sédentaire, il m'est permis de suivre les malades pendant des années (obs. X et XI) et d'assister aux transformations que le temps imprime aux maladies chroniques.

On verra, dans les observations que je signale, l'urticaire survenir dans la première enfance, à l'occasion d'une mauvaise alimentation (allaitement artificiel, alimentation grossière et prématurée); cette urticaire, provoquée et entretenue par la dyspepsie, se répète à intervalles de plus en plus rapprochés, puis s'installe définitivement sous forme d'urticaire chronique incurable. Au bout de quelques années, les lésions changent d'aspect; les papules ortiées sont devenues rares ou manquent complètement; à leur place, on voit des papules lichénoïdes, des lésions de grattage, des fissures, des placards d'eczéma, quelquefois des pustules. La maladie ne mérite plus le nom d'urticaire; c'est un prurigo ou un lichen avec démangeaisons atroces et persistantes, c'est le *prurigo de Hebra*.

Je n'insisterai pas sur la description de cette maladie, bien connue de tous nos maîtres de l'hôpital Saint-Louis, et je renvoie, pour plus de détails, à l'excellente étude que M. Vidal lui a consacrée dans les *Annales de dermatologie* du 25 mars 1886.

Voici les observations que j'ai recueillies à ce sujet :

OBS. V. *Garçon de trois ans et demi. Urticaire chronique datant de quatre mois. Dyspepsie.* — Le 18 mars 1889, j'observais, au Dispensaire de la Société philanthropique, un petit garçon de trois ans et demi, de bonne apparence, nourri au sein par sa mère et n'ayant pas été rachitique. Cet enfant a toujours été gros mangeur et grand buveur; il avale ses aliments avec rapidité et sans les mastiquer; la constipation est habituelle chez lui. Son ventre est gros, sans être tendu ni sensible à la palpation. Au mois de novembre 1888, la mère a remarqué l'apparition de papules larges, rouges, prurigineuses, occupant le tronc et les membres, et revenant avec ténacité presque tous les soirs. Quoique les démangeaisons fussent très fortes, rien n'a été fait contre cette urticaire à répétition, qui date de plus de quatre mois.

L'enfant a eu la rougeole dans le courant de février, l'intervention de cette fièvre éruptive n'a pas influencé la maladie préexistante.

L'enfant continue à être tourmenté par des démangeaisons atroces. Il faut dire qu'il est agité, nerveux et que sa mère est également nerveuse. Au moment de mon examen, il n'existe aucune papule d'urticaire à la surface du corps, mais seulement quelques traces à peine accusées de grattage. Il n'y a pas de papules de prurigo ni de lichen. Cependant je ne doute pas que ces lésions ne surviennent à la longue, et je crois que l'enfant est voué au *lichen agrius*, car c'est la terminaison habituelle de la maladie qu'il présente actuellement.

Je prescris des onctions quotidiennes avec le glycérolé tartrique à 1 pour 30. Je recommande en même temps la sobriété, le choix des aliments, la diminution du taux des boissons et quelques laxatifs.

Le 1er avril 1889, l'état reste le même.

OBS. VI. *Garçon de quatre ans. Dyspepsie. Urticaire chronique. Spina ventosa.* — Le 19 décembre 1887, j'observais un petit garçon de quatre ans, nourri au sein par sa mère, ayant souffert beaucoup pendant sa première enfance : bronchites, spina ventosa, rachitisme. Actuellement l'enfant est dyspep-

tique, il boit énormément, et présente un gros ventre avec clapotage épigastrique; son sommeil est agité et interrompu par des cauchemars. Depuis trois mois, il souffre de démangeaisons atroces accompagnées d'éruptions incessantes, d'urticaire couvrant tout le corps. Au moment où j'examine l'enfant, il présente sur le tronc une série de larges papules ortiées sans lésions profondes de grattage.

La maladie est encore de l'urticaire et les lésions ne sont pas polymorphes, elles le deviendront probablement.

Il est bon de relever ici l'association de l'urticaire chronique et de la tuberculose attestée par le spina ventosa signalé plus haut. Je prescris des onctions avec le glycérolé tartrique, la diminution des boissons, et un régime approprié.

Obs. VII. *Garçon de neuf ans. Allaitement artificiel. Prurigo de Hebra.* — Cet enfant, âgé de neuf ans, observé le 30 avril 1888, a été élevé en nourrice à la campagne, c'est-à-dire dans des conditions déplorables. Il en est revenu rachitique est couvert de boutons; ces boutons, d'après la description des parents, étaient des papules d'urticaire accompagnées de vives démangeaisons.

La maladie a bien présenté, depuis cette époque, des variations d'intensité, mais elle n'a jamais disparu; les rémissions duraient peu et les exacerbations sont devenues de plus en plus fortes.

L'enfant a conservé, de son premier âge, un état dyspeptique avec polydipsie et constipation. Actuellement il présente, disséminées sur tout le corps, sauf à la face, des lésions de grattage, des papules excoriées, et quelques plaques ortiées assez nettes. Le *lichen agrius*, le *prurigo de Hebra* est aujourd'hui parfaitement constitué, et son étiologie, dans le cas particulier comme dans les autres, est identique. Nous retrouvons toujours la dyspepsie, la mauvaise alimentation, et principalement l'abus des liquides.

Obs. VIII. *Fille de quatorze ans atteinte, depuis l'âge de dix-sept mois, d'une affection prurigineuse qui est aujourd'hui un type de prurigo de Hebra. Pas de nervosis e. Abus des liquides.* — Cette jeune fille, âgée de quatorze ans, qui n'est pas nerveuse, qui a son réflexe pharyngien et sa sensibilité cutanée intacts, et dont les parents ne sont pas nerveux, souffre depuis l'âge de dix-sept mois. Elle a été élevée au sein par sa mère, mais elle a toujours été très buveuse, et, actuellement encore, elle mange peu et boit beaucoup. Au début, l'affection a été très prurigineuse et, sans insister sur les caractères objectifs d'une éruption que je n'ai pas vue, je dirai qu'actuellement cette éruption constitue le type du *lichen agrius* ou *prurigo de Hebra*. Sur les membres supérieurs et inférieurs, sur la face, à un moindre degré sur le tronc, on voit des papules excoriées par le grattage, recouvertes de croûtelles sanguines, les unes petites, les autres assez grandes; quelques-unes forment, par leur réunion, des placards eczématiformes. Le polymorphisme des lésions était encore plus évident il y a trois mois, quand j'ai commencé à traiter l'enfant par les onctions à l'huile de foie de morue. Actuellement (mars 1889) l'amélioration est évidente, elle est due sans doute à l'usage de l'huile de morue *intus* et *extra*, et à la diminution du taux des boissons. D'ailleurs l'affection s'atténue spontanément pendant la belle saison pour s'aggraver l'hiver. Il faut remarquer que, chez la plupart des malades, l'aggravation, au lieu d'être hivernale, est surtout estivale.

Obs. IX. *Garçon de trois ans. Allaitement artificiel et rachitisme. Gros ventre et dilatation de l'estomac. Urticaire d'abord, puis lichen polymorphe.* — Ce petit garçon, observé le 12 avril 1887, aurait eu, d'après sa mère, des poussées d'urticaire peu de temps après sa naissance. Elevé au biberon, l'enfant n'a commencé à marcher qu'à dix-sept mois, il est rachitique. Aujourd'hui encore, l'enfant conserve un ventre énorme avec dilatation de l'estomac, il est très vorace et boit beaucoup. Il a des démangeaisons atroces, et quand il est déshabillé, on aperçoit des papules d'urticaire, des papules de lichen excoriées par le grattage et des papules plus récentes, miliaires, au niveau des mains. Les papules d'urticaire reviennent par poussées, surtout en été. En somme, la maladie, qui a commencé comme l'urticaire, a abouti à une éruption prurigineuse polymorphe qui rentre dans le prurigo de Hebra. Traitement par le régime et la pommade tartrique.

Obs. X. *Urticaire chronique suivie depuis quatre ans chez une fillette qui a été rachitique et qui souffre de l'estomac* (1). — G... (Augustine), nourrie au sein jusqu'à neuf mois, mais soumise ensuite à une alimentation mauvaise, est devenue rachitique et n'a pu marcher qu'à l'âge de dix-huit mois. Soignée et guérie de son rachitisme au Dispensaire pour les enfants de la Société philanthropique, elle est ramenée à la consultation pour une éruption prurigineuse du tronc et des membres qui a tous les caractères de l'urticaire. Cette éruption a débuté le 20 juillet 1885, sans cause appréciable; l'enfant, qui était alors âgée de deux ans, mangeait peu et demandait constamment à boire. Son ventre était énorme, souple, facile à palper dans tous les sens; la succussion directe de la région hypogastrique faisait entendre un bruit de clapotage qui s'entendait encore au-dessous de l'ombilic; j'en avais conclu à l'existence d'une dilatation notable de l'estomac. Les déformations osseuses du rachitisme n'existaient plus. Mon diagnostic était à cette époque : *urticaire aiguë provoquée par les troubles digestifs, l'abus des liquides et la dilatation de l'estomac.* Or cette urticaire a persisté depuis quatre ans et mérite, par conséquent, le nom d'urticaire chronique. J'ai revu l'enfant le 30 novembre 1888, elle avait alors cinq ans; sa mère m'affirme qu'elle n'a cessé d'avoir des poussées d'urticaire et des démangeaisons vives depuis la première visite qu'elle me fit en juillet 1885.

Aujourd'hui on aperçoit, sur le tronc principalement, des papules typiques d'urticaires et des taches très nombreuses, les unes rosées, les autres grises, quelques-unes fortement *pigmentées;* au centre de ces taches pigmentées on rencontre, çà et là, des points blancs rappelant le *vitiligo* qui accompagnent certaines macules de zona. Le nom d'*urticaire chronique pigmentée* ne me semble pas pouvoir être refusé à ce cas. Il existe quelques croûtelles sanguines dues au grattage, mais il est impossible de constater actuellement la présence d'éléments lichénoïdes, ce qui ne veut pas dire que ce cas ne puisse plus tard fournir un nouvel exemple de *lichen agrius* ou *prurigo de Hebra.*

L'enfant continue toujours à boire démesurément, elle se réveille la nuit pour demander à boire; elle a des terreurs nocturnes et sa mère me rappelle qu'elle a eu autrefois des convulsions. Le ventre est toujours gros et le clapotage épigastrique persiste; diarrhée de temps à autre.

J'ai donc pu, dans ce cas, assister au début et suivre l'évolution d'une urticaire aiguë d'abord, puis à répétition, chronique et pigmentée, chez une petite fille rachitique, dyspeptique et buveuse. Les traitements employés : frictions avec une pommade à l'acide tartrique, puis avec l'huile de foie de morue, diminution du taux des boissons, ont amélioré la situation.

Le 26 août 1889, je revois la jeune G... (Augustine); elle aura bientôt six ans, elle s'est développée. Depuis plusieurs mois, elle ne souffre plus de ses démangeaisons et son corps ne présente que des macules pigmentaires, sans traces de papules ni de lésions de grattage. La mère attribue cette guérison, peut-être temporaire, peut-être définitive, à l'usage des frictions avec l'huile de foie de morue. D'autre part, l'enfant est devenue plus raisonnable; elle boit moins qu'elle ne faisait, son ventre est moins gros et sa dyspepsie moins intense.

Voilà un cas d'urticaire chronique qui, contrairement aux prévisions énoncées plus haut, ne semble pas devoir évoluer vers le prurigo de Hebra. J'ai eu tout récemment (octobre 1889) des nouvelles de l'enfant, elle paraît guérie.

(A suivre.)

CORRESPONDANCE

Vaccine ulcéreuse.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Les communications récentes de M. le docteur Hervieux, à l'Académie de médecine, au sujet de la vaccine ulcéreuse, m'ont déterminé à exhumer du portefeuille où il se trouve depuis trente ans le récit d'accidents vaccinaux du même genre que j'ai observés à cette époque comme médecin de l'Assistance publique

(1) La première partie de cette observation a été présentée à la Société clinique le 23 juillet 1885, ainsi que la première partie de l'observation XI.

départementale. Voici les faits dont je parle et qui remontent à l'année 1859.

Après avoir recueilli dans des tubes du vaccin pris sur des sujets sains dans un village de la banlieue de Lunéville, je l'inoculai sur un enfant de la commune de Goimare pour m'en servir comme vaccinifère. L'enfant était sain, sinon robuste, et j'en connaissais le père et la mère.

Le 25 mai, les pustules étaient suffisamment développées; elles n'offraient pas l'aspect du beau vaccin que l'on rencontre souvent, mais elles étaient incontestablement du vrai vaccin et j'inoculai leur contenu à onze enfants du village.

Le 31, à la revision des opérés, je trouve, sur tous, des pustules larges, ulcérées, entourées d'une auréole inflammatoire, d'apparence eczémateuse, d'un rouge vif. Quelques-unes présentent des croûtes impétigineuses, d'autres des croûtes plus semblables à celles de l'ecthyma. Sur trois de ces enfants, les pustules vaccinales sont *normales à l'un des bras;* sur six pustules, l'un des enfants en a *quatre de régulières;* sur un autre il n'y en a *qu'une* et *quatre de mauvais aspect.* Quant à l'enfant qui a fourni le vaccin, il a *deux pustules normales* sur cinq : les trois dans lesquelles a plongé la lancette sont couvertes de croûtes impétigineuses (quinze jours après l'opération). Je prescris des cataplasmes de fécule et des applications d'amidon en poudre.

Le 3 juin, sur quatre opérés, les pustules sont humides, pulpeuses, étendues en surface, déchiquetées sur les bords et entourées d'une auréole inflammatoire persistante. Sur les autres, les ulcérations, en voie de cicatrisation, sont couvertes de croûtes brunâtres, irrégulières, et leur diamètre varie de celui d'une pièce d'un franc à celui d'une pièce de cinq francs.

Le 7, le docteur Simon, qui visite quelques-uns de ces enfants, prescrit la continuation des mêmes soins, sans pouvoir mieux que moi se prononcer sur la cause et la nature des accidents.

Le 10, la plupart des enfants sont en voie de guérison. L'enfant P... reste le plus sérieusement atteint. Probablement sous l'influence des cataplasmes, prolongés trop longtemps, les ulcérations se sont étendues en surface et en profondeur; leur surface est pâle, molle, pulpeuse et les plaies se rejoignent à chaque bras. Sur l'un des enfants les plaies ont l'aspect que présentent les papilles du derme dénudé par un vésicatoire; sur un autre, il s'est développé des pustules d'impétigo à la cuisse. Je prescris des lotions avec une infusion de sureau et des applications pulvérulentes de sous-nitrate de bismuth.

Le 27 juin, les ulcères du bras gauche chez l'enfant P... sont réduits à de petites dimensions : ceux du bras droit sont encore étendus, blafards, à bords rouges et fermes. (Lotions à l'hypochlorite de soude étendu d'eau.)

Le 30, les ulcérations, tout en gardant le même aspect, diminuent d'étendue.

Le 4 juillet, la cicatrisation continue et la santé générale de l'enfant est excellente.

En 1869, c'est-à-dire dix ans après, rien ne s'était produit dans la santé de tous les opérés. Il n'est rien survenu depuis chez tous ces enfants qui sont devenus des hommes.

Je livre ces faits pour la première fois à la publicité, sans pouvoir aujourd'hui plus qu'il y a trente ans, en fournir l'explication; je ne les ai jamais vus se reproduire ni dans ma pratique ni dans celle des confrères à côté desquels j'ai exercé et j'exerce. Toutefois, j'ai observé, comme d'autres, après des vaccinations normales, l'apparition d'éruptions diverses qui avaient indubitablement leur cause dans l'inoculation et la fièvre vaccinales et qui, d'ailleurs, étant individuelles, étaient plutôt dues au vacciné qu'au vaccinifère. La vieille médecine et le langage populaire disaient en ces cas que le vaccin met les humeurs en mouvement. Aujourd'hui les uns y découvrent une action zymotique, les autres une infection microbienne. J'abandonne le terrain à leurs discussions, me bornant à leur livrer les faits bruts que l'observation m'a révélés. Le seul enseignement que j'en ai tiré moi-même, dès ce temps-là, est que Bousquet avait tort en affirmant dans son *Traité de la vaccine* « qu'il n'y a qu'un virus vaccin ».

Dr T. SAUCEROTTE (de Lunéville).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine

SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

La *Correspondance* comprend : 1° un mémoire sur *l'hygiène de l'enfance à Tours*, par M. *Bodard;* 2° un rapport sur *les eaux minérales de Miers (Lot)*, par M. le docteur *Gresset;* 3° une note manuscrite sur *l'emploi de la cocaïne comme moyen abortif de la première période de la fièvre typhoïde*, par M. le docteur *Luton* (de Reims); 4° un rapport sur une *épidémie de rougeole ayant sévi sur le 2e régiment d'infanterie à Montargis du 12 janvier au 27 avril 1889*, par M. le docteur *Delamare*, médecin-major.

L'ÉPIDÉMIE DE VACCINE ULCÉREUSE DE LA MOTTE-AUX-BOIS. — M. *Vidal* rapproche l'épidémie de La Motte-aux-Bois d'accidents du même genre, observés en 1882 par M. Commenge dans le IVe arrondissement; dans ce cas également, comme à La Motte-aux-Bois, le vaccinifère avait été inoculé neuf jours auparavant. Il aurait été important de savoir si à cette époque déjà le vaccin n'était pas purulent.

M. Pourquier a constaté que chez la génisse au neuvième jour, le vaccin avait déjà un aspect louche et blanchâtre; le liquide contenait des microbes, qui ont été cultivés et inoculés à des génisses et qui ont produit une infection de même nature.

Ces faits semblent donner la clef des épidémies causées par le vaccin de génisse altéré observées à Jehlebe et à Eberfeld. Plus de mille personnes ont présenté des accidents causés soit directement par inoculation, soit indirectement par contagion, comme cela a été observé à La Motte-aux-Bois.

Il reste à savoir si les enfants de La Motte-aux-Bois sont réellement vaccinés, c'est-à-dire s'ils ont acquis l'immunité contre la variole et s'il n'y a pas lieu de procéder à une nouvelle vaccination.

M. *Hervieux* repousse toute analogie entre les épidémies allemandes et celle de La Motte-aux-Bois. En Allemagne, on a employé le vaccin de génisse, tandis qu'à La Motte-aux-Bois on s'est servi du vaccin jennérien. En Allemagne, l'affection était généralisée, tandis qu'à La Motte-aux-Bois l'accident a été purement local.

A Wittow, à Clèves, à Elberfeld, les lésions observées avaient d'abord été rapportées à l'impétigo contagiosa, mais M. Protze a conclu que la maladie était un herpès tonsurans. M. Pourquier, qui a observé des faits du même genre, en a trouvé la cause dans une altération particulière des pustules vaccinales de ses génisses.

Nous n'avons encore sur l'origine et la nature de la cause pathogénique aucune donnée précise, il nous faudra attendre du temps et de l'expérience les lumières nécessaires pour trancher la question.

M. *Besnier*. Si l'enfant vaccinifère avait, comme le croit M. *Vidal*, présenté des collections purulentes à l'époque où il a été pris comme vaccinifère, il serait bien étonnant que lui-même n'ait présenté aucun phénomène. Tout ce que l'on sait, c'est qu'il y a eu à La Motte-aux-Bois une épidémie de vaccine ulcéreuse. La conclusion à tirer de ce fait c'est que s'il se reproduit d'autres accidents du même genre, il faudra envoyer sur les lieux non pas seulement un membre de l'Académie, mais une véritable Commission, qui pourra soumettre la question à des expériences de laboratoire.

ÉLECTION. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine opératoire. Sur 71 votants, majorité 36, M. *Le Dentu* est élu au premier tour de scrutin par 63 voix contre 4 données à M. Chauvel, 2 à M. Terrier, 1 à M. Périer et 1 à M. Lucas-Championnière.

RÉTENTION FŒTALE CHEZ UNE FEMME A TERME.—M. *Char-*

pentier lit un rapport sur un travail envoyé par M. le docteur *Hergott* (de Nancy).

Discussion sur la tuberculose. — M. *Le Roy de Méricourt*. L'inoculabilité et la transmission possible de la tuberculose sont connues des médecins depuis de longues années, mais la promulgation solennelle de la transmissibilité de la phthisie ferait au phthisique une situation beaucoup plus pénible que celle du lépreux. D'ailleurs, l'immunité complète pour la phthisie a été constatée depuis longtemps parmi le personnel servant de nombreux sanatoria de montagnes.

En Angleterre, à l'hôpital de Brompton, qui contient un grand nombre de phthisiques, il n'y a eu, en trente-six ans, dans le personnel servant, qu'un seul décès par phthisie qui puisse être attribué au séjour dans l'hôpital. Chez un seul interne, de même, un cas de mort par phthisie attribuable au séjour à l'hôpital a été signalé. On trouve encore à Brompton des infirmiers qui ont séjourné à l'hôpital dix, quinze et jusqu'à vingt-quatre ans sans contracter la phthisie. Ce remarquable hôpital est d'ailleurs aussi bien emménagé que possible.

Trois quarts seulement des malades sont atteints de phthisie pulmonaire; les autres présentent diverses affections des voies respiratoires et même des affections cardiaques; ils sont dans les mêmes salles que les phthisiques, et cependant ils ne donnent pas plus de cas de phthisie qu'on ne pourrait en observer ailleurs.

La phthisie n'est donc pas dans le sens ordinaire du mot une maladie infectieuse.

Leudet, de Rouen, avait, avec son père, pu suivre des familles pendant trois, quatre, cinq générations sans constater la contagion de la phthisie.

Sans nier par conséquent la contagion de la phthisie, M. Le Roy de Méricourt veut montrer les troubles qu'apporteraient les instructions de la Commission; d'ailleurs, il faut indiquer que ces instructions ne sont applicables que par les personnes riches et pour les établissements hospitaliers. Ces prescriptions sont à peu près impraticables pour les personnes peu aisées.

Il est impossible d'exiger des malades qu'ils portent constamment avec eux leur crachoir prophylactique : comment pourrait-on mettre des crachoirs dans les casernes, dans les ateliers, dans les gares et dans les wagons de chemins de fer?

Dans les services hospitaliers, M. Le Roy de Méricourt n'accepte pas cette prescription du lait bouilli qui est beaucoup moins nutritif, d'autant plus qu'on n'a jamais démontré l'existence du bacille de la tuberculose dans le lait.

Pour cette maladie, comme pour tant d'autres, les meilleurs préservatifs sont l'aisance et la moralité. Il y en aurait un autre, mais qui restera toujours dans le domaine de l'utopie, ce serait d'empêcher les mariages de phthisiques.

M. *Trasbot* veut simplement montrer que l'origine bovine de la tuberculose humaine n'est nullement prouvée et que tout au moins elle est beaucoup moins commune qu'on ne l'a dit. D'autre part, la contagion de la tuberculose entre animaux de même espèce est beaucoup moins commune qu'on ne le prétend; si la contagion était aussi facile qu'on le dit, tous les animaux de l'espèce bovine seraient tuberculeux et, au contraire, il y en a beaucoup de parfaitement sains.

On n'a encore publié aucune observation de transmission de la tuberculose de l'espèce bovine à l'homme, et cependant cette opinion est devenue un dogme. Cette contagion est assurément possible, mais elle n'a rien de prouvé. Par contre, si cette contagion s'effectue, il est bien certain qu'elle est beaucoup moins fréquente qu'on ne pense et qu'elle ne contribue pas à la propagation de la tuberculose humaine. La tuberculose augmente beaucoup chez l'homme, tous les médecins le proclament, or, au contraire, elle diminue beaucoup chez les animaux.

Il n'est pas possible d'attribuer la propagation de la maladie à la viande, parfaitement surveillée; on n'est pas autorisé davantage à l'attribuer à l'emploi du sang ou du lait.

La contagion de la maladie entre animaux de même espèce est assurément possible puisque les inoculations ont réussi. Cependant on n'a pas tenu un compte suffisant de l'état antérieur des animaux et des conditions dans lesquelles ils étaient placés. Rien ne prouve qu'on aurait obtenu les mêmes résultats chez des animaux adultes, sains et vigoureux, nourris aussi bien que possible et vivant dans un air suffisant et en pleine activité.

Sous l'influence d'un régime donné, l'organisme des animaux peut se modifier énormément au point de vue de la résistance aux maladies qui le menacent. Autrefois la tuberculose était extrêmement commune chez les vaches des étables de Paris, à cause du manque d'air, de la chaleur et de l'humidité des étables. Actuellement, placées dans de meilleures conditions hygiéniques, les bêtes ne deviennent plus tuberculeuses, et, s'il en existe une par hasard, on n'observe pas de contagion dans la même étable.

Le Congrès de la tuberculose et le rapport de M. Villemin ont répandu la terreur dans le public. Il convient donc que l'Académie n'imprime pas par son approbation un caractère officiel à ce qui n'est encore qu'une opinion scientifique.

M. *Cornil* vient défendre l'œuvre de la Commission. Il rappelle d'abord que M. Hardy accepte la contagion de la phthisie, mais ne croit pas que tout le monde soit apte à contracter la phthisie. Or la phthisie est assurément causée par un bacille; n'est-il pas naturel dès lors de chercher à lui barrer le passage? On pourrait citer de nombreux cas de contagion. M. Cornil se borne à citer une observation due à M. Marfan et dans laquelle quinze personnes travaillant dans le même atelier paraissent avoir été contaminées par un jeune apprenti.

L'évidence de la contagion s'impose lorsqu'on étudie la marche de la tuberculose dans les pays où elle était inconnue jusque-là. A la Terre de Feu la phthisie était absolument inconnue jusqu'à l'arrivée de la mission anglaise. La femme du pasteur, une phthisique, ouvrit une école, et bientôt tous les enfants succombèrent à la phthisie. Sur le danger des bacilles de l'expectoration il ne peut subsister désormais aucun désaccord. La contagion de la tuberculose par la viande et par le lait est souvent plus discutable, d'ailleurs elle est facile à éviter par la cuisson de la viande et l'ébullition du lait.

M. Le Roy de Méricourt vient de dire que jamais on n'avait constaté le microbe de la phthisie dans le lait. Mais M. Bory, vétérinaire à Copenhague, a publié un excellent mémoire sur les bacilles de la tuberculose dans le lait et sur les moyens de les préparer. M. Cornil, de son côté, en a rencontré souvent. M. Cornil ne retient donc qu'une grande cause de la contagion, ce sont les crachats, et il est facile d'y remédier par la désinfection. Répondant à M. Hardy, qui craint la publicité donnée à ces instructions, M. Cornil fait remarquer que ces instructions ont déjà été publiées par tous les journaux. Si l'Académie s'arrêtait actuellement, elle assumerait la responsabilité de donner une sécurité trompeuse aux familles. Si l'on n'adoptait pas une instruction définitive qui serve de guide au public, on aurait l'air de dire qu'il n'y a rien à faire pour arrêter la marche de la phthisie.

On craint que les malades soient mal soignés. Au contraire, ces malades seront mieux soignés lorsque leur entourage saura qu'il peut avec des précautions hygiéniques éviter la contagion. On apprendra, il est vrai, aux phthisiques qu'ils sont phthisiques, mais beaucoup de malades

viennent dire à leurs médecins qu'ils sont tuberculeux et ne s'en portent pas plus mal.

Notre devoir est de renseigner exactement le public sur les dangers de la propagation de la phthisie. La société a le droit de se défendre contre cette cause de dépérissement. Aussi nous lui devons une instruction détaillée sur les moyens propres à arrêter le développement de la phthisie.

M. *Nocard*. M. Trasbot disait tout à l'heure qu'il n'y a pas de fait de transmission de la tuberculose du bœuf à l'homme. Le vétérinaire Moser, de Steiner, est blessé profondément en 1885 en faisant l'autopsie d'une vache tuberculeuse; ce vétérinaire est devenu tuberculeux et en est mort. Ce fait prouve absolument que la tuberculose bovine et la tuberculose humaine sont la même maladie.

M. *Ollivier*. En 1887 une instruction a été publiée par le Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine et elle ne paraît pas avoir répandu la terreur. Il y aurait tout intérêt à rédiger une instruction plus complète: la population y est parfaitement préparée.

— La séance est levée à cinq heures.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. LE DENTU.

Laparotomie pour plaie pénétrante de l'abdomen : MM. Berger, Le Fort, M. Sée.— Prolapsus du rectum : M. Nélaton (Discussion : MM. Verneuil, Segond, Routier, Le Dentu).

M. *Berger* communique une observation de *laparotomie pour plaie de l'intestin*. Le malade a été opéré une heure et demie après l'accident, mais il était déjà dans un collapsus profond, dont il ne s'est pas relevé. Cette issue funeste est la règle pour les plaies multiples de l'intestin ; l'observation de M. Jalaguier est une heureuse exception qui s'explique par le siège de la plaie sur l'estomac, et en un point élevé de cet organe.

M. *Le Fort* insiste sur la différence pronostique entre les plaies de l'intestin et celles de l'estomac. Il a observé un garçon boucher chez qui la pénétration d'un coup de couteau dans l'estomac fut évidente : des haricots sortirent par la plaie. Le blessé guérit. A ce propos, un élève de M. Le Fort a fait sa thèse sur les plaies de l'estomac, et le nombre de guérisons spontanées publiées est surprenant.

M. *Marc Sée* croit que M. Berger aurait mieux fait d'attendre une heure ou deux que le malade fût réchauffé. Il n'y eût rien perdu, sans doute, déclare M. *Berger*, qui néanmoins pense qu'il faut opérer vite ou pas du tout, et que le collapsus, souvent indice d'hémorragie interne, est au contraire une indication à intervenir au plus vite.

— M. *Ch. Nelaton* relate deux observations de *prolapsus du rectum traité par l'extirpation*. En 1887, il a opéré dans le service de M. Périer une femme multipare, à périnée très relâché, atteinte depuis trois ans d'un prolapsus rectal grave, contre lequel on avait tenté plusieurs opérations périnéales inutiles. Il a fait l'extirpation par un procédé que lui a indiqué M. Segond : deux incisions médianes, antérieure et postérieure, faites chacune entre deux pinces-clamp, ont divisé le boudin hernié en deux valves latérales à la base desquelles a été faite, centimètre par centimètre, la section annulaire chaque fois précédée d'un point de suture. Pendant six mois tout alla bien; mais alors débuta la récidive et la malade revint à l'hôpital au quatorzième mois, avec un prolapsus long de 6 centimètres. La seconde malade de M. Nélaton explique peut-être le mécanisme de ces récidives. Cette femme de cinquante-trois ans, elle aussi multipare à chairs flasques, fut opérée par M. Périer le 15 mai 1888, par le même procédé que la précédente. Elle sortit de l'hôpital le vingtième jour, mais cinq jours après on l'y rapportait : dans un effort, elle avait senti une douleur vive en même temps que quelque chose descendait entre ses cuisses. Et là on voyait pendre 25 centimètres de côlon souillés de matières fécales et de salotés diverses. Ils sortaient entre l'anus et le coccyx. Le toucher anal fit trouver la rupture à 3 centimètres de hauteur sur la partie postérieure du rectum : là le doigt recourbé pénétrait dans l'intestin. Recourbé en avant, il pénétrait dans le péritoine. La moitié postérieure de la ligne de sutures avait donc cédé sous l'effort, puis la traction avait déchiré la paroi antérieure. M. Nélaton attira au dehors tout ce qu'il put de côlon, et excisa la masse prolabée. Il sutura à la peau le côlon en arrière de l'anus, qu'il transforma en un canal borgne en infléchissant en arrière sa paroi antérieure, de façon à suturer à la peau, en avant du côlon, la lèvre inférieure de la déchirure qui conduisait dans le péritoine. Guérison. Ainsi, M. Périer avait réséqué 11 centimètres de rectum, et M. Nélaton trouva encore une trentaine de centimètres d'intestin mobile, qu'il dut exciser. Cette partie mobile, toujours prête à s'invaginer, amènera sans doute toujours la récidive après l'excision par la méthode de Mikulicz, à moins qu'on ne la supprime tout entière après avoir, par traction sur le prolapsus, amené au dehors 20, 30 centimètres d'intestin, opération qui sans doute plaira à peu de chirurgiens. La preuve de cette pathogénie est que l'anus artificiel de l'opérée de M. Nélaton n'est aujourd'hui, seize mois après l'opération, le siège d'aucun prolapsus.

M. *Verneuil* insiste sur l'intérêt des observations de M. Nélaton, car Mikulicz, qui a vanté les effets de l'excision, n'a pas suivi ses malades pendant plus de trois à quatre mois. M. Verneuil, après avoir rappelé son récent rapport sur la colopexie, annonce qu'il communiquera dans la prochaine séance une observation de colopexie simple, et deux d'une proctopexie par voie périnéale, extrapéritonéale.

M. *Segond* a pratiqué, il y a deux ou trois ans, une extirpation, par le procédé que vient de décrire M. Nélaton, et six mois après il n'y avait aucune récidive ; depuis, le malade n'a pas reparu. Il est à noter que c'était un homme de vingt-cinq à vingt-huit ans, atteint depuis son enfance et ayant subi les opérations les plus variées. Au sommet du prolapsus l'intestin était rétréci, et à ce propos M. *Trélat* rappelle que pour Bœckel les rétrécissements du rectum sont une cause fréquente des prolapsus rectaux chez les enfants.

M. *Routier* a vu l'an dernier une femme de vingt-cinq ans, elle aussi malade depuis son enfance ; le prolapsus, long de 21 centimètres, difficile à réduire, sortait au moindre effort. Tous les dix à douze jours, pendant trois mois et demi, M. Routier fit des raies de feu longitudinales sur la muqueuse et peu à peu la tumeur est rentrée. Trois mois après elle n'avait pas récidivé. Mais M. *Le Dentu* ne se fie pas trop à la guérison, car deux fois il a obtenu ainsi des succès qui n'ont été que temporaires. Il a aussi pratiqué une excision totale.

A. BROCA.

Société de biologie.

SÉANCE DU 30 NOVEMBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. DUCLAUX, VICE-PRÉSIDENT.

Ligature de l'artère hépatique : MM. Arthaud et Butte. — Cytodiérèse dans le testicule des solipèdes : M. Montané. — Cardiographe direct à aiguille : M. Laulanié. — Contribution à l'étude biologique de l'érysipèle : M. C. Leroy. — Recherches sur l'action physiologique de l'écorce de tige de sureau (Sambucus nigra) : MM. Combemale et Dubiquet (de Lille). — Du sureau comme médicament diurétique : M. Georges Lemoine (de Lille). — Étude de la nutrition dans la fièvre liée au goitre exophthalmique : MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau (Discussion : MM. Richet, Gley). — Présentation d'un chien à fistule biliaire permanente : M. Dastre. — Toxicité des urines dans l'épilepsie : MM. Denis et Chouppe. — Forme nouvelle de balanoposthite : MM. Bataille et Bertin. — Métamérie de la tête des vertébrés : M. Houssaye (Discussion : M. Dastre). — Vaccination préventive du choléra : M. Gamaleïa. — Sur un copépode du lac de Gimons : M. Blanchard. — Élection d'un membre titulaire.

MM. *Arthaud* et *Butte* ont constaté que toutes les fois qu'on lie l'artère hépatique et que la circulation n'est pas rétablie par l'intermédiaire de l'artère gastro-épiploïque droite, le sang de la veine hépatique ne contient plus de glucose et que la mort suit de très près la suppression de la circulation artérielle du foie.

— M. *Montané* a étudié la cytodiérèse dans le testicule des solipèdes et a vu la spermatogénèse chez ces animaux se faire par multiplication indirecte comme chez les invertébrés.

— M. *Leroy* fait connaître un cardiographe direct à aiguille. L'instrument se compose d'une aiguille recourbée à angle droit qu'on introduit dans la poitrine de manière à la faire reposer sur le muscle cardiaque. Les mouvements de cette aiguille actionnent un tambour de Marey fixé au thorax dont il suit tous les mouvements. De cette façon les tracés qu'on obtient ne sont pas compliqués par la superposition des mouvements respiratoires et la grande fixité de l'appareil permet de donner aux observations toute la durée désirable.

— M. *C. Leroy* (de Lille), après avoir inoculé l'érysipèle au moyen de cultures du microbe connu, a constaté que ces cultures perdaient leur virulence au fur et à mesure que les colonies disparaissaient. Mais au bout de quatre à cinq mois on voit apparaître un nouveau développement, et, six mois après, l'inoculation de ces cultures vieilles de près d'un an donne lieu à des phénomènes phlegmasiques du côté de la peau, accompagnés d'une élévation de la température qui atteint 41°,5. Ces faits peuvent rendre compte de ce que l'on a décrit sous le nom d'érysipèle à répétition.

— M. *Gley* présente deux notes, l'une de MM. *Combemale* et *Dubiquet* (de Lille), l'autre de M. *Georges Lemoine* (de Lille), ayant toutes les deux pour objet l'action diurétique de la seconde écorce du sureau. Les conclusions de ces deux notes sont identiques au point de vue de l'action diurétique. Mais pour MM. Combemale et Dubiquet, le sureau agit sur la circulation, tandis que pour M. G. Lemoine c'est à une action portée sur l'épithélium rénal qu'on doit attribuer la diurèse.

— MM. *Gilles de la Tourette* et *Cathelineau*, pour étudier les variations de l'urée et de l'acide phosphorique dans les fièvres d'origine nerveuse, se sont adressés à trois cas de goitre exophthalmique avec fièvre et n'ont pu constater aucune variation sensible dans l'excrétion de l'urée et de l'acide phosphorique. Ils pensent qu'il doit en être de même toutes les fois que la fièvre reconnaît une origine nerveuse et en particulier quand elle est le résultat d'une piqûre des lobes frontaux.

M. *Richet*, qui est l'auteur de cette expérience, dit n'avoir pas examiné les excreta solides et liquides, mais déclare que pour l'acide carbonique on constate une surproduction qui atteint 25 pour 100.

M. *Gley* fait remarquer que Aranson et Sachs, qui ont répété l'expérience de M. Richet, ont constaté une notable augmentation des excreta azotés.

— M. *Dastre* présente un chien porteur d'une fistule biliaire depuis le 1er juillet. C'est la première fois qu'on voit persister pendant une aussi longue période une fistule de cette nature. Le chien pesait à l'origine 19kg,500, il en pèse actuellement 23.

— MM. *Denis* et *Chouppe* ont constaté que pendant et après l'accès épileptique, la toxicité des urines ne différait pas de celle des individus sains; elle était identique à celle de l'urine examinée avant l'accès.

— MM. *Bataille* et *Bertin* décrivent une forme nouvelle de balanoposthite. Le pus provenant des malades atteints de cette infection est inoculable et la maladie se reproduit avec ses différentes phases qui sont : apparition de boutons blancs dans le sillon prépucial; ces boutons s'élargissent laissant à leur centre une surface ulcérée et gardant une bordure blanche, ils se fusionnent et l'ulcération gagne de proche en proche jusqu'au méat sans pénétrer dans l'urèthre. Cette affection cède généralement aux badigeonnages avec le nitrate d'argent.

— Etendant les recherches de Gegenbauer qui a poursuivi la corde dorsale jusqu'à l'infundibulum et d'Albrecht qui en a retrouvé les vestiges dans le corps de l'ethmoïde, M. *Houssaye* a montré que la corde dorsale peut être suivie jusqu'au segment olfactif. Il a pu chez l'axolotl reconnaître dix segments crâniens catactérisés par une fente, un ganglion et des nerfs pré, post et sus-branchiaux et n'est pas éloigné de penser qu'on pourra par la suite porter à treize le nombre de ces segments. Le développement des nerfs crâniens et celui des nerfs spinaux sont identiques jusqu'à un certain stade d'évolution, mais la prédominance de l'une des branches qui n'est pas la même dans chacun des deux systèmes les fait évoluer de deux façons différentes. L'axolotl a fourni de précieux résultats à cet égard, puisqu'il met dix à douze mois pour franchir une période larvaire que la grenouille franchit en un mois.

M. *Dastre* fait remarquer combien sont importants ces résultats quand on les rapproche de ceux de Robin qui fixait à onze le nombre des segments crâniens et d'autres plus récents qui, chez le porc, portaient ce nombre à treize.

— M. *Gamaleïa* atténue les cultures obtenues par ensemencement du bacille de Koch, en portant les zooglées à une température de 120 degrés dans l'autoclave. En délayant le produit de cette opération dans de l'eau stérilisée, on obtient un liquide très toxique et d'autant plus toxique qu'il est préparé depuis longtemps. C'est ce liquide qui constitue le vaccin. L'auteur exalte au contraire la virulence de ses cultures en les inoculant dans la plèvre d'un rat blanc, puis l'épanchement pleurétique dans la plèvre d'un second rat. L'épanchement qui se produit dans la plèvre du second rat, possède une virulence telle qu'il fait mourir tous les chiens et cobayes non vaccinés, tandis que ceux des animaux inoculés avec le bouillon de zooglées, porté à 120 degrés, résistent à l'action du virus à virulence exaltée.

— M. *Blanchard* présente des copépodes du genre Diaptomus, qu'il a recueillis en quantité considérable dans le lac de Gimons par une altitude de 3000 mètres. Ces crustacés, fortement colorés en rouge, renferment une matière colorante cristallisable dont l'étude n'est pas encore terminée.

— M. *Kaufmann* est élu membre titulaire de la Société de biologie par 29 voix sur 43 votants.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1889 : PRÉSIDENCE DE M. FERNET.

Recherche du sucre dans l'urine : M. Catillon. — Action diurétique des sucres : MM. Dujardin-Beaumetz, Constantin-Paul, Bardet, Vigier, Bocquillon, Duhomme, Kügler.

M. *Catillon*. M. Boymond, dans la dernière séance, nous a dit avoir vu des urines qui ne donnaient presque pas de réaction avec la liqueur de Fehling, alors que le polarimètre y décelait de 25 à 30 grammes de sucre. A ce propos, je dois citer un cas dans lequel l'urine ne déviait pas la lumière polarisée, tandis qu'elle précipitait très fortement la liqueur de Fehling.

— M. *Dujardin-Beaumetz*. Depuis la communication faite par le professeur G. Sée, j'ai entrepris une série de recherches sur l'action diurétique des sucres, et une de mes élèves, M[lle] S. Mielak, vient d'en consigner, dans sa thèse, les points principaux.

Le premier travail fait sur l'action diurétique des sucres est dû à MM. Charles Richet et Moutard-Martin, et a été publié en 1881 dans les *Archives de physiologie*. Ces expérimentateurs opéraient sur le chien, qu'ils avaient soin d'abord d'anesthésier, puis ils découvraient les deux uretères et recueillaient les urines en comptant la quantité répandue par minute; ensuite, ils introduisaient dans les veines les substances à expérimenter. Ils constatèrent d'abord que l'injection d'eau à petites doses (5 à 20 grammes par kilogramme) ralentit la sécrétion urinaire et qu'au-dessus de 30 grammes elle l'arrête. Puis, expérimentant un grand nombre de corps, et en particulier les sucres, ils montrèrent que, la quantité d'eau restant la même, les sucres augmentaient considérablement la quantité d'urines, et dans des proportions telles que si on représente par 1 la quantité d'urine normale, la quantité éliminée dans le même temps après injection intraveineuse de solution sucrée peut être représentée par 40. Elles sont toujours sucrées. Les auteurs ajoutent que quand la quantité d'urines sécrétées a été considérable, de nouvelles injections ne déterminent plus qu'une polyurie passagère. De plus, les différents sucres, sucre de canne, glycose, lactose, sont à peu près également tous diurétiques; la dextrine le serait aussi.

Dans deux observations du même travail, l'application de la lactose a été faite chez l'homme : cette médication a été tentée par M. Duplaix, en 1879, à l'hôpital Tenon. Deux litres d'une dissolution de lactose à 45 grammes pour 1000 déterminèrent une diurèse s'élevant à 2 litres et 2[lit],500.

Ces faits paraissaient oubliés quand M. G. Sée a fait sa communication. Toutefois les médecins qui se sont occupés de la cure de lait en ont signalé tous à l'envi l'action diurétique.

Après la communication de M. G. Sée, j'ai expérimenté dans mon service, non plus la lactose, mais la glycose, et mes expériences ont duré jusqu'à aujourd'hui. De mes observations qui sont toutes reproduites en entier dans la thèse de M[lle] Mielak, je ne vous cite que les points principaux.

A la dose de 150 à 200 grammes par jour, la glycose a produit chez certains malades une diurèse non douteuse, considérable même dans certains cas, et atteint 7 litres par jour dans un cas, 4 litres dans un autre. Tous les malades auxquels ce sucre a été donné étaient des cardiaques avec œdème; aucun tonique du cœur ne leur était administré. Tous les cas d'œdème cardiaque n'ont pas également profité de cette médication; l'une des contre-indications, commune d'ailleurs à tous les diurétiques, est la présence d'albumine dans les urines; plus celle-ci est abondante, moins il y a d'action diurétique. D'ailleurs la glycose s'est comportée comme la lactose. Toutefois, j'ai obtenu, dans certains cas, plus d'effets avec la glycose qu'avec la lactose. Jamais je n'ai constaté la présence du sucre dans les urines, même chez les malade atteints d'affection du foie et avec la dose de 200 grammes de glycose par jour.

Sur ce point particulier j'ai entrepris dans le laboratoire des expériences différentes de celles faites par MM. Moutard-Martin et Richet. Dans leurs expériences ces auteurs injectaient le sucre dans le système veineux, et ils ont constaté le passage presque immédiat du sucre dans les urines, en quantité proportionnelle à celle injectée. Pour nous placer dans des conditions thérapeutiques, c'est par l'estomac que nous avons fait prendre, à un lapin pesant 3480 grammes, des doses croissantes de sirop de glycose. Ce n'est que quand le chiffre de 100 grammes a été atteint que nous avons constaté la présence du sucre dans les urines, de sorte que si on comparait l'homme au lapin, il faudrait à un homme de 65 kilogrammes, poids moyen, près de 2 kilogrammes de sucre pour qu'on vit ce dernier passer dans les urines. Ce fait, d'ailleurs, Cl. Bernard l'avait signalé en montrant que le sucre apparaît dans les urines lorsque l'injection de solutions sucrées est faite dans le système veineux général, tandis qu'il n'y apparaît plus quand l'injection est faite dans le système porte.

Reste à expliquer l'action diurétique de ces sucres. Vous savez que les sucres se divisent en deux groupes : les glycoses et les saccharoses. Parmi les glycoses, on doit distinguer, au point de vue alimentaire : la glycose ou sucre de raisin, la lévulose ou sucre des fruits, la galactose qui provient de l'acide lactique. Parmi les saccharoses, il y a la saccharose proprement dite ou sucre de lait, et enfin la maltose.

Au point de vue physiologique, les travaux de Cl. Bernard nous ont montré que le sucre se trouvait dans l'économie à l'état de glycose, et qu'à l'état physiologique le sang contenait toujours une certaine quantité de sucre; c'est la glycémie physiologique.

Donc les saccharoses se transforment en glycoses, sous l'influence du suc intestinal. Quant à la glycose, elle est ou emmagasinée dans le foie ou brûlée dans l'économie et transformée en H^2O et CO^2. Pour ce qui est, en particulier, de la lactose, comme l'a montré Dastre, elle se transformerait en acide lactique, puis en galactose et glycose, et finalement en H^2O et CO^2. Cette transformation montre qu'en résumé l'action de la lactose revient à celle de la glycose, et, pour expliquer l'action de la première, il nous suffit de nous rapporter à ce qui se passe pour la seconde. A coup sûr, les glycoses n'ont aucun effet sur la circulation; elles ne modifient pas la tension sanguine et par cela même n'appartiennent pas au groupe des diurétiques *tenseurs*. Par leur action physiologique, ce sont des diurétiques rénaux. J'avais tout d'abord pensé que le faible passage de la glycose dans les urines pouvait expliquer cette action diurétique que j'avais comparée à la glycosurie des polyuriques. Cette première opinion doit être abandonnée, puisque jamais je n'ai pu trouver la glycose dans les urines des malades auxquels je l'administrais. Il faut donc croire que la présence de la glycose dans le sang favorise l'osmose de l'eau à travers le glomérule; mais, pour que cette action osmotique se produise, il faut une intégrité plus ou moins complète de l'épithélium rénal, car, lorsque cet épithélium est touché comme dans les néphrites, cette action diurétique disparaît.

En résumé, les glycoses et les saccharoses constituent de véritables diurétiques, très inférieurs, il est vrai, aux diurétiques tenseurs, mais venant compléter l'action de ces derniers; les effets maximum de cette action diurétique se produisent lorsque l'épithélium du rein est intact. Ces médicaments doivent être d'autant plus conseillés qu'ils sont, le plus souvent, bien acceptés et bien tolérés par les malades; que de plus, ils n'ont aucune action nocive et qu'ils rentrent dans le groupe des médicaments aliments, puisqu'ils sont comburés par l'économie. Ils peuvent être admi-

nistrés sous forme de sirop de glycose à la dose de 100 à 150 grammes par jour, dans de l'eau, de la tisane ou du lait (on peut aromatiser ce sirop au goût du malade); ou bien sous forme de lactose à la dose de 100 grammes dissous dans deux litres d'eau, ou enfin sous forme de cure de raisin. L'administration de ces diurétiques se fait ordinairement par la bouche, mais on est en droit de se demander si on ne pourrait pas faire des injections rectales comme l'a proposé M. Dieulafoy, avec des solutions de glycose. Je crois donc, en terminant, que l'introduction des sucres comme diurétiques est une médication utile, non dangereuse, et qu'on peut toujours employer sans inconvénient.

M. *Constantin-Paul.* Dans la communication précédente, il est un point qui demande à être éclairci. D'après les expériences signalées, le sucre introduit par la voie stomacale ne se retrouve pas dans les urines. Ce qui ferait supposer qu'il ne passe pas dans le torrent circulatoire, sans quoi on devrait l'y retrouver absolument comme dans le cas d'injection directe. Ces contradictions, apparentes tout au moins, dans les faits, nous montrent combien ces questions sont loin d'être élucidées; aussi est-il prudent de s'abstenir d'hypothèses pour le moment.

M. *Dujardin-Beaumetz.* Il ne s'agit, bien entendu, que d'injections dans la circulation générale; car, si on introduit les sucres par la circulation porte, c'est absolument comme si on les introduit par l'estomac.

M. *Bardet.* Il ne faut pas oublier qu'il n'est rien de brutal comme l'injection immédiate; contrairement à ce qui a lieu dans l'ingestion par l'estomac, le sucre mélangé directement au sang a une action de présence à considérer et dépourvue de but thérapeutique. Ne peut-on pas croire que le sucre ingurgité stationne suffisamment dans le tube digestif pour que son absorption se fasse lentement et en raison des besoins de l'économie qui l'utilise au fur et à mesure? On ne le retrouve que quand il est administré en quantité trop grande pour qu'il soit complètement comburé.

M. *Vigier.* L'action diurétique persiste-t-elle ou est-elle passagère comme celle de la potasse?

M. *Dujardin-Beaumetz.* L'action du sucre s'épuise : lorsqu'on renouvelle les doses, la diurèse est moins abondante qu'à la suite de la première, et de nouvelles injections finissent par ne plus provoquer qu'une polyurie passagère.

M. *Vigier.* Au point de vue commercial, il y a deux glycoses, l'une vendue à l'état de miel, l'autre à l'état sec. Ce dernier produit jouit de propriétés diurétiques plus actives.

M. *Bocquillon.* On range habituellement dans le groupe des glycoses les sucres qui réduisent la liqueur de Fehling; c'est le cas de la lactose, qui serait donc une glycose.

M. *Duhomme.* Les effets produits diffèrent évidemment selon que l'absorption est plus ou moins lente. Cl. Bernard l'a démontré pour différents poisons. Il n'y a pas de substance alimentaire qui passe d'emblée dans la circulation; le lait de la mère, qui cependant est tout élaboré, n'est absorbé qu'au fur et à mesure des besoins du nourrisson.

La diurèse me semble résulter de l'effort que fait l'économie pour se débarrasser du sucre qu'elle ne peut utiliser. Aussi je crois qu'il ne faut pas chercher à entraver trop vite la polyurie des diabétiques.

M. *Kügler.* Le sucre de lait qui se décompose en galactose ne doit pas être confondu avec la lactose.

M. *Catillon.* J'ai fait avec la glycérine des expériences analogues à celles faites avec le sucre. Au-dessous de 30 grammes on n'en trouve pas de traces dans les urines; au-dessous de cette dose elle y apparaît. De même, la glycérine à haute dose provoque la diaphorèse, et cependant ne se retrouve pas dans la sueur. Vulpian disait à ce sujet que la glycérine n'était pas diurétique bien que s'éliminant par le rein.

M. *Dujardin-Beaumetz.* MM. Richet et Moutard-Martin ont aussi étudié l'action de la glycérine, et ont constaté qu'elle provoque la diurèse.

M. *Duhomme.* Combien de temps duraient les expériences de M. Richet?

M. *Dujardin-Beaumetz.* Les expériences duraient sept heures.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Georges Baudouin.

REVUE DES JOURNAUX

Travaux à consulter.

Des éruptions rubéoliformes causées par l'antipyrine, par MM. les docteurs S. Perret et Devic. — Les rachs antipyriniques sont fréquents. On le sait, mais ceux sur lesquels nos confrères lyonnais attirent l'attention, consistent en papules confluentes et rubéoliformes, qui se manifestent sur la totalité du corps avec prédominance sur la face et bientôt sur le tronc et les membres. Cette éruption peut aussi s'accompagner d'un catarrhe oculo-nasal.

Parfois l'analogie avec la rougeole peut aller plus loin. On note alors une élévation thermique, et plus tard une desquamation furfuracée. On comprend l'importance de ces manifestations sur la peau et sur les muqueuses, pour le diagnostic différentiel de la rougeole et dans les cas où des coquelucheux sont soumis au traitement par l'antipyrine. (*La Province médicale*, 29 juin 1889.)

Trois cas de tétanos traumatique guéris par la pilocarpine, par M. Casati. — Dans le premier cas, on avait fait inutilement usage du bromure de potassium et du chloral. Comme les symptômes s'aggravèrent, M. Casati prescrivit des onctions sur les masses musculaires tétanisées, avec la pommade belladonée, l'administration de 3 centigrammes d'extrait aqueux d'opium toutes les deux heures et une injection hypodermique de 1 centigramme de chlorhydrate de pilocarpine de deux en deux heures. Dans l'espace de six jours, tous les symptômes s'amendèrent et la guérison fut obtenue après une crise urinaire abondante.

Dans le second cas, on fit usage pendant une semaine de la même injection hypodermique toutes les deux heures et on obtint la guérison. Enfin, un troisième malade reçut par la même voie et en quinze jours une dose totale de 70 centigrammes de pilocarpine et guérit également. Pour M. Casati, la continuité du traitement est la condition du succès pour donner à l'organisme le temps d'éliminer l'élément infectieux qui cause le tétanos. (*Gazz. degli Ospistali*, 26 mars 1889.)

De la suspension dans le traitement de la méningite spinale chronique, par M. de Renzi. — Dans un cas de méningo-myélite, M. de Renzi a obtenu la guérison du malade ou du moins la cessation des troubles de la motilité au moyen de la suspension avec l'appareil de Sayre. Chaque séance durait deux à trois minutes et se renouvelait tous les deux jours. Dès le lendemain de la première, on constatait une amélioration. La seconde fut suivie de l'atténuation de la douleur et d'une augmentation de la motricité des membres inférieurs. Au moment où le malade quitta l'hôpital, la douleur avait disparu, et les mouvements de rotation de la colonne vertébrale étaient rétablis. Simultanément, on avait prescrit des mouvements gymnastiques des membres inférieurs et M. de Renzi attribue en partie le succès à leur emploi méthodique. (*Rivista Clinica*, mai 1889.)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons pratiques de thérapeutique oculaire, faites à la clinique nationale des Quinze-Vingts, par M. le docteur A. Trousseau. — Paris, 1889.

Nous sommes heureux de louer ce petit livre, qui, laissant de côté la théorie et les détails inutiles, fournit aux praticiens toutes les données nécessaires pour le traitement des affections les plus communes de l'organe de la vision. Le style en est clair et simple comme sont les préceptes du jeune et distingué médecin de la clinique des Quinze-Vingts.

Si l'hygiène, si le traitement général méritent d'être étudiés et appliqués avec soin, la thérapeutique locale est incontestablement d'une importance plus grande. Les compresses et les lavages, les collyres, les pommades, les cautérisations en sont les agents principaux. Aussi la description de leur mode d'emploi ouvre-t-elle naturellement la série des leçons de M. Trousseau. Puis vient l'étude de l'antisepsie oculaire et une charge à fond contre l'abus fait du bandeau, souvent inutile et parfois dangereux, en augmentant la sensibilité de l'œil et son intolérance pour la lumière.

Dans le cadre des affections communes sont rangées : les blépharites, les conjonctivites, les kératites, les iritis, les sclérites, avec leurs multiples variétés. Malgré tous ses efforts pour en simplifier la classification, notre confrère se voit obligé d'en étudier des formes encore trop nombreuses pour ne pas laisser une certaine confusion dans l'esprit des médecins non spécialistes. Nous ne lui reprochons aucunement cette multiplication des espèces morbides; elle est jusqu'ici nécessaire, surtout au point de vue du traitement.

Quelques principes sur l'opportunité de l'opération de la cataracte, une excellente leçon sur le traitement des affections des voies lacrymales, terminent le volume. Nous ne saurions trop louer notre collègue et ami M. Trousseau d'avoir publié ces cliniques. Si quelques-uns de ses préceptes nous semblent discutables, si certaines de ses formules peuvent prêter à contestation, nous croyons que son livre sera bientôt dans les mains de tous ceux qui, sortis depuis longtemps des bancs de l'école sans pouvoir se livrer à des études spéciales, seront heureux d'y trouver des indications aussi claires que précises dans les difficultés de leur pratique.

J. C.

VARIÉTÉS

Banquet Trélat. — Le banquet offert à M. le professeur Trélat, à l'occasion de sa promotion au grade de commandeur de la Légion d'honneur, aura lieu le jeudi 12 décembre, à l'hôtel Continental. Les lettres d'adhésion devront être adressées à M. Walther, 3, rue d'Aumale.

Faculté de médecine de Paris. — M. Hutinel, agrégé, est chargé d'un cours de clinique des maladies des enfants, pendant le congé accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. le professeur Grancher.

Collège de France. — M. le docteur d'Arsonval, suppléant M. le professeur Brown-Séquard, commencera le cours de médecine, le mercredi 4 décembre 1889, à quatre heures et demie, dans la salle n° 6, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure. — Il traitera des applications physiologiques et médicales de l'électricité.

— M. François-Franck, remplaçant M. le professeur Marey, a commencé le cours d'histoire naturelle des corps organisés, le mercredi 4 décembre 1889, à trois heures et demie, dans la salle n° 7, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure. — Il traitera de la pression du sang dans les vaisseaux et de ses variations normales et pathologiques.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Villar, agrégé, est chargé des fonctions de chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Planteau, appelé à d'autres fonctions.

— M. Chevastelon, licencié ès sciences physiques et naturelles, est nommé chef des travaux chimiques, en remplacement de M. Momont, démissionnaire.

— M. le docteur Lande est nommé chef du laboratoire de médecine légale (emploi nouveau).

— M. Daraignez (Bernard-Joseph-Ernest) est nommé prosecteur, en remplacement de M. Hédon, appelé à d'autres fonctions.

— MM. Barret de Nazaris et Régnier sont nommé aides d'anatomie, en remplacement de MM. Labougle et Daraignez, dont le temps d'exercice est expiré.

— Un concours pour la place de chef des travaux anatomiques s'ouvrira le 15 mai 1890, devant la Faculté de médecine de Bordeaux. Les candidats se font inscrire au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les inscriptions seront reçues jusqu'au 15 avril inclusivement.

Faculté de médecine de Lyon. — M. le docteur Pollosson (Auguste) est institué chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Imbert, dont le temps d'exercice est expiré.

— M. le docteur Condamin, prosecteur, est institué chef de clinique obstétricale, en remplacement de M. Blanc (Emile), dont le temps d'exercice est expiré.

École de médecine d'Amiens. — M. le professeur Lenoël est maintenu dans les fonctions de directeur de ladite école.

— M. le docteur Decamps (Marie-Amédée-Joseph-Félix-Hector) est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

École de médecine de Besançon. — M. Morin, licencié ès sciences physiques, est institué suppléant des chaires de physique et de chimie.

École préparatoire de médecine de Grenoble. — M. le docteur Deschamps (Albert-Antoine-Marie) est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

Cours public d'accouchement. — M. le docteur Paul Berthod, ancien interne de la Maternité, a commencé le mardi 19 novembre, à quatre heures du soir, un cours public d'accouchement (École pratique, amphithéâtre n° 3) et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 13 décembre). — *Ordre du jour :* M. Ballet: Du délire de persécution dans le goitre exophthalmique. — M. Vaillard : Sur le rôle des eaux potables dans la propagation de la fièvre typhoïde. — M. Huchard : De la tachycardie paroxystique essentielle. — Des la mort rapide par œdème pulmonaire aigu dans les affections de l'aorte.

Mortalité a Paris (47e semaine, du 17 au 23 novembre 1889. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 18. — Variole, 1. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 10. — Diphthérie, croup, 32. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 222. — Autres tuberculoses, 20. — Tumeurs : cancéreuses, 42; autres, 3. — Méningite, 24. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 50. — Paralysie, 12. — Ramollissement cérébral, 10. — Maladies organiques du cœur, 76. — Bronchite aiguë, 41. — Bronchite chronique, 36. — Broncho-pneumonie, 24. — Pneumonie, 27. — Gastro-entérite: sein, 15; biberon, 48. — Autres diarrhées, 6. — Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 19. — Sénilité, 31. — Suicides, 16. — Autres morts violentes, 19. — Autres causes de mort, 138. — Causes inconnues, 9. — Total : 968.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

21204. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 11 décembre 1889.

Académie de médecine : **Séance publique annuelle : Éloge de Fonssagrives par M. Rochard. — Rapport sur les prix par M. Féréol.** — *Sénat :* **Le droit de réquisition des médecins.**

Ceux qui viennent d'applaudir si chaleureusement l'éloge de Fonssagrives s'étonneront moins de la généreuse pensée qui, contrairement aux usages académiques, a fait choisir, pour être l'objet d'un solennel hommage, un correspondant qui n'était guère connu « que par l'importance de ses travaux ». Quant à ceux qui ont pu voir à l'œuvre le vénéré professeur de Montpellier, l'écrivain médical aussi bien doué que laborieux et fécond, l'hygiéniste et le thérapeute, le savant et honnête médecin que vient de louer M. Rochard, ils remercieront sincèrement son ancien collègue de la marine d'avoir fait revivre devant eux une figure des plus sympathiques et si bien traduit les sentiments respectueux qu'ils garderont toujours de sa mémoire.

« Je fais de la littérature dans la matinée; la seconde partie de ma journée est consacrée à la médecine. » C'est en ces termes que Fonssagrives nous exposait, en 1870, comment il était parvenu à écrire un si grand nombre d'ouvrages traitant des sujets les plus divers et pourquoi il se préoccupait avec un égal souci de vulgariser les connaissances acquises et d'aider dans la mesure de ses forces au progrès scientifique. Nous connaissions alors de lui ses études d'hygiène, et, en particulier, son *Traité d'hygiène navale*, quelques-uns de ses ouvrages de vulgarisation et son remarquable travail sur *la Thérapeutique de la phthisie pulmonaire*. Il n'avait pas encore écrit le beau livre qui, développant et complétant un article du *Dictionnaire encyclopédique*, traite avec autant d'élévation de vues que de sens critique des *Principes de la thérapeutique générale*. Déjà cependant il était considéré comme un maître et son nom, comme ceux de Rochard et de Le Roy de Méricourt, était bien connu des médecins de l'armée aussi bien que des médecins de la marine. Pourquoi, malgré de si brillantes et de si solides qualités, n'avait-il pu acquérir à Montpellier la situation professionnelle qu'il était en droit d'espérer? Pourquoi, malgré l'estime et le respect qu'il méritait à tant de titres et que lui accordaient ses collègues et ses élèves, restait-il un peu isolé? Quand on a vu, à l'École de Strasbourg, un homme aussi éminent que Forget lutter contre les mêmes difficultés et souffrir des mêmes préventions, on ne s'étonne plus; mais on comprend la mélancolie avec laquelle Fonssagrives parlait de sa carrière médicale et son air de profonde tristesse lorsque, avec l'enthousiasme du jeune âge, on l'entretenait de projets d'avenir.

M. Rochard n'a laissé qu'entrevoir les amertumes qui ont parfois assombri le caractère de son savant ami. Il a surtout fait ressortir ce qui, dans les événements de sa vie ou dans les publications qui lui font tant d'honneur, rehausse le talent de l'écrivain et fait admirer l'homme de bien. On lira au *Bulletin de l'Académie* ce qui a trait aux débuts du jeune médecin de la marine, et les nouveaux venus dans le corps de santé feront leur profit des exemples de courage, d'activité et de laborieuse énergie que leur ont laissés leurs anciens.

Après avoir raconté dans quelles circonstances Fonssagrives fut élu professeur d'hygiène, circonstances aussi honorables pour celui qui en était l'objet que pour « la Faculté qui, dérogeant à ses usages, écarta ses propres agrégés pour faire place à un savant qui lui était étranger » — l'Ecole de Montpellier est coutumière de ces actes de justice — M. Rochard ajoute :

Ce ne fut pas sans douleur qu'il se détacha d'un corps auquel il appartenait depuis vingt-trois ans, dans lequel s'étaient écoulés ses jeunes ans, les jours mêlés de pluie et de soleil, où il laissait des amis, comme on n'en fait plus à l'âge où nous étions parvenus. Ces regrets, ces souvenirs l'accompagnèrent dans sa nouvelle résidence et ne l'ont jamais quitté. Il s'éloignait de la marine au moment où nos écoles étaient dans tout leur éclat. Le corps de santé jouissait partout d'une réputation méritée; les concours assuraient l'indépendance et la dignité des caractères, en donnant les places aux plus capables, et rien ne pouvait faire supposer qu'ils seraient un jour remplacés par l'intrigue et le favoritisme. Plus heureux que ses deux vieux amis, Fonssagrives est mort avant d'avoir vu s'écrouler, sous les coups de l'ignorance et de l'envie, un édifice qui s'était élevé par le travail et le savoir et à la grandeur duquel il avait si puissamment contribué.

Il appartenait au dernier inspecteur général du service de santé de la marine de protester avec cette énergie contre des mesures qu'au moment où elles ont été édictées, nous avons ici même sévèrement condamnées. Et la salve d'applaudissements qui a remercié M. Rochard de sa franchise aura été entendue hors de l'enceinte de l'Académie.

La deuxième partie de cet Éloge est consacrée à l'analyse des principaux ouvrages de Fonssagrives. Ce que dit M. Rochard de l'influence exercée par son collègue sur la marche et les progrès de l'hygiène mérite aussi d'être cité :

Son *Traité d'hygiène élémentaire* est, dit-il, une revendication des droits de l'hygiène dans le traitement des maladies, une critique sévère des exagérations de la thérapeutique à outrance à laquelle on se livrait il y a trente ans. Cette critique n'est plus fondée aujourd'hui, et le livre dont je parle n'a vraisemblablement pas été étranger à cette transformation. Il est certain du moins que son auteur l'avait pressentie. Toutes les excentricités de la médecine moderne, disait-il, sont nées des excès de la pharmacologie; mais le retour à de plus saines doctrines ne saurait se faire attendre, car les esprits, lassés de l'abus des médicaments, sont préparés pour une restauration hygiénique.

Cette restauration, messieurs, nous l'avons vue s'accomplir. Les trois branches de l'art de guérir qui se sont greffées sur le vieux tronc de l'unité hippocratique n'ont pas pris un développement égal. Il en est deux qui vont grandissant sans cesse, aux dépens de la troisième.

L'hygiène a conquis le rôle qui lui revenait. Chaque jour voit s'élargir son domaine et la thérapeutique s'inspire de ces principes. Les médecins ont compris que les moyens qui préservent la santé peuvent également la rétablir. Il suffit d'entrer aujourd'hui dans un hôpital pour constater l'importance que tout le monde attache à la pureté de l'air, à son renouvellement, à la propreté rigoureuse des malades et de tout ce qui les entoure, ainsi qu'aux détails de leur régime alimentaire.

La chirurgie a fait plus encore. Utilisant la première les conquêtes de la bactériologie, elle est arrivée à supprimer le danger dans les opérations. L'antisepsie lui a donné un tel degré de sécurité et d'audace, qu'elle a doublé l'étendue de son domaine, en empiétant sur celui de la médecine. Elle pénètre aujourd'hui dans les cavités splanchniques comme dans les articulations, et soumet à ses procédés expéditifs une foule de maladies qui ne relevaient autrefois que de la médecine et auxquelles elle ne pouvait opposer que des palliatifs.

Menacée par ces envahissements, la pharmacologie s'est aussi modernisée. Elle a rejeté les neuf dixièmes de son vieil arsenal et déblayé ses officines, pour n'y conserver que des agents d'une efficacité expérimentalement démontrée; mais elle s'est appliquée à en augmenter le nombre. Chaque jour, la chimie nous offre de nouveaux remèdes dont l'énergie nous épouvante parfois, mais qui deviendront de précieuses ressources lorsque leurs effets seront mieux connus et leurs indications mieux étudiées.

On ne peut qu'applaudir à ce tableau des progrès de l'hygiène tracé par l'un des plus fervents apôtres de cette science nouvelle, par l'un de ces maîtres qui, après avoir été chirurgien, épidémiologiste et administrateur, s'est donné tout entier aux études de médecine publique et d'hygiène.

S'il nous était permis d'exprimer une opinion toute personnelle, nous dirions cependant que, parmi les ouvrages de Fonssagrives, ceux qui ont trait à la thérapeutique et surtout aux questions de philosophie médicale nous semblent bien supérieurs à ses traités, manuels ou dictionnaires d'hygiène. On peut ne point accepter toutes les idées doctrinales du professeur de Montpellier; il est impossible de nier le talent avec lequel il les a défendues.

Nous aurions aimé à citer encore, si la place ne nous manquait, ce que M. Rochard a si bien dit du talent littéraire de Fonssagrives : « Nul, en effet, n'était plus habile à composer un livre, à lui donner des proportions harmonieuses par une juste pondération de ses éléments; personne ne savait mieux que lui allier la profondeur des idées au charme entraînant de la forme et à la séduction du style. Ce sont là, ajoute M. Rochard, des qualités dont on ne se soucie guère aujourd'hui, je le sais, peut-être parce qu'elles ne sont pas à la portée de toutes les éducations, ni de toutes les intelligences. » Et, après avoir parlé des goûts littéraires de son ami, des poésies que, à l'exemple de presque tous les écrivains médicaux, il a écrites pour développer les qualités du style « en pétrissant sa pensée pour la faire entrer dans le moule inflexible du vers, pour l'asservir à la tyrannie de la pensée », M. Rochard termine l'éloge de Fonssagrives en racontant, en termes d'une éloquence émue et vraiment digne de celui qui l'a inspirée, les derniers jours de l'homme de bien qui, fidèle aux convictions de toute sa vie, a pu mourir « sans connaître ni les compromissions ni les défaillances, ni les amers regrets que laisse le souvenir des mauvaises actions ».

— Appelé pour la première fois à remplir les fonctions si ingrates de secrétaire chargé du rapport général sur les prix de l'Académie, M. Féréol ne pouvait manquer de rendre hommage aux mérites incontestés de ses prédécesseurs. Mais il l'a fait en des termes qui prouvent combien ceux qui l'ont appelé au bureau étaient en droit de compter non seulement sur son dévouement et son zèle, mais encore sur la distinction de son talent et l'élégance de sa plume. Le secrétaire annuel de l'Académie est lui aussi, en effet, un de ces savants dont l'éducation première a formé le style et orné l'esprit. Nous n'aurions pas de peine à le montrer en reproduisant ici quelques passages de son rapport, en particulier ce qu'il a dit, en termes si élevés et si dignes, des services rendus à la science par les membres de l'Académie décédés dans le cours de cette année. Forcé de renvoyer au *Bulletin* ceux qui voudront se donner le plaisir de goûter ces morceaux littéraires, nous tenons cependant à signaler ce que, d'accord avec tous les bons esprits soucieux de l'avenir de notre enseignement professionnel, M. Féréol nous dit au sujet de l'étude des spécialités. Si l'on compare l'enseignement et la pratique des dermatologistes allemands, viennois et français, on est frappé de la tendance qu'ont aujourd'hui les étudiants étrangers à déserter nos amphithéâtres pour les écoles allemandes.

Or, il faut l'avouer, dit le secrétaire de l'Académie, et, dans son excellent rapport, M. Bucquoy l'a répété après bien d'autres; à Paris, on ne rencontre pas dans un même centre tous les éléments d'instruction, tels qu'ils sont matériellement rapprochés dans l'hôpital général de Vienne.

Nous pouvons nous enorgueillir encore de certaines choses, au premier rang desquelles il faut citer cet admirable musée pathologique de Saint-Louis qu'on vient d'inaugurer, et auquel travaille depuis plus de vingt-cinq ans un homme modeste et désintéressé, M. Baretta, que les étrangers nous auraient enlevé s'il n'était pas inviolablement attaché à notre pays, qui n'est pourtant pas le sien; à la faveur de l'Exposition universelle, et grâce à cette circonstance qu'il n'était pas Français, ce véritable artiste que notre collègue des hôpitaux, M. Lailler, a su deviner et attacher à l'hôpital Saint-Louis, vient enfin de recevoir la récom-

pense qui lui était due et que les médecins de Saint-Louis demandaient en vain pour lui depuis trop longtemps.

Mais cette merveilleuse collection de moulages, qui reproduit la nature avec une fidélité capable de faire illusion aux malades eux-mêmes, peut aller facilement par des reproductions enrichir les étrangers; tandis que, pour avoir chez nous quelque chose d'analogue à l'hôpital général de Vienne, il faudrait pouvoir d'un coup de baguette amener en contact l'hôpital Saint-Louis, la Salpêtrière et Necker; et, même en y joignant l'Hôtel-Dieu et tous nos autres hôpitaux, il nous manquerait encore quelques-unes des spécialités qui sont en grand honneur à l'étranger. Il n'y a pas bien longtemps en effet que l'École de Paris, préoccupée, non sans raison, de l'importance des études générales, faisait la guerre aux spécialités. C'est depuis peu d'années qu'elle les a admises à l'enseignement officiel, et pour partie seulement. Ce n'est que d'hier que la Faculté a décidé d'élever à la dignité professorale la clinique spéciale de l'hôpital Necker.

Or, il est déjà tard pour le reconnaître, la tendance moderne est toute aux spécialités. La science est si vaste aujourd'hui que la division du travail s'y impose comme partout ailleurs. Sans rien laisser perdre de notre ancienne valeur, et tout en conservant aux études encyclopédiques leur importance primordiale, sachons marcher dans les voies nouvelles. Nous y sommes engagés déjà. La récente mesure de la spécialisation des agrégés est un progrès indiscutable dans ce sens. Mais hâtons-nous, si nous voulons remonter au premier rang.

Espérons que, dans un avenir prochain, ce vœu sera exaucé.

Il en est un autre que, d'année en année, on s'empresse de transmettre aux *pouvoirs publics* et que M. Féréol a exprimé en commençant son rapport. La salle des séances de l'Académie de médecine, ses bureaux et surtout sa bibliothèque sont dans un état de délabrement des plus regrettables. Et malgré le legs de Demarquay, qui a donné le bon exemple, personne ne songe à assurer à l'Académie un logement digne d'elle. Il y a certainement quelque chose à tenter à ce point de vue. Mais on comprend aisément que l'initiative privée hésite à entreprendre ce qu'il appartiendrait à l'État de réaliser. C'est un sujet sur lequel nous avons déjà reçu diverses communications et sur lequel nous aurons à revenir. Il en est de même des motifs qui découragent parfois les concurrents aux prix de l'Académie et des mesures que l'on pourrait prendre pour rendre ceux-ci plus utiles et plus enviables. Ce sont là des questions fort intéressantes, mais qui ne peuvent être discutées en quelques lignes et à la fin d'un compte rendu que l'intérêt de la séance solennelle de l'Académie a déjà rendu plus long que de coutume.

L'affaire des médecins de Rodez vient d'être l'objet d'une interpellation adressée à M. le garde des sceaux par M. Lacombe, sénateur. Des discussions auxquelles a donné lieu cette interpellation, il résulte que, pour tout le monde, ministres, magistrats et médecins, les tarifs d'honoraires fixés par le décret du 18 juin 1800 sont absolument dérisoires et doivent être revisés. C'est ce que demandent tous les médecins requis par la justice. Et ce sont les procédés humiliants et vexatoires du parquet de Montpellier qui ont décidé les médecins de Rodez à refuser nettement tout concours à la justice. Ils suivaient l'exemple donné par le savant et respecté professeur de médecine légale de la Faculté de Montpellier. Ils avaient pour objet principal de créer une agitation qui obligerait le ministre de la justice à sortir de la douce quiétude avec laquelle, comme l'a si bien dit M. Cornil, il envisage trop souvent les difficultés de ce genre.

Nous n'avons pas à répéter ici ce que nous avons déjà dit dans un précédent article (p. 750). La question de droit qui fait l'objet d'un recours du parquet de Rodez près la Cour de cassation reste douteuse. Il s'agit de savoir si, oui ou non, dans le cas particulier qui nous occupe, il y avait *flagrant délit*. Et de la solution de ce cas particulier résultera l'acquittement ou la condamnation définitive de nos confrères.

Mais la discussion soulevée devant le Sénat a mis en présence deux opinions divergentes et, suivant que l'une ou l'autre d'entre elles sera acceptée par le législateur, les conditions légales imposées dorénavant aux médecins seraient bien différentes. M. Lacombe demande que, à la condition de recevoir une indemnité supérieure à celle que fixe le décret de 1811, le médecin soit tenu d'obéir à toutes les réquisitions de la justice. M. Cornil, au contraire, réclame l'institution, dans tous les chefs-lieux de Cours d'appel et dans la plupart des tribunaux de première instance, de médecins légistes, munis d'un certificat d'études spécial et seuls destinés à remplir, après réquisition de l'autorité judiciaire, les fonctions de médecins experts. Nous croyons avoir suffisamment insisté déjà sur ce sujet pour ne point nous croire obligés de développer ici les motifs qui nous font adhérer aux considérations développées avec autant d'autorité par M. Cornil pour montrer que l'on ne peut obliger les médecins à répondre à toutes les réquisitions de la justice. Aussi longtemps qu'on n'organisera pas la médecine judiciaire en France, on sera exposé à se heurter à des difficultés analogues à celles qui viennent de se produire, voire même à n'obtenir que des rapports médico-légaux peu autorisés et par conséquent inutiles. Dès que la Cour de cassation aura prononcé sur la question de droit, nous examinerons dans tous ses détails la question législative dont la solution s'impose.

CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES

Du savon vert contre certaines dermatoses.

Ce savon porte aussi le nom de savon noir. Il a une odeur désagréable et une consistance molle. On le prépare avec la lessive de potasse, tandis que les savons durs du commerce sont à base de soude. Pendant qu'en France on fait le savon noir avec des huiles de colza, navettes ou chènevis, en Angleterre, on le prépare avec du suif et de l'huile de baleine.

Quoi qu'il en soit, ces savons sont toujours très alcalins et rapidement solubles dans l'eau, qualités qui les font rechercher pour les nettoyages et le blanchiment.

En médecine, au contraire, dans certaines maladies chroniques du tégument, il est préférable de saturer cette alcalinité par un acide.

J'ai été appelé, dernièrement, à exécuter une formule ainsi rédigée:

Savon vert................	50	grammes.
Alcool rectifié............	100	—

Filtrez et ajoutez: acide salicylique, 2 grammes.

Le mot *filtrez* n'était pas à sa place, car l'acide salicylique a donné lieu à un léger précipité d'acide oléique,

après avoir saturé la potasse qui se trouvait en excès dans le savon. Il faut donc écrire: dissolvez le savon dans l'alcool à 90 degrés, ajoutez l'acide salicylique et filtrez.

Cette solution avait été prescrite en application contre un *eczema marginatum* de la racine de la cuisse. Peut-être est-elle acceptable au point de vue médical. Mais je dois rappeler la formule du savon-ponce, déjà recommandée ici même dans un but analogue (n° de juillet 1884) : ponce porphyrisée, 15 grammes; savon vert ou noir, 30 grammes. Ne pas perdre de vue que, dans cette dernière préparation, le savon conserve toute son alcalinité.

Pierre VIGIER.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Le traitement du psoriasis à la clinique dermatologique de Lyon.

Trois indications dominent cette indication, d'après M. Gailleton: 1° nettoyer les surfaces malades; 2° les modifier; 3° prévenir les récidives.

I. NETTOYAGE DES SURFACES MALADES. — Prescrire des bains alcalins, accompagnés de frictions savonneuses et les répéter jusqu'à enlèvement des squames.

II. PANSEMENT DES SURFACES MALADES. — M. Gailleton préfère aux autres topiques ceux à base d'acide chrysophanique et d'acide pyrogallique.

La *pommade à l'acide chrysophanique au dixième* doit être employée en frictions, mais en évitant d'étendre ces dernières sur une surface très grande de la peau.

La *pommade à l'acide pyrogallique au cinquième* convient aux cas de psoriasis vulgaire. On doit l'appliquer avec ménagement, en raison des dermites que ce médicament peut provoquer et des intoxications à début presque foudroyant, observées consécutivement à son emploi. Il ne convient pas contre le psoriasis aigu scarlatiniforme.

III. TRAITEMENT GÉNÉRAL ET PRÉVENTIF. — L'arsenic est le seul médicament dont l'action soit réelle, à condition de le prescrire en dehors de la période aiguë:

1° *Liqueur de Fowler.*—La prescrire à doses croissantes en commençant par cinq gouttes et en augmentant jusqu'à vingt gouttes, sans aller au delà;

2° *Sirop d'arséniate de soude.* — On peut ordonner le sirop suivant à la dose de deux à six cuillerées par jour, une cuillerée représentant 1 milligramme et demi d'arsenic:

Pr. Eau distillée............... ...	180	grammes.
Sirop de pensées sauvages.....	60	—
Arséniate de soude..........	0,04	centigrammes.

3° On complète l'action médicamenteuse par la balnéation simple, chaque bain devant être quotidien et prolongé pendant une, deux ou trois heures. M. Gailleton attribue à la longue durée du bain tous les succès obtenus dans quelques stations thermales.

Ch. ÉLOY.

REVUE DES COURS ET DES CLINIQUES

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — SERVICE DE M. LE PROFESSEUR TRÉLAT.

Cure radicale de la hernie inguinale congénitale chez les jeunes sujets.

La cure radicale de la hernie inguinale réductible, simple, est une opération de plus en plus étudiée. Pour la hernie congénitale le débat se complique d'un élément de plus, la possibilité de la guérison par le port prolongé et soigneux d'un bandage bien fait. L'argumentation des adversaires de la cure opératoire se résume en ceci : ils se refusent à exposer à la mort un malade atteint d'une hernie simple, même congénitale, pour lui éviter l'ennui de porter bandage alors que, dans presque tous les cas d'opération, même heureuse, il n'est pas délivré de cet ennui; ils ne concèdent pas davantage que l'on soit en droit de risquer la mort opératoire, c'est-à-dire immédiate, pour éviter au malade les risques, fort peu probables, de voir sa hernie s'étrangler vingt ou trente ans plus tard.

Il est d'abord un point sur lequel je désire exprimer nettement mon opinion. Oui, la cure est opératoire et non radicale pour les hernies que j'ai plus spécialement citées lors de la dernière discussion de la Société de chirurgie; oui, pour les hernies inconstamment, incomplètement, difficilement réductibles, l'opéré devra ultérieurement porter un bandage. L'opération n'a pas eu pour but de supprimer le brayer, mais bien de permettre le remplacement d'un appareil défectueux par un appareil similaire mais efficace. Aussi ne faut-il opérer ces hernies de faiblesse que quand une complication fournit une indication spéciale. Avec la hernie congénitale des jeunes sujets, hernie d'emblée, faite dans un canal péritonéo-vaginal anormalement perméable, la question change du tout au tout. Ce sujet n'est pas un hernieux, un affaibli; c'est un malformé, ce qui n'est pas du tout la même chose. A celui-là le bandage pourra être supprimé si, par une opération sanglante, on oblitère le canal anormal, autour duquel la paroi musculo-aponévrotique est saine, vigoureuse, jeune en un mot.

Ici surgissent deux objections : le bandage peut être curatif; l'opération expose à la mort.

Que le bandage bien fait et bien porté puisse être curatif, je ne songe pas à le contester. Mais ce que j'affirme c'est que la guérison parfois n'est qu'apparente et je vous en fournirai pour preuve l'observation suivante. C'est celle d'un jeune Autrichien de dix-neuf ans, dont un frère est devenu hernieux à vingt ans et qui lui-même est hernieux de naissance. A l'âge de quatre ans on lui applique un bandage : à dix ans on l'en délivre et la hernie semble guérie. Mais neuf ans plus tard, il y a de cela cinq semaines, dans un effort, il croit sentir que la hernie est sortie et effectivement deux jours après, étant au lit, il trouve par hasard une grosseur dans le pli inguinal gauche. C'était bien la hernie, facilement réductible, mais non moins facile à reproduire. Pour le moment, elle ne le gêne en rien, est indolente, aisément coercible; mais le malade craint qu'elle ne grossisse, ne cause des accidents; de plus, il est incommodé par le bandage. Il demande donc à être opéré, et je vais accéder à son désir, car le bandage, facile à appliquer dans l'espèce, ne le mettrait pas à l'abri de l'étranglement d'emblée; je vais l'opérer parce qu'en somme il n'est pas guéri, parce que son conduit vagino-péritonéal n'est pas oblitéré et que par suite il reste exposé à tous les accidents de la hernie à canal ouvert.

On ne doit donc pas proclamer à la hâte les effets curatifs du bandage : quand on suit pendant longtemps les malades, on se convainc que les observations comme la précédente sont loin d'être rares. Mais reste la deuxième objection :

l'opération expose à des risques mortels pour éviter des accidents d'étranglement qui surviendront peut-être, et rarement, dans vingt ou trente ans. Je répondrai d'abord, avec une conviction absolue, que, sur un sujet jeune et sain, pour une hernie réductible, les risques de mort peuvent, doivent être négligés si l'opération, d'ailleurs fort simple, a été bien conduite et la plaie bien pansée. Cette opinion n'est pas seulement la mienne, mais celle de tous les chirurgiens antiseptiques qui ont l'expérience de la cure radicale. A côté de cela, j'ai une conviction non moins solidement arrêtée : la hernie abandonnée à elle-même est plus souvent grave que ne le prétendent les adversaires de la cure radicale, et surtout les accidents la menacent souvent à courte échéance. Les hernies volumineuses, adhérentes, enflammées, sont bien de vieilles hernies, portés par des sujets de cinquante, soixante ans et plus. Il n'en est pas du tout ainsi pour la hernie petite étranglée d'emblée, c'est-à-dire, en somme, pour la hernie congénitale étranglée. Ici, l'ancienneté de la lésion n'entre pas en jeu. Ce n'est pas un collet induré, stigmatisé, qui étrangle; c'est une bride séreuse valvulaire, tranchante que le temps n'a guère modifiée. Dans un effort brusque une anse sort, trop volumineuse, et brusquement elle s'étrangle. Aussi concevez-vous que cet étranglement d'emblée, le plus grave de tous puisqu'il est produit par une crête tendue et tranchante, soit possible chez les jeunes adultes aussi bien, mieux même que chez les vieillards.

A l'appui de cette assertion, je vous rappelle l'observation de ce jeune homme que, sur mon conseil formel, M. Walther a opéré le 7 novembre dernier et dont il vient de publier l'observation à la *Société anatomique*. Le 25 décembre 1888 la hernie apparut pour la première fois chez ce garçon de dix-huit ans, et immédiatement elle causa des accidents de douleur et d'occlusion. Par le repos tout cessa, et l'intestin rentra. Mais à trois reprises ces phénomènes récidivèrent et il y a trois mois la crise se termina par l'irréductibilité de la descente. Les troubles étaient médiocres et le malade ne s'en préoccupait guère lorsque, le 4 novembre dernier, des symptômes d'occlusion éclatèrent, et le 7 novembre le malade fut admis à l'hôpital. La kélotomie, suivie de cure radicale, montra que déjà l'intestin adhérait au sac. Vous ne direz pas, cette fois, que la cure radicale pratiquée en décembre 1888, dès la première menace, n'eût évité au patient que des accidents de sa vieillesse.

Cette fois, il est vrai, la temporisation n'a pas eu d'inconvénients majeurs. Les quelques adhérences de l'intestin ont été faciles à libérer; l'intestin, peu altéré, a pu être réduit et la guérison complète a été rapide. Mais cette bénignité n'est malheureusement pas dans les habitudes de l'étranglement d'emblée de la hernie inguinale. Notre malade n'est venu qu'au troisième jour et il n'a pas eu à s'en plaindre. Mais n'oubliez jamais que dans ces étranglements par valvules tranchantes, quelques heures peuvent suffire à la perforation de l'intestin, même sans que les accidents aient une intensité suffisante pour forcer l'attention du malade et la main du médecin.

Le troisième malade dont je veux vous entretenir va vous démontrer la vérité de mon dire. Lui aussi est jeune : il a vingt-six ans. Toujours il s'est connu une hernie, pour laquelle il a été exempté du service militaire, elle ne sortait d'ailleurs que dans les efforts. Grosse comme une noix, elle rentrait facilement et jamais le sujet ne s'en est inquiété. Or, le 11 août dernier, notre homme passa la soirée en fortes libations, avec accompagnement de cris et de chants : en se couchant, à onze heures du soir, il s'aperçut que sa hernie était dehors et il ne put la réduire. Bientôt survinrent quelques coliques, quelques nausées. Le lendemain, notre homme resta au lit pendant la matinée, puis, comme le repos ne calmait pas ses douleurs, il essaya de la marche. La constipation depuis le début de l'accident était complète et deux vomissements avaient eu lieu quand, le 13 août à midi, il se présenta à l'hôpital où il était venu sans peine, à pied. La tumeur, située à droite, est grosse comme le poing, sonore, modérément douloureuse; la peau est normale, le ventre n'est pas ballonné, le visage est peu altéré. M. Lyot fit cependant la kélotomie sans taxis préalable, à trois heures de l'après-midi (quarante heures après le début des accidents) et bien lui en prit, car l'intestin, déjà en partie mortifié, dut être réséqué, si bien que le malade porte aujourd'hui un anus contre nature des mieux conditionnés, avec prolapsus à chaque effort.

Vous voyez donc que les dangers de la hernie congénitale abandonnée à elle-même sont sérieux et qu'ils menacent fort bien l'individu jeune; d'autre part, le port d'un bandage ne met pas à l'abri des accidents brusques de l'étranglement d'emblée. Voilà pourquoi je pense que laisser subsister une hernie congénitale, même derrière un bandage bien fait, c'est exposer le malade à la mort bien plus que si on lui fait courir les risques, à peu près nuls, d'une opération bien faite. Aussi ai-je progressé depuis que j'étudie cette question et je suis devenu beaucoup plus opérateur que je ne l'étais il y a quelques années. Au début, je conseillais de n'intervenir par la cure *opératoire* que pour les hernies compliquées. Aujourd'hui, bien assuré que pour les hernies congénitales simples, réductibles, l'opération n'offre ni difficultés, ni gravité; qu'elle peut, en raison des dispositions anatomiques, donner une guérison réelle, une véritable cure *radicale* ou totale; que toutes les hernies non guéries sont exposées à des accidents plus ou moins graves et prompts, parfois très prompts comme on l'a vu chez les deux malades de notre service, je pratique et je conseille de pratiquer la cure opératoire chez tous les adolescents ou jeunes gens qui voient se reproduire une hernie réputée guérie, et cela, dès que la hernie reparaît, avant toute complication de volume ou de contenu.

A. Broca.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

L'urticaire chez les enfants (formes, pathogénie, évolution). Communication faite à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 25 octobre 1889, par M. le docteur J. Comby, médecin des hôpitaux.

(Fin. — Voyez le numéro 49.)

Obs. XI. *Petite fille soumise à l'allaitement mixte. Rachitisme, dyspepsie avec ectasie gastrique. A l'âge de onze mois, poussées d'urticaire. Trois ans après, l'urticaire chronique se transforme en lichen agrius et continue à évoluer sous cette forme. Observation suivie pendant cinq ans.* — M... (Blanche) était âgée de dix-neuf mois quand je la vis pour la première fois au Dispensaire de la Villette (1884). Depuis l'âge de onze mois, elle souffrait de démangeaisons presque continuelles, accompagnées d'éruptions ortiées manifestes. Faisant déshabiller l'enfant, je constate la présence de très nombreuses papules d'urticaire avec quelques lésions de grattage sur le tronc et sur les membres.

Cette fillette, soumise à l'allaitement mixte, a marché tard et présente les déformations osseuses habituelles au rachitisme. De plus, son ventre est très gros et la succussion méthodique de la paroi épigastrique fait entendre un bruit de clapotage qu'on perçoit encore au-dessous de l'ombilic. Il semble donc que l'estomac soit très dilaté. D'ailleurs, l'enfant est extrêmement vorace et demande sans cesse à boire ou à manger; elle boit surtout énormément. A cette époque, je prescrivis un régime plus sobre, la diminution des boissons et des bains vinaigrés qui restèrent sans effet. Au mois de juillet 1885, l'enfant est dans le même état et souffre toujours de son urticaire. Deux ans après (22 août 1887), elle présentait encore des pa-

pules d'urticaire et de fortes démangeaisons. Elle avait peu grandi et souffrait de l'estomac; il est vrai que son régime alimentaire avait été peu surveillé. Elle continuait à boire démesurément, aussi bien la nuit que le jour. Le ventre restait gros et le clapotage épigastrique occupait la même étendue. J'insistai de nouveau sur l'importance du régime et j'obtins le rationnement des liquides.

Le 28 novembre 1887, l'enfant revient au Dispensaire dans une période d'amélioration; elle a peu de démangeaisons, elle n'a plus de papules d'urticaire, mais elle offre des papules petites, arrondies, les unes intactes, les autres excoriées par les grattages, et il est impossible de ne pas penser au *lichen agrius*; le volume du ventre a diminué, la dilatation gastrique est moins étendue.

Un an plus tard (novembre 1888), je suis consulté de nouveau pour cette enfant qui présente une recrudescence de son éruption prurigineuse. Il n'y a plus une seule place ortiée, mais de très nombreuses papules petites, arrondies ou acuminées, les unes nettes, les autres couvertes de sang desséché, avec quelques placards d'apparence eczémateuse. La transformation de l'urticaire chronique en prurigo de Hebra me paraît complète.

Le 1er avril 1889, on me ramène l'enfant, non pas pour son éruption qui, devenue chronique, n'inquiète plus les parents, mais pour une légère blépharo-conjonctivite de date récente. Actuellement d'ailleurs, le lichen est dans une phase de rémission, les papules sont rares et les démangeaisons, quoique toujours vives, ne sont pas suivies de grattages très énergiques.

L'enfant, qui a aujourd'hui six ans et demi, est très petite; elle a le développement d'une enfant de quatre ans, elle est toujours polydipsique.

Les frictions répétées avec le glycérolé tartrique étant restées inefficaces, je les remplace par les frictions avec l'huile de foie de morue.

Voilà donc une enfant qu'il m'a été permis de suivre pendant cinq ans, et que je reverrai probablement encore pendant de longues années. Atteinte, à la suite d'un régime alimentaire défectueux, de dyspepsie et d'urticaire chronique, elle n'a cessé, pendant trois ans, d'être tourmentée par des poussées d'urticaire. Puis l'urticaire a fait place au *lichen agrius*, au prurigo de Hebra; il est difficile de citer une observation plus probante.

OBS. XII. *Fille de cinq ans. Allaitement artificiel, polydipsie. Urticaire au début. Aujourd'hui prurigo de Hebra.* — Cette fillette, âgée de cinq ans, assez nerveuse, a été nourrie au biberon et n'a marché qu'à deux ans; elle était donc rachitique. Aujourd'hui, les déformations rachitiques ont disparu, mais la dyspepsie a persisté; l'enfant mange peu et boit beaucoup. Depuis deux ans et demi, elle est tourmentée par des démangeaisons atroces, plus fortes l'été que l'hiver, accompagnées au début de papules larges et fugaces (urticaire), coïncidant aujourd'hui avec des papules petites, acuminées (prurigo) et avec des lésions de grattage. La mère est nerveuse, le père est alcoolique; il bat souvent la mère et l'enfant. Le prurigo de Hebra est incontestable, quoiqu'il ne revête pas une forme très intense. Je prescris le rationnement des liquides et les frictions avec l'huile de foie de morue.

OBS. XIII. *Petite fille de trois ans, nerveuse. Poussées d'urticaire à la suite d'une rougeole. Actuellement prurigo de Hebra.* — Le 12 août 1889, je prends l'observation d'une petite fille, âgée de trois ans et trois mois, conduite par sa mère au Dispensaire de la Villette. Cette enfant, nourrie au sein, a été sevrée un peu brusquement et prématurément à douze mois; les suites immédiates du sevrage ne furent pas mauvaises. L'enfant est nerveuse, agitée, sa mère est émotive, son père irascible, un frère est mort de convulsions à l'âge de quinze jours, un autre est mort-né. Tels sont les antécédents héréditaires et collatéraux; je suis disposé à tenir compte de la tare nerveuse qu'ils décèlent, mais je crois qu'il faut invoquer aussi le sevrage prématuré.

Quoi qu'il en soit, à la suite d'une rougeole contractée en janvier 1889, l'enfant a eu d'incessantes poussées d'urticaire. Au bout de trois mois, les papules ortiées avaient disparu, mais les démangeaisons persistaient et l'éruption a pris les caractères suivants:

On voit, disséminées sur la face, le dos, les fesses, les cuisses, la face dorsale des bras et des avant-bras, d'innombrables petites papules acuminées, les unes intactes, la plupart excoriées et recouvertes de sang desséché. Entre les papules existent aussi des taches pigmentaires et des cicatrices. Les plis articulaires et la face antérieure des avant-bras sont indemnes.

L'éruption n'est pas polymorphe, elle est exclusivement prurigineuse et papuleuse; le prurit est plus fort la nuit que le jour, l'été que l'hiver.

J'ai observé, pendant les remplacements que j'ai eu l'occasion de faire à l'hôpital Saint-Louis, un certain nombre d'adolescents ou d'adultes atteints de prurigo de Hebra; la plupart étaient malades depuis leur première enfance; chez une femme cependant, dont je rapporte l'observation (XVI), la maladie n'avait débuté qu'après vingt ans. C'est là un cas exceptionnel, mais pas unique, M. Besnier et quelques autres dermatologistes ayant observé aussi cette dérogation à la règle. Chez tous ces malades, jeunes ou vieux, il existait un état dyspeptique ancien avec dilatation de l'estomac.

J'ai essayé, à l'aide du naphtol (2 grammes à 2gr,50 en vingt-quatre heures), de combattre les fermentations gastro-intestinales que je suppose être en relation avec la dermopathie, j'ai obtenu quelques améliorations, j'ai échoué le plus souvent. Marchant sur les traces de M. Bouchard, j'ai ajouté le régime sec à l'antisepsie intestinale, j'ai prescrit la strychnine à la dose de 5 milligrammes par jour.

L'association de toutes ces médications ne m'a pas donné tous les résultats que j'en attendais, et le prurigo de Hebra reste après ces essais, ce qu'il était avant, c'est-à-dire une maladie désespérante.

Voici les observations recueillies à l'hôpital Saint-Louis:

OBS. XIV. *Garçon de seize ans. Prurigo de Hebra datant de la première enfance. Dilatation de l'estomac. Amélioration par le naphtol.* — D... (Paul), âgé de seize ans, est un garçon de taille moyenne, d'apparence strumeuse (blépharite ciliaire), qui dit souffrir, depuis sa naissance, de démangeaisons persistantes. Il est entré à l'hôpital Saint-Louis (service de M. Tenneson), le 25 juillet 1889, pour une exacerbation de sa maladie, les démangeaisons étant toujours plus fortes l'été que l'hiver. Au moment de son entrée dans les salles, il présentait de nombreuses lésions de grattage (papules excoriées recouvertes de sang desséché, fissures), des taches pigmentaires, des cicatrices, des placards eczématiformes surtout au niveau des aisselles. Traité par les frictions à l'huile de foie de morue, il offrait encore quand je le vis (12 août), toutes ces lésions. Je fis suspendre le traitement externe à partir du 15 août et je prescrivis le naphtol à la dose de 1gr,50 par jour, en quatre prises.

Cette médication fut continuée pendant quinze jours sans interruption, elle fut suivie d'une amélioration très notable. Le 28 août, l'enfant ne présentait plus que les vestiges de ses éruptions antérieures (taches et cicatrices) et n'accusait plus la moindre démangeaison.

Examinant son estomac, à jeun, après lui avoir fait boire un demi-verre de tisane, je constate que le bruit de clapotage dépasse l'ombilic de deux travers de doigt. Cette dilatation considérable de l'estomac doit être très ancienne, malgré l'incertitude des renseignements fournis par le sujet. Tout ce qu'il sait, c'est qu'on l'a mis en nourrice à la campagne et qu'il en a rapporté ses démangeaisons.

Il est probable que cet enfant a passé par les mêmes phases que ceux dont j'ai pu prendre l'observation dès le début: poussées d'urticaire d'abord, prurigo de Hebra ensuite.

Voici quelques observations dans lesquelles, ayant reconnu la dilatation de l'estomac, j'ai essayé de lutter contre ses effets toxiques par le naphtol.

OBS. XV. *Fille de seize ans. Prurigo de Hebra datant de la première enfance. Dilatation de l'estomac. Guérison au moins temporaire par le naphtol et le régime.* — Cette jeune fille, âgée de seize ans comme le malade précédent, est entrée à l'hôpital Saint-Louis (service de M. Tenneson) le 8 août 1889. Elle est petite, pâle, délicate, et ses tibias ont gardé l'incurva-

vation rachitique. Atteinte, depuis la première enfance, de démangeaisons persistantes, plus fortes l'été que l'hiver, elle a été déjà traitée l'année dernière, pour la même affection, dans le même service; au bout de six semaines de traitement elle sortit améliorée. Actuellement son corps est parsemé de papules excoriées et de lésions de grattage, sans compter les taches pigmentaires et les cicatrices qui attestent les lésions passées, mais la forme est moins grave que dans le cas précédent. Ayant constaté que les frictions à l'huile de foie de morue était inefficaces, je les remplaçai, à partir du 15 août, par 2 grammes de naphtol en cinq doses. Ayant constaté en outre une dilatation de l'estomac caractérisée, à jeun, par un bruit de clapotage descendant jusqu'à l'ombilic, je prescris le rationnement des liquides (600 grammes par jour), l'usage du pain grillé, la suppression des aliments indigestes, des sauces épicées, des choux, des salades, etc.

Le 1er septembre, c'est-à-dire après quinze jours de ce traitement, la malade semblait guérie et n'avait plus d'éruption ni de démangeaisons. Il est vrai que j'avais affaire à une forme relativement bénigne de prurigo de Hebra, sujette à des rémissions notables, que la guérison temporaire de la maladie avait été obtenue l'année dernière par d'autres moyens. Cependant je ne puis pas ne pas tenir compte du prompt succès qui a suivi le traitement de la dilatation stomacale.

Voici maintenant d'autres observations dans lesquelles on verra que l'action du naphtol a été moins efficace :

Obs. XVI. *Femme de vingt-six ans. Prurigo de Hebra survenu à vingt-quatre ans. Dilatation de l'estomac. Traitement par le naphtol, le régime, la strychnine. Pas d'amélioration.* — Mme X..., âgée de vingt-six ans, entre, le 25 août 1889, au pavillon payant de l'hôpital Saint-Louis, pour une alopécie qui a succédé à la fièvre typhoïde et pour un prurigo de Hebra dont le début date seulement de deux ans. Jamais avant cette époque, la malade n'avait eu la moindre démangeaison; c'est un cas exceptionnel, mais indiscutable, de prurigo de Hebra survenu à l'âge adulte. Le corps est couvert de papules excoriées, de lésions de grattage, de placards eczématiformes; les démangeaisons sont atroces et continuelles, et c'est à cause d'elles que la malade est venue de province pour se faire soigner à Paris. Tous les traitements locaux employés jusqu'à ce jour ont échoué.

L'intervention d'une fièvre typhoïde assez grave, il y a un an, a suspendu les démangeaisons sans les supprimer ni les atténuer par la suite. Il faut ajouter que la malade, sans être hystérique, est nerveuse et très irritable.

Elle est aussi dyspeptique depuis longtemps et porte une dilatation considérable de l'estomac; le bruit de clapotage descend au-dessous de l'ombilic. Je prescris simultanément le naphtol à la dose de 2gr,50 par jour et j'insiste sur le régime; 600 grammes de liquide (vin blanc étendu de trois quarts d'eau), aliments choisis, rien en dehors des repas, etc. Au bout de dix jours, voyant qu'il n'y avait pas la moindre amélioration, j'ajoute à ce traitement une dose quotidienne de 5 milligrammes de sulfate de strychnine. La malade essaye successivement des frictions au glycérolé tartrique, à l'huile de foie de morue. Elle sort de l'hôpital peut-être trop tôt, sans avoir éprouvé de soulagement.

Obs. XVII. *Garçon de quinze ans et demi. Prurigo de Hebra datant de la première enfance. Dilatation de l'estomac. Traitement par le naphtol et la strychnine. Pas d'amélioration.* — L... (Henri), âgé de quinze ans et demi, est entré à l'hôpital Saint-Louis (service de M. Tenneson) le 8 août 1889. Sa maladie caractérisée par des démangeaisons atroces et plus accusées l'été que l'hiver, par des papules excoriées, par des fissures, par des taches pigmentaires et des cicatrices, date de la première enfance. Il a été traité, à deux reprises, dans cet hôpital, par M. Fournier et par M. Vidal. C'est un garçon qui boit beaucoup et dont les digestions laissent à désirer. Le bruit de clapotage dépasse l'ombilic. Je prescris 2 grammes de naphtol, 4 milligrammes de sulfate de strychnine, et le rationnement des liquides. Après quinze jours de ce traitement, il n'y avait pas la moindre amélioration et je renonçai à continuer. Les frictions à l'huile de foie de morue furent plus efficaces.

IV

Il ressort de cette étude quelques notions utilisables pour le pronostic, la prophylaxie et le traitement de l'urticaire chronique.

On saura d'abord que l'urticaire infantile peut avoir des conséquences lointaines et graves. On ne sera plus porté à négliger les démangeaisons passagères, intermittentes ou prolongées qui marquent les premières atteintes du mal.

Sans doute l'urticaire, dans la majorité des cas, ne laisse aucune trace durable; la maladie est éphémère comme les papules qui la traduisent objectivement.

Mais on saura qu'il n'en est pas toujours ainsi, et que l'urticaire peut se répéter, passer à la chronicité et aboutir enfin à cette maladie abominable qu'on appelle *prurigo de Hebra*. Voilà le point noir dans le pronostic de l'urticaire. Il faut donc, dans la pleine conscience de cette éventualité fâcheuse, instituer un traitement qui vise l'évolution redoutée.

La prophylaxie du prurigo de Hebra doit s'inspirer de l'étiologie. On admettra que l'urticaire, aiguë, subaiguë ou chronique, est probablement d'origine toxique (*toxidermie*).

L'urticaire s'observe, en effet, chez les enfants dont l'hygiène alimentaire laisse à désirer, dont le ventre est gros, dont l'estomac est dilaté; c'est une manifestation cutanée de la dyspepsie aiguë ou chronique.

L'hypothèse d'une substance toxique, d'un poison élaboré dans le tube digestif, transporté dans la circulation, éliminé par la peau, expliquerait la relation qui unit la dilatation de l'estomac et la dyspepsie à l'urticaire.

La prédisposition nerveuse des sujets paraît également jouer un rôle, sinon dans la production de l'urticaire, du moins dans l'exagération de ses manifestations et dans l'acuité du prurit.

Quoi qu'il en soit, la clinique infantile connaît toutes les variétés d'urticaire observées chez les adultes. Elle nous montre surtout la marche inquiétante et les transformations fâcheuses de l'urticaire chronique.

Un enfant mal nourri et dyspeptique présente des poussées d'urticaire qui, aiguës et fugaces au début, vont en se répétant et se rapprochant de plus en plus. Au bout de quelques mois ou de quelques années, l'urticaire chronique prend un nouvel aspect; l'enfant a toujours les mêmes démangeaisons, mais il n'a plus les mêmes papules. Au lieu des plaques ortiées primitives, son corps présente des lésions de formes diverses, des papules, des excoriations, des fissures, des placards eczématiformes, etc. La maladie est devenue presque incurable : c'est le prurigo de Hebra.

Voilà une des origines, certainement la plus commune, de cette singulière dermopathie, et les observations que j'ai rapportées démontrent nettement, pour la plupart, la filiation des accidents.

M. Kaposi a bien vu que le prurigo de Hebra pouvait débuter, du huitième au douzième mois de la vie, par une urticaire qui persiste jusqu'à la deuxième année.

M. Vidal, qui cite l'opinion de M. Kaposi, ajoute : Il est probable que cette urticaire persistante n'est autre chose que le *strophulus pruriginosus* de Hardy, avec ses récidives si fréquentes pendant le travail de la première dentition.

Sans nier la possibilité de la transformation du strophulus en prurigo de Hebra, le strophulus me paraissant avoir la même origine que l'urticaire (dyspepsie infantile), je déclare n'avoir pas encore observé cette transformation, et je me rallie à l'opinion de M. Kaposi.

Quant à l'influence de la première dentition, je la considère, d'après les nombreux faits que j'ai relevés, comme absolument nulle.

J'en dirai autant de la scrofule, qui peut coïncider avec l'urticaire chronique et le prurigo de Hebra, sans avoir la moindre relation pathogénique avec ces dermatoses.

En un mot, je crois à la prédominance du rôle joué par le tube digestif dans la pathogénie de toutes les variétés

d'urticaire, y compris l'urticaire chronique et son aboutissant, le *prurigo de Hebra*.

On m'objectera que les troubles digestifs ne suivent pas toujours une marche parallèle à celle de la dermatose; j'accorde que la dyspepsie peut s'amender, alors même que le prurigo de Hebra conserve sa ténacité désespérante.

Mais cette divergence n'implique pas contradiction, et les maladies chroniques, les dermatoses en particulier, peuvent parfaitement survivre à la cause qui leur a donné naissance.

Dans le cas du prurigo de Hebra, le simple grattage, passé à l'état d'habitude, suffirait à perpétuer les lésions tégumentaires, sans qu'une élimination continuelle de produits toxiques à travers la peau fût nécessaire.

La prophylaxie de l'urticaire chronique et du prurigo de Hebra repose tout entière sur l'hygiène alimentaire.

Les enfants nourris au sein ne sont que rarement atteints; il faut partir de là pour recommander l'allaitement naturel, exclusif et prolongé. A ceux qui sont sevrés, on donnera une alimentation appropriée à leur âge, c'est-à-dire le régime lacté, les œufs, les œufs au lait, le tapioca au lait, le riz, les panades, etc., etc. Pas de viande, pas de légumes indigestes, pas de liqueurs alcooliques.

La question des boissons a, dans la première enfance, une importance capitale; elles pèchent trop souvent par la quantité et par la qualité. Je passe sur l'habitude d'abreuver à tout propos les jeunes enfants de lait, de tisane émollientes, d'eau sucrée, etc. Ces liquides ne sont nuisibles que par l'abus qu'on en fait.

Mais que dire des parents qui donnent à leurs enfants, encore à la mamelle, le vin, le café, le cidre, la bière, etc.?

Les habitants de nos faubourgs parisiens sont coutumiers de ces erreurs funestes à la population infantile.

Il suffit de signaler ces abus pour en montrer les dangers.

J'insiste beaucoup sur la quantité des boissons permises aux enfants, car la polydipsie, plus encore que la polyphagie, me paraît être la source habituelle de la dilatation de l'estomac et de la dyspepsie.

Si 400 grammes de liquide par jour suffisent à la rigueur pour un adulte (Bouchard), cette quantité suffira pour un enfant sevré et mangeant des aliments solides.

On doit chercher à atteindre cette limite et on défendra de boire en dehors des repas.

Le lait stérilisé est le meilleur liquide à employer dans la première enfance.

On interdira, aux enfants atteints d'urticaire ou de prurigo de Hebra, l'usage de la charcuterie, de la viande de porc, du gibier, des salaisons, des sauces épicées, des fromages salés, des choux, des poissons de mer et des crustacés (M. Vidal).

On essayera, à l'exemple de M. Bouchard, de faire l'antisepsie intestinale à l'aide du naphtol, qu'on donnera à la dose de 1 gramme, 1gr,50 chez les enfants, par prises de 20 centigrammes (une toutes les deux heures). On y ajoutera la strychnine (2 milligrammes par jour pour un enfant, 5 milligrammes pour un adulte).

Le traitement local a une grande importance :

L'usage des bains et des lotions vinaigrées (un quart de vinaigre pour trois quarts d'eau) échoue trop souvent.

Les frictions quotidiennes ou biquotidiennes avec la pommade tartrique (1 gramme ou 2 d'acide tartrique pour 40 grammes de vaseline ou de glycérolé d'amidon) sont plus efficaces.

Mais le traitement local qui a donné jusqu'à ce jour les résultats les plus encourageants, aussi bien pour l'urticaire chronique que pour le prurigo de Hebra, c'est l'emploi de l'huile de foie de morue.

Les frictions quotidiennes avec l'huile de foie de morue m'ont rendu de nombreux services dans la clientèle du Dispensaire de la Société philanthropique. On peut remplacer avantageusement ces frictions par le sparadrap à l'huile de foie de morue, dont on se sert à l'hôpital Saint-Louis.

L'usage interne de l'huile de foie de morue est également très utile dans la plupart des cas.

REVUE DES CONGRÈS

Congrès de médecine interne de Wiesbaden (avril 1889).

Description d'un nouveau bacille en forme de komma, par M. *Rosenfeld* (Breslau). — L'auteur l'a découvert dans le pus d'une pleurésie. Il en décrit les caractères physiques ainsi que les milieux de culture où il se développe. Il ne lui a trouvé aucune propriété pathogène, les diverses inoculations par voie sus-cutanée, dans la plèvre, dans l'abdomen, ainsi que l'ingestion dans l'estomac étant restées négatives.

De l'influence du sol sur la propagation de la tuberculose en Allemagne, par M. *Finkelnburg* (Bonn). — L'auteur a étudié les variations de la mortalité par tuberculose du sexe féminin dans les communes rurales : il a remarqué qu'il n'y a aucun rapport direct entre la densité de la population et la propagation de la tuberculose. Dans l'ouest et le sud de l'Allemagne où le sol est marécageux, la mortalité est plus grande. Sur le littoral elle est très faible ainsi que dans les montagnes où l'écoulement des eaux est facile. Dans les contrées malsaines les enfants et les adolescents sont plutôt influencés que les adultes.

Des différentes phases de la révolution cardiaque, par M. *de Ziemssen* (Munich). — L'auteur communique des tracés sphygmographiques d'un enfant chez qui le cœur était découvert par suite de la résection de la paroi de la poitrine. Il a, en outre, étudié l'influence que l'alcool, la digitale et le chloral exercent sur le cœur. Le temps de repos du cœur et de la contraction des oreillettes (qui coïncide avec le remplissage du cœur) est indiqué par une courbe doucement ascensionnelle. Cette phase a une durée variable, tandis que le temps de la contraction ventriculaire est assez constant.

Recherches sur la pression sanguine dans les cavités du cœur et les artères, par M. *Krehl* (Leipzig). — L'auteur a comparé sur le chien la pression du sang dans la racine de l'aorte, dans le ventricule gauche et l'aorte descendante. La pression dans le ventricule s'élève vite et tombe à zéro dès qu'elle a atteint le maximum. Dans l'aorte, la pression commence à s'élever un peu plus tard que dans le ventricule; quand elle arrive à la dépasser, les valvules semi-lunaires se ferment. Peu après on observe sur le tracé de l'aorte un deuxième maximum de pression, formé par l'onde « dicrote ». Celle-ci est, d'une façon générale, plus nette quand la pression est faible, parce qu'alors elle est plus grande, et plus éloignée du premier maximum. Quand la pression s'élève, comme dans le cas d'excitation après section de la moelle, l'ondée dicrote se produit avant que les valvules aortiques soient fermées. D'où il résulte que sa formation n'est en rapport ni avec le moment de la fermeture des valvules aortiques, ni avec leur occlusion.

Résultats des nouvelles méthodes de traitement de la tuberculose du larynx, par M. *Krause* (Berlin). — L'usage du laryngoscope a permis d'intervenir chirurgicalement. L'emploi de l'acide lactique donne des résultats satisfaisants dans le plus grand nombre des cas. On a exagéré la douleur que provoque son application, et qui se calme dès que l'ulcération est cautérisée. Il convient d'éviter les solutions trop concentrées. La trachéotomie donne aussi de bons résultats, mais il ne faut pas oublier que dans un grand nombre de cas la canule ne peut plus être supprimée. La méthode du curettement de Heryng est très favorable; sur 73 malades ainsi traités, 43 ont été guéris ou améliorés. Ce traitement est surtout indiqué dans les cas d'ulcères qui s'élargissent et d'infiltrations étendues, qu'il faut exciser avec une double curette.

Des échanges gazeux dans le diabète sucré, par M. *Léo* (Berlin). — Contrairement à l'opinion de Pettenkofer et de Voit, l'auteur conclut de ses recherches que la consommation d'oxygène et l'élimination de l'acide carbonique sont identiques chez

l'homme sain et le diabétique. Si l'élimination du sucre non oxydé est sans influence sur l'échange gazeux, cela tient à ce que, à la place du sucre, c'est la graisse et l'albumine qui sont décomposées. L'auteur considère comme inexacte la théorie d'Ebstein d'après laquelle la présence du sucre dans l'urine dépendrait de la diminution de l'acide carbonique dans le sang et dans les tissus; dans cette hypothèse, l'augmentation de l'acide carbonique déterminerait une diminution de la quantité de sucre. L'auteur a fait respirer à un diabétique de l'air chargé d'acide carbonique (ce qui, d'après Paul Bert, augmente l'acide carbonique des tissus) sans constater de changement dans la production du sucre.

Sur un cas de rhinosclérome, par M. *Laquer* (Wiesbaden). — L'auteur communique un cas de rhinosclérome qui a présenté des difficultés pour le diagnostic. Il s'agit d'une femme habituellement bien portante, non syphilitique, qui eut il y a deux ans au nez deux indurations d'une consistance cartilagineuse, cuivrées, à bords nettement limités, non ulcérées, non douloureuses et ne présentant aucun caractère inflammatoire; il n'y avait aucun engorgement ganglionnaire. L'examen microscopique a fait voir des bactéries caractéristiques du rhinosclérome, en partie des coccus et des diplococcus avec une enveloppe colloïde; en partie des bâtonnets courts et épais, ressemblant à ceux qui ont été décrits par Cornil et Alvarez, Paltauf et Eiselsberg.

Expériences sur l'origine du murmure vésiculaire, par M. *Dehio* (Dorpat). — L'auteur combat la théorie de Baas et Penzoldt pour qui le murmure vésiculaire serait produit par la respiration bronchique modifiée par le parenchyme pulmonaire rempli d'air, et par le passage de l'air à travers le larynx plus étroit. Il pense qu'il prend naissance dans le poumon même, et s'appuie sur l'expérience suivante :

Un poumon séché avec une injection de glycérine, élastique, dilatable, est gonflé par la trachée au moyen d'un soufflet. On supprime les bruits bronchiques en remplissant les bronches de ouate légère. En appliquant l'oreille sur le poumon on perçoit nettement le murmure vésiculaire tant que le poumon se dilate et que l'air pénètre dans les alvéoles. Le murmure vésiculaire se produit donc sans participation des bronches et du larynx.

De la déglutition d'air, par M. *Quincke* (Kiel). — Avaler de l'air en petites quantités est un phénomène normal; avaler de grandes quantités d'air pendant le repas ou en « avalant à vide » n'est pas sans inconvénients, et il peut en résulter de la dilatation de l'estomac. Les malades accusent des éructations plus ou moins pénibles. Parmi les causes, il faut citer le catarrhe pharyngé, la nervosité générale et l'usage du tabac à fumer; de plus l'air peut pénétrer dans l'estomac non par la déglutition, mais par aspiration de l'œsophage.

De la dyspnée cardiaque, par M. *de Basch* (Vienne). — L'auteur expose une théorie de la dyspnée cardiaque, qui est caractérisée par trois symptômes; non seulement par la respiration dyspnéique, comme on l'admet généralement, mais aussi par la diminution de l'effet utile de la respiration et par l'augmentation des dimensions des poumons. Celle-ci on peut la constater par la percussion, et la diminution de l'effet utile de la respiration, par la spirométrie. Ayant produit expérimentalement une dilatation du ventricule gauche chez un animal, l'auteur a vu se produire de la dyspnée avec augmentation des poumons, caractérisée par l'abaissement du diaphragme et le soulèvement du thorax. L'augmentation du volume des poumons dans la dyspnée cardiaque est produite par l'œdème des poumons qui sont surchargés de sang. La diminution de l'effet utile de la respiration peut s'expliquer par la rigidité des poumons, c'est-à-dire la diminution de leur élasticité.

Recherches sur les échanges organiques dans la cachexie carcinomateuse, par M. *Müller* (Bonn). — L'auteur a constaté chez les malades sans fièvre et sans œdème une élimination d'azote par les urines et les matières fécales plus considérable que la quantité apportée par l'alimentation. Il en résulte chez les uns un simple état d'inanition, et chez d'autres une décomposition considérable de l'albumine. Dans les cas qui se sont terminés par du coma, il y eut une diminution brusque dans l'élimination de l'azote et on put, comme dans l'urémie, rattacher le coma carcinomateux à une auto-intoxication, par rétention des produits azotés septiques.

Des pneumonies a streptococcus, par M. *Finkler* (Bonn). — Il y a des pneumonies causées par des streptococcus, souvent secondaires, plus rarement primitives. Elles présentent des symptômes qui permettent de les distinguer pendant la vie. Elles sont lobulaires, à foyers multiples, qui quelquefois se rejoignent. L'inflammation est non fibrineuse, mais interstitielle. Des manifestations typhiques se montrent, qui sont produites par un empoisonnement par des ptomaïnes. Ces pneumonies sont contagieuses et d'un caractère malin. Elles sont probablement épidémiques, comme chez les animaux, et représentent peut-être le véritable érysipèle des poumons.

Sur un cas de rhinite fibrineuse, par M. *Seifert* (Wurzbourg). — L'auteur rapporte le cas d'un jeune homme qui, à la suite d'une pneumonie fibrineuse, fut atteint d'un exsudat analogue sur toute l'étendue de la muqueuse respiratoire, et principalement sur la muqueuse nasale. Il ne s'agissait pas de diphthérie. L'exsudat était parsemé d'un grand nombre de coccus.

De l'alcalescence du sang dans les maladies, par M. *Kraus* (Prague). — Dans une série de maladies fébriles infectieuses, l'auteur a régulièrement trouvé une diminution de l'acide carbonique dans le sang veineux. L'auteur a examiné trois cas de coma diabétique : dans deux de ces cas, il y avait une diminution considérable de l'acide carbonique en même temps que de l'élimination d'acide butyrique; dans le troisième où celle-ci faisait défaut, le sang a conservé pendant le coma sa richesse normale en acide carbonique. Il a également trouvé une diminution dans un cas d'empoisonnement par le phosphore, mais dans un cas de leucémie elle fut très légère, et dans deux cas de chlorose la richesse en acide carbonique ne fut pas changée.

Contribution a l'étude du diagnostic et du traitement de la prostatite chronique, par M. *Posner* (Berlin). — Un grand nombre de prostatiques sont considérés comme des neurasthéniques, jusqu'à ce qu'on ait fait un examen local. A côté du toucher, il importe d'examiner le liquide prostatique au microscope; à l'état normal il renferme des globules de lécithine, des cellules épithéliales, et constamment, par l'addition de phosphate d'ammoniaque, de beaux cristaux appelés cristaux spermatiques. La présence de cellules rondes (Rundzellen) est pathologique. Le traitement doit surtout consister dans le repos et dans des ménagements; il doit aussi être moral. Il convient de prescrire un régime fortifiant, de ne pas abuser des purgatifs; les suppositoires iodoformés et belladonés à la fois sont utiles.

Comment la petite circulation se comporte sous l'action de la digitale, par M. *Openchowsky* (Dorpat). — La petite circulation forme un système tout à fait indépendant, et les substances qui agissent sur la grande circulation n'ont aucune action sur la petite tant que le cœur droit lui-même ne reçoit pas plus ou moins de sang. La diminution de la pression que le curare, le nitrite d'amyle, l'hydrate de chloral exercent dans la grande circulation ne se fait pas sentir dans la petite. La digitaline et l'helléborine n'agissent que sur le cœur gauche et son système de vaisseaux, et n'exercent pas d'influence sur le cœur droit ni sur les vaisseaux pulmonaires. L'artère coronaire gauche, sous leur influence, se remplit davantage et devient plus large, tandis que du côté droit on n'observe rien de pareil; de même le cœur droit bat deux fois plus vite que le gauche. On peut ainsi expliquer certains phénomènes cliniques : si la digitale agissait également sur les deux moitiés du cœur, rien ne serait changé dans son fonctionnement, et malgré un travail exagéré, il ne pourrait faire passer une plus grande quantité de sang de la petite circulation dans la grande.

Du massage électrique, par M. *Mordhorst* (Wiesbaden). — Dans le plus grand nombre des affections chroniques, d'origine traumatique ou rhumatismale, il existe un engorgement des vaisseaux lymphatiques, que l'on combat par l'hydrothérapie, le massage, l'électricité. L'auteur a combiné ces deux derniers moyens, en employant des rouleaux élastiques de forme variable, où aboutissent les électrodes d'un appareil à courant continu. Il a employé ce moyen dans des traumatismes, des rhumatismes, des névralgies, des synovites, et il a obtenu dans 33 cas, 23 guérisons complètes.

De l'emploi d'un flacon aspirateur de Bunsen pour l'aspiration des exsudats pleurétiques, et comme moyen d'obtenir

UN MEILLEUR DÉPLISSEMENT DES POUMONS APRÈS L'OPÉRATION DE L'EMPYÈME, par M. *Storch* (Copenhague). — Si, après l'opération, le poumon ne se déplisse pas, c'est parce qu'il est comprimé par l'atmosphère; on arriverait peut-être à un meilleur résultat en le soumettant à une pression plus faible. L'opération étant faite et le drain en place, on recouvre l'incision d'une tetterelle (analogue à celle qu'emploient les nourrices) et dont le tube est mis en communication avec l'appareil aspirateur. Dans un cas pareil l'auteur a vu le poumon se distendre d'abord; malheureusement pendant la nuit le tube fut comprimé, l'aspiration cessa, et le poumon se rétracta de nouveau.

Er. W.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE 1889.

REMARQUES SUR LES DIASTASES SÉCRÉTÉES PAR LE *Bacillus heminecrobiophilus* DANS LES MILIEUX DE CULTURE, par M. *Arloing*. — D'une série de recherches sur le *Bacillus heminecrobiophilus*, l'auteur déduit les conclusions suivantes :

1° Ce bacille sécrète dans les cultures plusieurs ferments solubles, qui lui permettent de préparer pour l'assimilation toutes les substances organiques nécessaires à la nutrition et au développement d'un être vivant. Cette conclusion n'est pas excessive; car pourquoi refuserions-nous à un microbe, qui au fond est une cellule végétale, les prproiétés que possèdent quelques cellules glandulaires ? Le protoplasma ayant toujours les mêmes exigences, à l'intensité près, doit avoir partout les mêmes aptitudes fonctionnelles. Seulement il les manifeste plus ou moins, ou en plus ou moins grand nombre, suivant le milieu où il vit.

2° Parmi ces ferments, ou à côté d'eux, il en est un qui dissout le tissu conjonctif anémié et transforme les matières organiques, en dégageant des gaz, c'est-à-dire ajoute à son pouvoir une modalité attribuée jusqu'à ce jour aux micro-organismes et non à leurs sécrétions.

SUR LA VARIABILITÉ DE L'ACTION DES MATIÈRES VIRULENTES, par M. *G. Colin*. — L'auteur s'efforce de démontrer que chaque espèce animale constitue un milieu tantôt favorable, tantôt impropre à l'évolution de tel ou tel état morbide virulent et que même, dans l'organisme, il semble exister des milieux favorables et des milieux plus ou moins réfractaires au développement du virus.

Il est, en effet, des animaux réfractaires à la septicémie généralisée et qui ne contractent, par l'inoculation, que des septicémies locales ou même qui reçoivent impunément au foyer de l'inoculation des quantités relativement considérables de matière virulente qui y reste localisée.

Il y a donc, dit-il, trois variantes nettement caractérisées dans les effets des inoculations septiques, savoir la septicémie généralisée qui tue en rendant virulente la totalité de l'économie; la septicémie locale qui donne seulement la virulence aux liquides du foyer sans altérer les autres, enfin la septicémie stérile sans extension ni régénération des agents introduits.

De même pour le charbon. L'inoculation de la maladie tue rapidement certains animaux, ne détermine chez d'autres que la pustule maligne grave ou l'œdème malin qui s'éteignent sur place ou quelquefois donnent naissance à une infection secondaire, enfin dans un troisième groupe d'animaux ne donne naissance qu'à des tumeurs circonscrites ou à des plaques phlegmoneuses légères sans extension.

Enfin la tuberculose, dont les formes sont si variées et l'évolution ordinairement si lente, témoigne, non moins que les deux maladies précédentes, des diversités de milieu parmi les animaux, même les plus rapprochés, et de la diversité, de l'autonomie des petits milieux sur le même animal.

Les expériences de M. G. Colin lui ont prouvé que certains animaux deviennent très vite et très rapidement tuberculeux, tandis que d'autres n'éprouvent, à la suite de l'inoculation, qu'une faible réaction sans production tuberculeuse locale.

Chez tous les animaux d'ailleurs, les divers tissus, les divers organes, sont aussi des milieux, les uns propres, les autres réfractaires à l'évolution du tubercule. Les ganglions lymphatiques, les poumons, chez les mammifères, puis, dans l'ordre de décroissance, la rate, le foie, les reins, la muqueuse intestinale, les séreuses splanchniques, les capsules articulaires et les os se prêtent à cette évolution qui, chez les oiseaux, a lieu dans le foie, la rate et quelques autres points, à l'exclusion du poumon.

Ces faits confirment ceux que M. Bouchard a récemment exposés ainsi que les idées doctrinales qu'il en a déduites.

Académie de médecine.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 10 DÉCEMBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

Après la lecture par M. *Féréol*, secrétaire annuel, du rapport général sur les prix décernés en 1889, M. *le Président* fait l'énumération de ces prix et indique les prix proposés pour les années 1890, 1891 et 1892. La séance est terminée par l'*Eloge de M. Fonssagrives*, prononcé par M. *Rochard* (voy. p. 801).

PRIX DÉCERNÉS EN 1889.

PRIX DE L'ACADÉMIE (1000 francs). — Question : *Physiologie du nerf pneumogastrique*. L'Académie accorde: 1° une mention honorable avec une somme de 800 francs, à MM. les docteurs G. ARTHAUD et Lucien BUTTE; 2° un encouragement de 200 francs à M. le docteur Charles LIVON (de Marseille).

PRIX ALVARENGA (800 francs). — L'Académie décerne : 1° un prix de 500 francs à MM. les docteurs VIAULT et JOLYET (de Bordeaux), pour leur *Traité élémentaire de physiologie humaine*; 2° un encouragement de 300 francs à M. le docteur ROUX, pour son *Traité des maladies des systèmes lymphatique et cutané;* 3° une mention honorable à M. le docteur PINEAU (d'Oléron), pour son *Etude pathogénique et clinique d'une épidémie complexe de paludisme;* 4° une mention honorable à M. le docteur SICARD (de Béziers), pour son mémoire intitulé : *Contribution à l'étude bactériologique de la variole.*

PRIX BARBIER (2300 francs). — L'Académie partage également le prix entre M. POURQUIER (de Montpellier), pour ses *Recherches sur l'atténuation du virus de la variole ovine;* et M. le docteur WIDAL (de Paris), pour ses *Etudes sur l'infection puerpérale, la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle.*

PRIX HENRI BUIGNET (1500 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur A. IMBERT (de Montpellier), pour son ouvrage sur: *Les anomalies de la vision.*

PRIX CAPURON (1000 francs). — Question : *Des diverses méthodes et des procédés d'exécution de l'opération césarienne.* L'Académie décerne le prix à M. le docteur BERLIN (de Nice). Une mention très honorable est en outre accordée à M. le docteur Emile BLANC (de Lyon).

PRIX CIVRIEUX (800 francs). — Question : *Des troubles de la sensibilité dans le tabes.* L'Académie accorde : 1° une mention honorable avec une somme de 500 francs à M. le docteur GERMAIX, aide-major de 1re classe au 154e régiment d'infanterie, à Commercy (Meuse); 2° une mention honorable à M. le docteur BERNARD (de Dinard-les-Bains).

PRIX DAUDET (1000 francs). — Question : *Des néoplasmes congénitaux.* L'Académie décerne le prix à M. le docteur Hector CRISTIANI (de Genève).

Prix Desportes (1300 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde les encouragements suivants: 1° 800 francs à M. Dupuy, pharmacien à Mauriac (Cantal), pour son étude sur les *Alcaloïdes;* 2° 500 francs à MM. les docteurs De Beurmann et Villejean, pour leur ouvrage intitulé : *Des injections hypodermiques de quinine ;* une mention honorable a été accordée, en outre, à M. le docteur E. Duval (de Paris), pour son *Traité pratique et clinique d'hydrothérapie.*

Concours Vulfranc Gerdy. — MM. Boutarel et Lamarque, ayant rempli leur mandat à la satisfaction de la Commission des eaux minérales, l'Académie leur a décerné à chacun le titre de lauréat (*prix d'hydrologie*), et en outre, une somme de 500 francs pour chaque rapport déposé.

MM. Gauly et Gresset, nommés stagiaires au dernier concours, ont été dirigés sur les stations thermales suivantes : M. Gauly, à Salies-de-Béarn, et M. Gresset, à Micrs ; ils ont reçu chacun 1500 francs pour ces missions.

Prix Godard (1000 francs). — L'Académie partage le prix entre M. le docteur L.-H. Petit, bibliothécaire adjoint à la Faculté de médecine de Paris, pour son ouvrage intitulé : *Des tumeurs gazeuses du cou*, et M. le docteur Jules Bœckel, chirurgien des hôpitaux civils de Strasbourg, pour son travail ayant pour titre : *De la résection du genou; Etude basée sur une série de 64 observations personnelles, dont 47 inédites.*

Prix Huguier (3000 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Cazin, chirurgien de l'hôpital de Berck, pour son mémoire sur *les fistules vésico-vaginales.*

Prix de l'hygiène de l'enfance (1000 francs). — Question : *De la croissance au point de vue morbide.* Le prix de 1000 francs est décerné à M. le docteur Fiessinger, médecin à Oyonnax (Ain). L'Académie accorde, en outre : 1° un encouragement de 400 francs à M. le docteur Jules Comby (de Paris) ; 2° un encouragement de 400 francs à M. le docteur Camille Darolles, de Provins (Seine-et-Marne) ; 3° une mention très honorable à M. le docteur Louis Barbillion (de Paris).

Prix Laborie (5000 francs). — L'Académie partage le prix de la manière suivante : 1° un prix de 2500 francs à M. le docteur Tuffier, chirurgien des hôpitaux de Paris, pour ses *Etudes expérimentales sur la chirurgie du rein ;* 2° un prix de 1500 francs au mémoire portant la devise suivante : *En tout, l'expérience vient en aide à l'observation clinique.* Les auteurs de ce travail sont MM. les docteurs Chauvel, professeur au Val-de-Grâce ; Nimier, agrégé au Val-de-Grâce ; Breton, médecin-major au 89° de ligne ; Pesme, aide-major au même régiment ; 3° un encouragement de 1000 francs à M. le docteur Marguet (de Paris), pour son ouvrage sur *les kystes hydatiques des muscles volontaires, histoire naturelle et clinique ;* 4° une mention honorable à M le docteur Poupinel (de Paris), pour son mémoire sur *la stérilisation des instruments de chirurgie par la chaleur sèche.*

Prix Laval (1000 francs). — Le prix est décerné à M. Touvenaint, élève en médecine de la Faculté de Paris.

Prix Louis (4000 francs). — Question : *Des médications antithermiques.* L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde, à titre d'encouragement, une somme de 500 francs à M. le docteur Léon Petit (de Paris).

Prix Meynot (2600 francs). — L'Académie décerne : 1° un prix de 2000 francs à M. le docteur E. Hocquard, médecin-major de 1re classe au 4e de ligne, pour ses *Recherches anatomiques, physiologiques et pathologiques sur l'appareil accommodateur ;* 2° une récompense de 600 francs à M. le docteur Tscherning (de Paris), auteur d'un mémoire intitulé : *Recherches sur quelques parties de la dioptrique oculaire.*

Prix Adolphe Monbinne (1500 francs). — La somme de 1500 francs est partagée de la manière suivante : 1° un prix de 1000 francs à M. le docteur Edouard Boinet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, pour ses *Recherches microbiennes et expérimentales faites au Tonkin en* 1887-1888 ; 2° un prix de 500 francs à M. le docteur Paul Raymond (de Paris), pour son mémoire sur *l'Enseignement de la dermatologie et de la syphiligraphie en Allemagne et en Autriche ;* 3° une mention honorable a été, en outre, accordée à M. le docteur Baratoux (de Paris), pour son rapport adressé à M. le ministre de l'instruction publique, sur *l'Enseignement des maladies de l'oreille, du larynx et du nez aux Etats-Unis et au Canada.*

Prix Oulmont (1000 francs). — Le prix est décerné à M. Widal, interne en médecine des hôpitaux de Paris, médaille d'or au concours de cette année. Par suite des modifications apportées au concours des prix de l'Internat (médaille d'or), le prix Oulmont sera décerné alternativement à l'interne en médecine et, l'année suivante, à l'interne en chirurgie.

Prix Portal (800 francs). — Question : *De l'anatomie et de la physiologie pathologiques des capsules surrénales.* Le prix est décerné à MM. les docteurs Henri Azelais (de Marseille) et François Arnaud (de Marseille).

Prix Vernois (700 francs). — L'Académie décerne : 1° le prix à M. Neumann, professeur à l'Ecole de médecine vétérinaire de Toulouse, pour son *Traité des maladies parasitaires non microbiennes des animaux domestiques;* 2° une mention honorable à M. le docteur Fleury, de Saint-Etienne (Loire), pour son *Compte rendu du bureau municipal d'hygiène et de statistique pendant les années* 1884, 1885, 1886 *et* 1887.

Service des eaux minérales. — 1° *Médaille d'or à* M. le docteur Japhet (de Paris), président de la Société d'hydrologie.

2° *Rappels de médailles d'or à :* MM. les docteurs Caulet (de Saint-Sauveur) ; Tillot, de Luxeuil (Haute-Saône).

3° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Lavielle (de Dax) ; Poncet (de Vichy), et Royer (de Challes).

4° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Bourgarel (de Pierrefonds) ; Boyer (de Cauterets), et Grimaud (de Barèges).

5° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs Nicolas (du Mont-Dore) ; de Pietra Santa (de Paris), et Rodet (de Vittel).

6° *Rappels de médailles de bronze à :* MM. les docteurs Deligny (de Saint-Gervais), et Lafosse (de Vals).

Service des épidémies. — 1° *Médaille d'or* à M. le docteur Bertrand (E.-L.), professeur d'hygiène à l'Ecole navale de Toulon.

2° *Rappel de médaille d'or* à M. le docteur Coustan, médecin-major de 1re classe au 122° régiment d'infanterie.

3° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs G. André, professeur à l'Ecole de médecine de Toulouse ; E. André, médecin-major ; Dardignac et Collignon, médecins-majors ; Fiessinger, médecin à Oyonnax ; Fonsart, médecin-major de 2e classe, et Ehrmann, pharmacien à Saint-Quentin ; Geschwind, médecin-major du 2e régiment de tirailleurs ; Hahn, bibliothécaire en chef à la Faculté de médecine de Paris ; Michaux, médecin-major de 1re classe au 6e régiment d'infanterie ; Pedrono, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lorient ; Renard, médecin principal de 1re classe.

4° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Aubert, médecin-major de 1re classe ; Botrel (de Saint-Malo) ; Ernest Durand (de Marseillan) ; Senut, médecin-major de 1re classe au 19e régiment d'artillerie à Nîmes ; Sicard, de Béziers (Hérault).

5° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs Bard, médecin des hôpitaux de Lyon ; Bartoli, médecin des épidémies de l'arrondissement de Calvi ; Bordas (Frédéric), préparateur au laboratoire de toxicologie de la Faculté de médecine de Paris ; Demeunynck, médecin-major au 6e escadron du train des équipages, à Orange ; Lafforgue, aide-major au 102e régiment d'infanterie ; Marty, de Fleury (Aude) ; Penant, médecin des épidémies de l'arrondissement de Vervins ; Saussol (de Montpellier) ; Tartière (Emile), médecin-major au 2e régiment de hussards.

6° *Rappels de médailles de bronze à :* M. Jenot, médecin à Dercy (Aisne) ; M. le docteur Neis (de Pont-Croix).

Service de l'hygiène de l'enfance. — 1° *Médailles de vermeil à :* M. le docteur Blache (de Paris), inspecteur des enfants protégés ; M. Fleury, inspecteur des enfants assistés et protégés du département du Cher ; M. Jenot, médecin à Dercy (Aisne), inspecteur des enfants assistés et protégés ; M. le docteur Séjournet, de Revin (Ardennes).

2° *Rappel de médaille de vermeil à* M. le docteur Ledé, médecin-inspecteur des enfants protégés à Paris.

3° *Médailles d'argent à :* M. le docteur Bertherand, à Alger ; M. Delage, inspecteur des enfants assistés du département de la Gironde ; M. le docteur Durand-Desmons, inspecteur des enfants assistés du département de Seine-et-Marne ; M. Fonné, inspecteur des enfants assistés du département du Tarn ; M. Le-

Limouzin, inspecteur des enfants assistés du département du Calvados ; M. Sourd, inspecteur des enfants assistés du département de la Nièvre ; M. Thiébault, inspecteur des enfants assistés du département de la Meuse ; M. le docteur Verrier (de Paris).

4° *Médailles de bronze à :* M. Audoin, inspecteur des enfants assistés et protégés du département de la Savoie ; M. le docteur Berlin (de Nice) ; M. Burlet, inspecteur des enfants assistés et protégés du département de la Drôme ; M. Galaud, inspecteur des enfants assistés et protégés du département des Hautes-Alpes ; MM. les docteurs Golay, à Genève ; Raymond (Paul) (de Paris) ; M. Rollet, inspecteur des enfants assistés et protégés du département de l'Ain ; M. Savouré, inspecteur des enfants assistés et protégés du département de l'Eure.

Service de la vaccine. — 1° Le *prix de* 1500 *francs* est distribué de la manière suivante : 500 francs à partager également entre MM. les docteurs Léon Canolle et Pujol ; 500 francs à M. le docteur Henry Girard, et 500 francs à M. le docteur Layet (de Bordeaux).

2° *Quatre médailles d'or à :* Mlle Bauduin, sage-femme à Vannes (Morbihan) ; MM. les docteurs Boyer (J.), médecin conservateur du vaccin à Lyon ; Chonneaux-Dubisson, médecin de l'hôpital de Villers-Bocage (Calvados) ; Coiffier, médecin au Puy (Haute-Loire).

Plus 100 médailles d'argent à des vaccinateurs.

(A suivre.)

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. LE DENTU.

Traitement du prolapsus rénal : MM. Verneuil, Delens, Routier, Schwartz, Segond. — Hystéropexie : MM. Roux (de Lausanne). — Présentation d'instruments : M. Créquy.

M. *Verneuil* avait il y a quelques mois dans son service deux malades atteints de *prolapsus grave du rectum*, et, après avoir vainement essayé les diverses méthodes dites de douceur, il résolut de s'adresser à des opérations plus sérieuses. Pour les motifs que nous avons déjà exposés (voy. *Gazette*, p. 706), il n'avait guère confiance dans l'extirpation (réservée d'après lui aux prolapsus irréductibles) ; les divers procédés classiques qui cherchent à rétrécir l'anus en arrière (Robert), les opérations de Lange, de Duret, de Schwartz, sont sans action sur les moyens de suspension du rectum. Or c'est cette suspension qu'il faut viser, et pendant que M. Jeannel proposait la colopexie, après laparatomie, M. Verneuil imaginait une *procto pexie inférieure* pour relever et suspendre la paroi postérieure, libérée, du rectum. Son procédé est le suivant.

On détermine d'abord, en arrière, l'arc de cercle dont on croit devoir rétrécir l'anus anormalement large. Cet arc étant bien symétrique par rapport à la ligne médiane, on fait de chaque côté, sur le prolongement de la corde qui le sous-tend, une incision longue d'environ 3 centimètres. Puis, de l'extrémité de chacune de ces incisions à la pointe du coccyx, on trace deux autres incisions. On a ainsi dessiné un triangle cutané qui adhère par sa base antérieure, exactement transversale. Ce triangle est disséqué à sa face profonde et rabattu en avant autour de son bord antérieur faisant charnière, et l'on a ainsi sous les yeux la région ano-coccygienne largement ouverte. Après une dissection facile entre le rectum et la face antérieure du sacrum on a libre accès sur une grande hauteur de la face postérieure du rectum. Alors, avec une aiguille à grande courbure, celle d'Emmet pour la périnéorrhaphie par exemple, on passe quatre fils exactement transversaux dans l'épaisseur de la paroi intestinale. Vu l'épaisseur des tuniques, il est aisé de cheminer sans perforer la muqueuse. Les chefs de ces fils sortant par la plaie ano-coccygienne, on comprend que la striction de ces anses à concavité inférieure ne pourrait pas suspendre le rectum. Mais il est aisé de donner à ces anses une concavité supérieure, en les faisant ressortir plus ou moins haut sur les côtés du sacrum. Résultat facile à obtenir à l'aide de la grande aiguille courbe. Cela fait, tendons les fils, et il va sans dire que, l'anse étant ainsi raccourcie, la ligne courbe devient droite et que la paroi postérieure du rectum sera élevée d'autant. Les fils sont noués deux à deux et serrés sur un rouleau de gaze iodoformée disposé le long de la ligne que constituent les ponctions faites contre le bord du sacrum. Cela fait, l'anus est rétréci de l'arc compris entre les deux incisions latérales ; le lambeau triangulaire est rabattu sur la région qu'il recouvrait avant l'opération et le tout est suturé, après mise d'un drain entre le rectum et le sacrum, pour que le long de ce drain se constitue une colonne inodulaire résistante.

Un jeune homme opéré de la sorte reste guéri depuis quatre mois. Mais chez une jeune femme, dont le sphincter il est vrai est d'une flaccidité extrême, la récidive ne se fit pas attendre. Elle commença par la paroi antérieure : aussi M. Verneuil dédoubla-t-il la cloison recto-vaginale et tamponna la brèche à la gaze iodoformée pour obtenir des adhérences. La guérison ne se maintint pas. M. Ricard pratiqua alors l'excision du prolapsus. Nouvelle récidive, que M. Verneuil tenta de combattre par la colopexie simple ; mais la malade est encore en voie de récidive. Peut-être M. Verneuil va-t-il la soumettre à l'opération qui a si bien réussi entre les mains de M. Schwartz.

M. *Delens* a mis en œuvre deux fois la méthode d'Allingham. On badigeonne à l'acide nitrique fumant la muqueuse herniée et après réduction on bourre le rectum de tampons qu'on laisse huit à dix jours en place. On provoquerait ainsi une inflammation adhésive salutaire. Les résultats immédiats ont été bons, mais M. Delens n'a pas suivi pendant longtemps ses malades. D'autre part il a reculé une fois devant ce badigeonnage pour un prolapsus très volumineux.

M. *Segond* a vu la malade de M. Verneuil ; elle est incontestablement très améliorée. Il se demande s'il ne serait pas souvent indiqué de faire précéder la colopexie de l'excision, tout comme il est souvent bon d'amputer le col utérin hypertrophié avant de recourir à l'hystéropexie. Mais M. *Verneuil* fait remarquer qu'il n'y a pas hypertrophie, et que d'ailleurs l'excision faite par M. Ricard a précédé la colopexie.

M. *Routier* a revu la malade dont il a parlé à la dernière séance. Elle est restée guérie pendant un an, puis en octobre dernier la récidive a débuté à l'occasion d'une poussée d'entérite peut-être tuberculeuse.

M. *Nélaton* admet que le malade auquel M. Segond a pratiqué l'excision est guéri ; mais il fait remarquer que ce prolapsus était probablement causé par un rétrécissement. Dès lors, la cause une fois enlevée l'effet a cessé. Cela ne prouve pas que la méthode soit bonne pour les prolapsus qui ne sont liés ni à un rétrécissement ni à une tumeur.

M. *Segond* n'est nullement convaincu que chez son malade le rétrécissement fût congénital et eût causé le prolapsus.

— M. *Roux* (de Lausanne) adresse une observation d'*hystéropexie* où il a constaté, après avoir ouvert le ventre, qu'il y avait une anse intestinale en avant de l'utérus, bien qu'avant l'opération, et jusqu'à l'ouverture du péritoine, il ait cru pouvoir exclure cette idée, si bien qu'il avait failli recourir à l'hystéropexie sans laparatomie. Il condamne donc cette opération.

— M. *Créquy* présente : 1° des instruments pour l'extraction de corps étrangers de l'œsophage et de l'urèthre ; 2° un appareil à chloroformisation.

Société de biologie.

SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. DUCLAUX, VICE-PRÉSIDENT.

Emploi du chlorure de zinc pour fixer les éléments anatomiques : M. de Grandmaison (Discussion : MM. Retterer et Dumontpallier). — Action de la caféine sur le système nerveux et musculaire : MM. Lapicque et Parisot. — Signification morphologique des globules polaires : M. Giard. — Moyen expérimental de produire le décollement de la rétine et conséquences qu'on en peut tirer au point de vue du diagnostic et du traitement : M. Nicati.

M. *de Grandmaison* a reconnu qu'au moyen de solutions aqueuses contenant 1/4 ou 1/5 de chlorure de zinc on peut obtenir la fixation des éléments anatomiques aussi bien que par les procédés actuels qui emploient l'alcool.

M. *Retterer* demande si le séjour dans la solution ne détruit pas le résultat tout d'abord obtenu.

M. *de Grandmaison* n'a pas encore fait d'expériences de longue durée, mais M. *Dumontpallier* fait remarquer que dans les eschares qu'il détermine au moyen de la pâte de Canquoin dans les cas d'endométrite, les éléments sont conservés avec leurs formes pendant cinq à six mois.

— MM. *Lapicque* et *Parizot* ont constaté, après Sehmiedberg, que l'action de la caféine différait suivant qu'on l'administrait à la grenouille rousse ou à la grenouille verte. L'action de la caféine est localisée dans les muscles chez la grenouille rousse, car les contractions généralisées qu'on observe ne changent pas de caractère quand on détruit la moelle, tandis que chez la grenouille verte, la contraction musculaire qui présente un caractère tout particulier quand on excite le nerf, encore en connexion avec la moelle, revient au type normal quand ces connexions sont supprimées. La contraction présente les mêmes particularités quand on excite les muscles d'une patte isolée du tronc par une ligature avant l'injection de caféine. La caféine ne produit pas les mêmes effets quand elle est injectée dans un muscle ou dans le tissu cellulaire. Dans le premier cas l'action est localisée, dans le second elle est générale, et cela, quelle que soit l'espèce de grenouille mise en expérience, ce qui ne permet pas de se ranger à l'avis de Schmiedberg qui explique les divergences entre les résultats obtenus dans ses expériences par des différences dans les propriétés chimiques du muscle des deux espèces de grenouilles.

— M. *Giard* fait remarquer qu'une note de M. Maupas sur le rajeunissement caryogamique des infusoires ciliés, n'apporte aucun argument contraire à l'opinion par lui émise relativement à la signification morphologique des globules polaires des métazoaires. Les infusoires ciliés ne peuvent être regardés comme des protozoaires types, ils constituent plutôt une branche divergente des protozoaires qu'un lieu de passage aux métazoaires, et l'assimilation que M. Maupas tend à établir entre certains globules et le globule polaire ne lui paraît pas tout à fait juste.

— M. *Nicati* adresse à la Société une note sur un moyen expérimental de produire le décollement de la rétine et les conséquences qu'on en peut tirer pour le diagnostic et le traitement.

Erratum. — Dans le compte rendu de la précédente séance (p. 797) au lieu de *Bataille* et *Berlin*, lire *Bataille* et *Berdat*.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE.

Cancer du larynx. — M. B. Fraenkel (1) étudie les formes de début du cancer du larynx et les conséquences pratiques de la précocité du diagnostic.

(1) B. Fränkel, *Der Kehlkopfkrebs, seine Diagnose und Behandlung* (*Deuts. med. Woch.*, 1889, n°s 1 à 6, p. 1, 28, 50, 68, 87, 109).

Le cas le plus fréquent est le début sur une corde vocale, et là il y a deux formes : dans l'une, la tumeur est bien limitée (*carcinoma polypoides*); dans l'autre, elle est diffuse (*carcinoma diffusum*). La forme polypoïde ressemble d'abord tout à fait à une tumeur bénigne, dont elle a d'ailleurs les symptômes fonctionnels. Quelquefois pédiculisé, ce cancer est le plus souvent sessile. On dit souvent que, dès le début, sa surface est rouge; en réalité, elle est identique à celle des tumeurs bénignes. Parfois cependant on observe des amas épithéliaux sous forme de points blancs, opaques; cet aspect est caractéristique. Quoi qu'on en ait dit, l'immobilisation de la corde vocale malade n'est pas plus rapide dans le cancer que dans les autres tumeurs. Quelquefois, la surface est papillomateuse. Dans le carcinome diffus, qui tend moins que le précédent à envahir en profondeur, mais gagne davantage en surface, le début est à peu près identique à tous les épaississements de la muqueuse, et en particulier la ressemblance est grande avec certains catarrhes, avec la pachydermie décrite par Virchow. Ici encore, malgré Semon, la corde malade conserve sa mobilité, sauf quand la tumeur occupe sa partie postérieure, près de l'aryténoïde ; mais alors l'immobilisation est la même, que la tumeur soit bénigne ou maligne. Si le carcinome diffus ressemble objectivement à un gonflement inflammatoire chronique, localisé, la forme polypoïde ne diffère souvent du fibrome que par des nuances difficiles à percevoir. D'autre part, dans un cas comme dans l'autre, la syphilis, la tuberculose, peuvent produire des lésions objectivement analogues; et plus tard, à la période d'ulcération, de périchondrite, ces causes d'erreur persistent. Pour les cas douteux, on peut établir le diagnostic lentement, par une étude prolongée de la marche, de l'action du traitement antisyphilitique; par la recherche fréquente des bacilles, des parcelles néoplasiques dans les crachats. Tous ces moyens doivent être employés, mais on ne s'y attardera point. Si l'efficacité du traitement pierre de touche n'est pas d'une très grande rapidité, on aura recours sans plus attendre à l'examen histologique d'un fragment enlevé à la pince coupante; manœuvre inoffensive, quoi qu'on en ait dit. L'examen histologique donne des résultats fort importants, à condition qu'on ait soin de faire les coupes bien perpendiculaires à la surface muqueuse. D'après Fränkel, le cancer polypoïde répond à la forme anatomique, appelée par Waldeyer *carcinoma keratoides;* le cancer diffus, au *carcinoma simplex* du même auteur.

Cet examen n'est pas toujours possible. Ainsi, on ne peut se procurer le fragment nécessaire quand on est en présence d'un cancer qui, encore inclus dans le ventricule de Morgagni, se borne à soulever la corde supérieure et le ligament ary-épiglottique. En pareille circonstance, le diagnostic est très difficile avec une gomme syphilitique de même siège: il faudra donc essayer avec soin le traitement spécifique.

A la période d'ulcération, rien de bien spécial sur les symptômes, le diagnostic. Quand un cancer cause une périchondrite avec nécrose des cartilages, Fränkel signale un cas où l'erreur est possible avec une périchondrite primitive: c'est lorsque la nécrose relève d'un cancer pharyngien, situé à la partie inférieure du cricoïde et dès lors inaccessible à l'examen laryngoscopique, par lequel, en effet, on ne voit que le haut du pharynx laryngien.

Lorsque le diagnostic a été posé avec une précocité suffisante, Fränkel affirme que l'ablation par la méthode endolaryngée peut être curative. Déjà, il a publié en 1886 l'histoire d'un malade guéri depuis 1884, à la suite de quatre extirpations échelonnées de 1881 à 1884. A ce propos, Gottstein, Krönlein, ont insisté sur le peu de sécurité que donne cette pratique. Or Fränkel continua à suivre son premier opéré guéri, et il a recueilli cinq nouvelles observations, qui se décomposent en: une récidive après deux ans de guérison ; deux guérisons se maintenant depuis six et dix-huit mois ; une sans renseignements ultérieurs; une où l'opération fut impossible. Donc, si la tumeur est encore bien limitée, la méthode endolaryngée peut permettre l'extirpation de tout le tissu morbide; il faut seulement choisir avec discernement les cas qu'on attaquera de la sorte.

Avant de résumer les indications du traitement palliatif dans le cancer inopérable, Fränkel résume les statistiques de Schreier (*Deuts. med. Woch.*, 1888, n° 43) sur l'extirpation partielle (23 cas : 5 morts en six semaines ; 4 morts en trois mois; 1 en seize mois; 13 guérisons, dont 8 récentes et 5 ayant plus de quatorze mois de date) et l'extirpation totale (68 cas avec

23 morts en six semaines et 9 guérisons durables) et rappelle l'observation où H. Schmid, Landois et Strübing, ont eu, sans prothèse, des résultats fonctionnels remarquables; un fait analogue est dû à Störck.

L'observation de H. Schmid (1) à laquelle Fränkel fait allusion a été communiquée par l'auteur à la Société médicale de Greifswald en août 1888. Le résultat phonétique est remarquable. L'extirpation totale avait été pratiquée le 8 octobre 1886 par Ziegel. Si nous rappelons cette observation, c'est que le malade, toujours en parfait état, a été présenté au Congrès des chirurgiens allemands en 1889 (voy. *Centr. f. Chir.*, *Beil.*, n° 29). Le travail de Landois et Strübing (2) a pour but d'étudier le mécanisme de la phonation chez ce sujet.

Dans un mémoire récent, un pamphlet plutôt, dont personne n'ignore le but, Morell Mackenzie a donné une statistique pour démontrer que : 1° la laryngectomie est d'une gravité immédiate considérable ; 2° elle ne donne à peu près jamais de résultats définitifs. Certes, les morts sont nombreuses, mais depuis quelques années elles le deviennent de moins en moins; d'autre part, Morell Mackenzie exagère la brièveté des survies. C'est ce que MM. Schede et Krajewski ont cherché à prouver; et en tout cas, ils ont démontré que la statistique de Morell Mackenzie a été établie avec une légèreté certainement étrange.

Schede (3) affirme que si Mackenzie ne compte sur 35 hémilaryngectomies qu'une seule survie définitive (opéré de Hahn), c'est qu'il omet les faits heureux de Bergmann (trois ans de survie); de Semon (dix-neuf mois); celui de Störck (deux ans et trois mois) est mentionné dans les tableaux, mais passé sous silence dans les commentaires. Le malade de Schede est dit « mentionné comme vivant encore au bout de dix-sept mois ». Or, en publiant son histoire, Schede avait insisté sur l'excellence de sa santé au bout de dix-huit mois; il est mort d'une pneumonie franche, au trentième mois; quatorze jours avant sa mort, un examen laryngoscopique avait démontré qu'il n'y avait pas trace de récidive.

Erreurs d'un autre genre dans la statistique de laryngectomie totale. Schede a un opéré qui, au bout de huit mois et demi, eut une récidive inopérable et se suicida; Mackenzie le compte deux fois, sous les n°s 54 et 58 de ses tableaux.

Schede démontre ensuite que les résultats s'améliorent. En 1882, Foulis, sur 25 extirpations pour cancer, comptait la moitié de morts opératoires; Solis Cohen en trouvait 16 sur 29 cas, et il n'y avait dans cette série qu'une seule survie sans récidive au bout d'un an. En 1884, Schede réunissait 36 cas nouveaux avec 8 morts opératoires et 6 survies sans récidive de seize mois à deux ans. Enfin, en ajoutant une observation de Hahn, (que Mackenzie range à tort dans les laryngectomies partielles) et en retranchant les 25 premiers cas où la méthode était encore incertaine, on trouve 79 faits avec 7 cures de deux à cinq ans et 5 de quatorze à dix-huit mois. C'est moins mauvais que ne le prétend Mackenzie et encore Krajewski a-t-il fait voir que les causes d'erreur ne sont pas toutes relevées par Schede.

Schede, à ce propos, communique trois autres opérations personnelles: 1° une femme de cinquante-six ans vit sans récidive et travaille depuis juin 1884; 2° un homme de cinquante-cinq ans a dû être opéré au neuvième mois d'une récidive dans la base de la langue; nouvelle récidive; mort deux ans après la première intervention; 3° homme de soixante-cinq ans; récidive au bout d'un an; extirpation mortelle. La statistique de Schede donne donc: 1 hémilaryngectomie avec trente mois de survie et mort accidentelle; 4 laryngectomies totales avec 1 guérison depuis cinq ans et 3 récidives (au bout de huit mois et demi, neuf mois, un an).

Krajewski (4) s'est livré à un travail d'épuration fort intéressant dans les chiffres de Mackenzie et il démontre que 22 observations sont comptées deux fois, sous deux numéros différents et soit sous le même nom; soit sous le nom de l'opérateur en un endroit, de son élève, qui a publié le fait, dans l'autre. Un des faits les plus typiques est la subdivision en n° 98 (Roswell) et n° 125 (Park) de l'opéré de Roswell Park!

Hahn (1) avait publié, l'an dernier, sa statistique intégrale, composée de 24 opérations sur 22 malades. On y trouve : 1° 4 résections atypiques pour rétrécissement ; pas de décès; 2° 3 extirpations de tumeurs par thyrotomie; une mort opératoire ; deux récidives; 3° 6 hémilaryngectomies; deux morts opératoires; une récidive; trois sans récidive depuis deux ans et sept mois, sept mois, quatre mois ; 4° 11 extirpations totales, dont 2 pour récidives après les opérations précédentes; 4 morts opératoires; 1 seule guérison sans récidive, datant d'octobre 1880 et constatée en mars 1888.

A. Broca.

Prolapsus du rectum, par M. Rudolph Volkmann. — Deux observations d'extirpation heureuse, du service de Richard Volkmann. Il est à remarquer que ces opérations sont récentes; que d'autre part elles concernent des enfants (un an et trois ans) atteints de ce que Volkmann appelle « prolapsus ani invaginatus », ce qui correspond à l'invagination à deux cylindres de Cruveilhier. Dans ces cas la lésion commence par la chute de la muqueuse, puis le prolapsus se complète. (*Ueber die Behandlung der prolapsus ani invaginatus*, in *Berl. kl. Woch.*, 18 nov. 1889, n° 46, p. 995.)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons cliniques sur les maladies des enfants, par M. le docteur Aug. Ollivier, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. 1 vol. de 428 p. — Paris, 1889, G. Steinheil.

Le volume de leçons cliniques sur les maladies de l'enfance que M. le docteur Ollivier présente aujourd'hui au public médical, mérite un accueil des plus favorables, car il renferme, à côté d'observations intéressantes et instructives, de nombreux enseignements théoriques mettant en relief la grande érudition de l'auteur et son expérience toute spéciale en pathologie infantile.

Parmi les quarante leçons qui composent cet important ouvrage, quelques-unes nous sont déjà connues, car elles ont été publiées à diverses époques dans les journaux de médecine, mais la plupart sont inédites et offrent un attrait tout particulier.

En guise d'introduction, M. Ollivier a consacré sa première leçon à une étude bibliographique des ouvrages relatifs à la pathologie de l'enfance que nous a laissés le dix-huitième siècle. La littérature médicale était alors moins encombrée que de nos jours et la bibliothèque des maladies des enfants se composait seulement de six ouvrages : ceux de Girtanner et de Zwinger pour l'Allemagne; ceux de Walter Harris et de Georges Armstrong pour l'Angleterre; le remarquable traité du professeur Nils Rosen de Rosenstein pour la Suède; enfin le livre de notre compatriote Chambon de Montaux, qui date de 1799.

Dans la leçon suivante, consacrée à une vue d'ensemble sur la clinique infantile, l'auteur montre que si les maladies appartenant exclusivement à l'enfance, athrepsie, accidents de dentition, rachitisme, etc., sont en réalité peu nombreuses, du moins la plupart des affections communes à l'enfant et à l'adulte revêtent, du fait même du jeune âge, des caractères particuliers de fréquence, d'intensité, une allure clinique propre, des indications thérapeutiques spéciales. C'est ainsi que se trouve justifiée la division qui pourrait, au premier abord, paraître un peu artificielle, mais

(1) H. Schmid, *Zur Statistik der Totalexstirpation des Kehlkopfes im functionnellen Sinne: laute, verständliche Sprache* (*Arch. f. klin. Chir.*, 1888, t. XXXVIII, p. 132).

(2) Landois et P. Strübing, *Erzeugung einer natürlichen Pseudostimme bei einem Manne mit totaler Exstirpation des Kehlkopfes* (*ibid.*, p. 146).

(3) Max Schede, *Ein Fall von endgültiger Heilung nach Wegnahme des Kehlkopfes wegen krebsiger Entartung von mehr als vier Jahren, nebst einigen Bemerkungen über Morell Mackenzei Statistik* (*Deutsche med. Woch.*, n° 4, p. 61).

(4) H.-V. Krajewski, *Berichtigungen und Ergänzungen zu Dr Mackenzie's statistiche Angaben über Totalexstirpation krebsiger Kehlköpfe* (*ibid.*, n° 4, p. 61).

(1) E. Hahn, *Mittheilung über die Endresultate nach Kehlkopfoperationen* (*Arch. f. klin. Chir.*, 1888, XXXVII, p. 522.)

qui repose sur ce fait que si la pathologie infantile n'est pas une pathologie spéciale, la séméiotique infantile est une séméiotique spéciale.

Nous ne pensons pas pouvoir analyser ici chacune de ces leçons et nous devons nous borner à faire connaître les principaux sujets sur lesquels portent plusieurs groupes d'entre elles.

Après avoir montré que la fausse hypertrophie du cœur est un syndrome qui n'a aucune relation avec le rachitisme ou le mal de Pott, et que caractérisent une étroitesse de la cage thoracique, des palpitations et de la dyspnée, mais qui peut disparaître par le développement complémentaire du thorax, M. Ollivier aborde l'étude de la coqueluche à laquelle il consacre cinq leçons successives. C'est ainsi qu'il reprend à nouveau la discussion sur la pathogénie de la dilatation bronchique et de l'emphysème concomitants pour laquelle il fait jouer un rôle prépondérant aux altérations inflammatoires des bronches ou des alvéoles pulmonaires, dès lors incapables de résister régulièrement à l'augmentation de pression expiratoire des quintes coqueluchiales. Les accidents épileptiformes qui viennent parfois compliquer la coqueluche conduisent l'auteur à rechercher et à admettre une relation étiologique possible entre cette affection et l'épilepsie vraie débutant peu de temps après sa terminaison. Enfin il résume d'une façon claire les diverses recherches bactériologiques entreprises au sujet de la coqueluche et montre que le bacille de Burger et Afanassiev paraît bien être le *corpus delicti*, contre lequel devra lutter le traitement curatif et prophylactique. Il accorde dans toute cette étude une faible importance à la théorie ganglionnaire de Gueneau de Mussy, qui reposait sur une assimilation inexacte et qui, d'ailleurs, « ne rallia presque personne ».

Dans les neuf leçons suivantes, on trouve élucidé plus d'un point intéressant de l'étude de la chorée de Sydenham, de la chorée héréditaire d'Huntington, de l'hémichorée et de l'athétose. Peut-être pourrait-on s'étonner de trouver une description de la chorée d'Huntington dans un ouvrage consacré aux maladies de l'enfance, mais M. Ollivier semble avoir prévu l'objection en traitant de la maladie d'Huntington surtout par comparaison avec la chorée vulgaire infantile et au point de vue du mode d'hérédité. Il paraît, d'ailleurs, regretter que l'on ait catalogué sous le nom de chorée cette affection convulsive de l'adulte, s'éloignant en cela, il nous semble, de l'opinion de M. Charcot pour lequel elle ne différerait que par l'hérédité similaire de la chorée chronique ou chorée des adultes et des vieillards, forme tardive de la chorée de Sydenham. Quant à la nature de cette dernière, l'auteur est nettement partisan de son origine rhumatismale, contrairement à l'opinion, soutenue encore récemment par M. Joffroy et son élève M. Saric, d'après laquelle la chorée est une simple névrose cérébro-spinale d'évolution, ou névrose de croissance.

Viennent ensuite plusieurs leçons consacrées à quelques-unes des manifestations de l'hystérie chez l'enfant: aux terreurs nocturnes, aux céphalalgies de croissance, à l'urticaire nerveuse, au grincement de dents. Elles renferment des pages qu'on lira avec profit. Puis le rhumatisme avec ses accidents d'encéphalopathie, et le rhumatisme scarlatin, que l'auteur envisage à bon droit comme un pseudo-rhumatisme infectieux, servent de thème à d'intéressants développements.

Citons encore des leçons sur l'angine glanduleuse et ses rapports avec les végétations adénoïdes du pharynx que l'auteur étudie plus loin comparativement avec la scrofulose naso-labiale ; sur les kystes hydatiques ; sur l'incontinence nocturne d'urine, conséquence fréquente de la débilité nerveuse congénitale, et qui est justiciable alors de la méthode de Guyon, consistant dans l'électrisation directe du sphincter vésical; sur le diagnostic différentiel de la varioloïde et de la rougeole boutonneuse ; sur le pronostic de la rougeole suivant les âges; sur la syphilis héréditaire tardive; sur la tuberculose entéro-mésentérique et cérébrale.

Enfin, nous aurons donné, croyons-nous, une idée suffisante des nombreux sujets abordés dans ce livre, lorsque nous aurons ajouté que la fièvre typhoïde fournit la matière de quatre leçons dans lesquelles sa fréquence relative suivant l'âge de l'enfant, les accidents nerveux de la convalescence et la chlorose d'inanition, qui en était autrefois la conséquence trop fréquente, sont successivement passés en revue. On trouve encore, dans l'ensemble des documents rassemblés par M. Ollivier au sujet de la dothiénentérie, une observation curieuse par sa rareté, de gangrène totale d'un membre inférieur, chez une fillette de dix ans, résultant de l'oblitération totale de la fémorale gauche au-dessus de sa bifurcation par un caillot embolique.

Telle est l'œuvre de M. Ollivier; nous avons essayé de montrer son importance et d'en faire connaître le plan général, mais nous désirons ajouter, en terminant, que ces leçons sont rédigées dans un langage clair et précis, qu'elles sont réduites dans leurs proportions à la juste mesure qui ne lasse pas l'intérêt du lecteur par la prolixité des détails, tout en évitant la sécheresse d'une trop grande condensation. Aussi pensons-nous que l'on trouvera à en prendre connaissance autant de plaisir que nous en avons eu nous-même; on est assuré, dans tous les cas, d'avoir utilement employé les instants consacrés à cette lecture.

André Petit.

De la dissémination des bacilles de la tuberculose en dehors du corps (*Zeitschrift für Hyg.*, vol. V. et *Berl. kl. Woch.*, 7 janvier 1889), par M. Cornet.

Comme on n'observe jamais d'épidémie de tuberculose, on admet volontiers l'ubiquité des bacilles, qui ne s'attaqueront qu'à ceux qui présentent une disposition morbide. L'auteur, dans un remarquable travail, a publié ses recherches sur la dissémination des germes, faites à l'Institut d'hygiène de Berlin. On ne saurait dire trop de bien de ce travail, que nous essayerons de résumer en quelques lignes.

Délaissant la méthode qui consiste à chercher les bacilles dans l'air, l'auteur a pensé qu'en raison de leur pesanteur relative, il vaut mieux les rechercher dans les parties déclives où ils ont une tendance naturelle à tomber. Il a recueilli des poussières dans les hôpitaux, sur et sous les lits, sur les murs, dans les habitations privées, dans les prisons, dans les asiles d'aliénés, etc.; ces poussières, suspendues dans les liquides stérilisés, ont été inoculées à des animaux. 147 échantillons ont été inoculés à 392 animaux. Sur ce nombre, 59 sont devenus tuberculeux (c'est-à-dire 15 pour 100), 137 sont restés en bonne santé et 196 sont morts d'autres maladies.

Le danger d'infection n'est pas aussi considérable qu'on serait tenté de le croire, puisque 1/6 seulement des animaux inoculés sont devenus tuberculeux. Il est à remarquer que les poussières des salles de phthisiques ont fourni des résultats positifs dans plus des 2/3 des cas; les salles de chirurgie ont donné des résultats négatifs; les chambres de phthisiques non hospitalisés, qui avaient soin de ne cracher que dans des crachoirs spéciaux, n'ont fourni qu'une seule inoculation positive.

Les germes ne sont donc pas répandus partout; autour de chaque phthisique existe une zone de contagion qui s'atténue à mesure qu'on s'éloigne de lui. Koch a établi que, en dehors de l'être vivant, les bacilles de la tuberculose ne peuvent ni se développer, ni se multiplier; ils diffèrent en cela de presque toutes les autres espèces qui trouvent un substratum nutritif en dehors de l'organisme, et n'ont pas besoin d'une température dépassant 30 degrés. De nombreuses expériences ont établi que l'air expiré ne contient jamais de bacilles; ceux-ci adhèrent tellement aux sécrétions bronchiques qu'ils ne peuvent être entraînés dans aucune circonstance. La pluie, l'humidité de l'air, qui empêche les crachats de se dessécher, fixe les bacilles; le danger n'apparaît qu'au moment de la dessiccation. A ce moment les crachats pulvérisés remplissent l'air de bacilles et deviennent offensifs.

Il importe donc de se pénétrer de cette idée que le phthisique

n'est nullement dangereux pour son entourage, à la condition d'observer certaines précautions, dont la plus importante est de s'abstenir *en toute circonstance* de cracher autre part que dans un crachoir. C'est là le seul moyen efficace d'empêcher la dissémination des germes. Mais combien il est difficile d'obtenir l'exécution de cette prescription, même dans les hôpitaux!

A propos de la prophylaxie, l'auteur dit avec beaucoup de justesse: « Il y a plus de sécurité à habiter une chambre antérieurement contaminée, mais ensuite désinfectée, que d'habiter une chambre inconnue ». Relativement à la désinfection des locaux, il recommande le procédé d'Esmarch, qui consiste à essuyer les planchers, les murs, et les divers objets avec de la mie de pain noir, fraîche, procédé, dit-il, efficace et inoffensif pour ceux qui l'appliquent.

Il passe ensuite en revue les précautions relatives à l'entourage du malade, les mesures générales qui incombent aux municipalités et à l'État, telles que l'arrosage des rues, la surveillance des bestiaux au point de vue de la phthisie. Il fait en passant le procès des stations climatériques où les règles les plus élémentaires de l'hygiène sont souvent inobservées; il recommande de se défier des cabinets de lecture. Il termine en disant: « Le peuple doit être instruit dans la propreté ». Er. W.

Étude anatomique sur la circulation veineuse de l'encéphale, par le docteur É. Hédon, prosecteur à la Faculté de médecine de Bordeaux. — Paris, O. Doin, 1888.

Il existe entre les artères et les veines de l'encéphale de grandes différences de volume, de situation et de rapports. Les troncs veineux sont superficiels et baignent dans le liquide des espaces sous-arachnoïdiens. Les veines du cerveau forment deux systèmes : celui de la surface des hémisphères (cerveau antérieur); celui de la veine de Galien (cerveau intermédiaire). Les veines de la surface des deux hémisphères forment deux groupes : les unes se dirigent vers les sinus de la base du crâne au niveau de la scissure de Sylvius; les autres vers les sinus de la voûte, suivant diverses directions. Le système de la veine de Galien est formé principalement par la réunion des veines ventriculaires et des veines basilaires. Les veines des ganglions centraux forment deux groupes, comme d'ailleurs les artères correspondantes, les veines striées inférieures se jettent dans la veine basilaire, et les veines striées supérieures se jettent dans la veine de Galien. Ces deux ordres de veines s'anastomosent dans l'épaisseur des noyaux gris et de la capsule interne. Les veines du bulbe et de la protubérance ont une disposition analogue à celle des veines médullaires. Ces différentes veines s'anastomosent entre elles, et à la surface des hémisphères, en particulier, il en résulte des communications entre les sinus de la voûte à ceux de la base. La plupart des veines cérébrales s'abouchent dans les sinus suivant une direction oblique en sens inverse du cours du sang dans ces sinus. Cette disposition est due au mode de développement des hémisphères. A. B.

VARIÉTÉS

Faculté de médecine de Paris. — M. Segond, agrégé, est chargé d'un cours de clinique chirurgicale.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Brousse, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de clinique des maladies syphilitiques et cutanées.

Faculté de médecine de Nancy. — *Concours pour une place de chef de clinique médicale.* — Un concours pour une place de chef de clinique médicale s'ouvrira à la Faculté de médecine de Nancy, le lundi 23 décembre 1889, à huit heures du matin. La durée des fonctions est de trois années et le traitement annuel est de 1200 francs.

Sont admis à concourir les docteurs en médecine français, non pourvus du titre d'agrégé, et les étudiants en médecine ayant soutenu leurs cinq examens de doctorat, à la condition qu'ils seront docteurs dans les six mois.

La place de chef de clinique est incompatible avec celle de chef des travaux, de préparateur et d'aide dans les différents services.

Les épreuves sont au nombre de trois : 1° une composition écrite sur un sujet de pathologie interne, avec les considérations d'anatomie et de physiologie qui s'y rapportent; cinq heures sont accordées pour la rédaction; 2° une leçon clinique, d'une durée d'une demi-heure au plus, sur deux malades appartenant à la spécialité, après un examen de quinze minutes pour chacun des malades; 3° une épreuve pratique d'anatomie et d'histologie pathologique. La durée de cette épreuve sera fixée par le jury.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine, avant le vendredi 20 décembre 1889, à quatre heures. Ils auront à produire leur acte de naissance dûment légalisé, leur diplôme de docteur en médecine ou un certificat constatant qu'ils ont soutenu les cinq examens de doctorat.

École de médecine d'Alger. — M. Hérail, agrégé, est nommé professeur de matière médicale (chaire nouvelle).

École de médecine de Dijon. — M. le docteur Cottin (Emile) est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

École de médecine de Rennes. — M. le docteur Dayot est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

École de médecine de Rouen. — M. Gascard, suppléant, est chargé du cours de chimie.

— M. Renard est chargé d'un cours complémentaire de chimie.

Mortalité a Paris (48e semaine, du 24 au 30 novembre 1889. — Population: 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 28. — Variole, 2. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 8. — Diphthérie, croup, 30. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 192. — Autres tuberculoses, 21. — Tumeurs: cancéreuses, 46; autres, 5. — Méningite, 27. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 60. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 65. — Bronchite aiguë, 46. — Bronchite chronique, 29. — Broncho-pneumonie, 24. — Pneumonie, 63. — Gastro-entérite: sein, 11; biberon, 42. — Autres diarrhées, 3. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 3. — Débilité congénitale, 36. — Sénilité, 36. — Suicides, 17. — Autres morts violentes, 9. — Autres causes de mort, 163. — Causes inconnues, 14. — Total: 1020.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Recherches expérimentales sur les causes de l'exagération vespérale de la température normale, par M. le docteur E. Maurel. Une brochure in-8° de 35 pages. Paris, O. Doin. 1 fr. 50

Du rhumatisme chronique et de son traitement thermal, par M. le docteur Charles Lavielle. 1 vol. in-8° de 185 pages. Paris, O. Doin. 3 fr.

Contribution à l'étude des corps étrangers des voies aériennes, par M. le docteur E.-J. Moure. Grand in-8° de 24 pages. Paris, O. Doin. 1 fr. 50

Étude sur la culture des micro-organismes (anaérobies), par M. le docteur A. Foureur. Grand in-8° de 72 pages, avec 25 figures dans le texte. Paris, O. Doin. 2 fr. 50

Étude sur la fièvre typhoïde atténuée et sur l'atténuation de la fièvre typhoïde, par M. le docteur A. Bourgeois. Une brochure in-8° de 42 pages. Paris, O. Doin. 2 fr.

La guérison des maladies produites par l'abus de la morphine, traitées sous le double point de vue de la psychologie et de la médecine, par M. le docteur Constantin Schmidt. 1 vol. in-12 de 102 pages. Paris, O. Doin. 2 fr.

L'irrigation naso-pharyngienne, par M. le docteur Paul Raugé. Grand in-8° de 72 pages. Paris, O. Doin. 2 fr. 50

La grippe infectieuse à Oyonnax (Ain), novembre 1888 à avril 1889, par M. le docteur Ch. Fiessinger (d'Oyonnax). Grand in-8° de 83-CI pages avec un plan et 72 tracés hors texte. Paris, O. Doin. 4 fr.

Le problème de la vie et les fonctions du cervelet, par M. le docteur J. Gouzer. 1 vol. in-18 de 225 pages. Paris, O. Doin. 3 fr.

Le morphinisme, habitudes, impulsions vicieuses, actes anormaux, morbides et délictueux des morphiomanes, par M. le docteur G. Pichon. 1 vol. in-12 de 490 pages. Paris, O. Doin. 4 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

21460. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 18 décembre 1889.

La grippe à Paris.

La *grippe* — puisque tel est le nom que l'on garde à la maladie régnante — vient de se déclarer à Paris avec une intensité qui rappelle les épidémies de 1837, 1842 et 1858, pour ne citer que les plus sérieuses parmi celles dont nous possédons une relation médicale précise. Il est peu de maisons où elle ne se soit montrée; et dans celles où elle est entrée, il est peu de familles dont tous les membres ne lui aient successivement payé leur tribut. Cependant la maladie est moins grave en réalité, jusqu'à ce jour tout au moins, que ne le sont chaque printemps certaines affections broncho-pulmonaires qui se compliquent souvent de pneumonie et, plus souvent que la grippe épidémique, accroissent la mortalité générale. C'est à peine, en effet, si jusqu'à présent on pourrait signaler à Paris trois ou quatre cas de pneumonie grippale.

Nous ne mourrons pas tous; tous nous sommes frappés, pourrions-nous écrire. Car, médecins et rédacteurs de journaux sont eux aussi atteints par la maladie, qui sans tenir compte de l'âge, du sexe, des conditions hygiéniques dans lesquelles on vit non plus que des nécessités professionnelles, pénètre partout et frappe à l'improviste. C'est ainsi qu'il m'est possible de joindre une observation toute personnelle aux nombreux faits que j'avais recueillis ces jours derniers et de confirmer par des impressions très récentes — pour ne pas dire présentes — la description qui vient d'être faite à la *Société médicale des hôpitaux* et à l'*Académie de médecine* des principaux symptômes de la grippe actuelle.

Celle-ci débute d'ordinaire assez brusquement, sans aucun symptôme prémonitoire dans la grande majorité des cas; plus rarement après quelques heures ou bien une journée de lassitude et de malaises. Encore arrive-t-il souvent que les malaises considérés comme prodromiques indiquent bien le début de la maladie. Si l'on prend la température, on constate en effet que celle-ci marque déjà 38 degrés ou même 38 degrés et 2 ou 3 dixièmes, qu'il existe de la lassitude, de la céphalée, un peu de rachialgie, en un mot ce que l'on considère chez les sujets plus susceptibles ou plus émotifs comme le début de l'affection. Donc, en général, la maladie a un début brusque. Plusieurs des malades que j'ai vus — les uns appartenaient à ma famille, d'autres ont pu recevoir ma visite dès les premières heures de leur malaise — ont été ainsi très nettement atteints presque subitement. Les symptômes accusés ont été invariablement les mêmes : lassitude considérable, frissonnements le long du rachis et horripilation généralisée sans frissons intenses, courbature douloureuse dans les membres et en particulier dans les articulations; rachialgie parfois très vive; céphalée sus-orbitaire et douleurs occipito-rachidiennes plus fréquentes, plus constantes et plus vives encore que la rachialgie; somnolence invincible; inappétence absolue.

Si, à ce moment, on prend la température, celle-ci, très irrégulière aux différentes heures de la journée, atteint parfois 38°,6 ou 39 degrés, mais ne dépasse guère, même chez les enfants, ce dernier chiffre. Dans le cours de la maladie elle peut d'ailleurs présenter les chiffres les plus différents, souvent assez élevée la nuit pour retomber à 37 degrés le matin. Le pouls est très variable, suivant les sujets, et de fréquence et d'intensité. La respiration reste à peu près normale. A ce moment, s'il existe de la toux, elle est rauque, laryngo-trachéale, survenant par quintes, ne durant pas. Si l'on examine la gorge, on constate *parfois* un peu de rougeur des piliers et de gonflement légèrement œdémateux de la luette. Si l'on ausculte, on perçoit un murmure respiratoire à peu près normal.

Tels m'ont paru être, dans l'immense majorité des cas, les symptômes du début. Six fois seulement, sur une quarantaine de malades vus avant d'être atteint moi-même, j'ai constaté un peu de bouffisme de la face, un état de congestion quelque peu marqué des conjonctives, un léger degré de coryza ou une toux fréquente et rebelle. Or, et c'est là un point de vue sur lequel on ne saurait trop insister, si à ce moment la maladie est abandonnée à elle-même sans médication d'aucune espèce, à l'exception de quelques grogs chauds et de quelques calmants, on peut voir, après vingt-quatre ou trente-six heures de prostration, de rachialgie et de céphalée, de fièvre modérée — elle l'est toujours — et d'inappétence, tous les malaises disparaître et un état

de convalescence *relative*, j'insiste sur ce mot, s'établir d'emblée. Et si, après avoir combattu les accidents d'embarras gastrique que l'accès fébrile a laissés à sa suite par une purgation saline, le malade garde le repos pendant quarante-huit heures encore, il est souvent et définitivement guéri. Dans d'autres cas, aux phénomènes du début succèdent quelques accidents de nature catarrhale. C'est un coryza assez intense ou bien une toux gutturale, déchirante, plus souvent un état nauséeux avec diarrhée fétide et douleurs abdominales, quelquefois enfin la persistance des douleurs rhumatoïdes et leur aggravation sous forme de névralgies, de myodynies, de crampes musculaires, etc. Encore arrive-t-il qu'au bout de deux ou trois jours, grâce à l'administration de faibles doses de quinine ou d'antipyrine, jointes à la poudre de Dower et aux boissons diaphorétiques alcoolisées, on voit tous les symptômes s'amender et le malade entrer en convalescence. S'il reste au repos, comme dans le premier cas, deux ou trois jours après la cessation des accidents il pourra être considéré comme guéri. S'il se surmène ou s'il s'expose au froid avant d'avoir constaté nettement le retour absolu à la température normale, il sera presque assuré d'être repris des mêmes accidents et de repasser une seconde fois par toute la série de ces malaises qui ressemblent si bien à la *fièvre de fatigue* ou courbature fébrile qu'il est parfois malaisé de distinguer ce qui appartient à la grippe et ce qui ne dépend — pour les médecin tout au moins — que des conséquences qu'elle entraîne à sa suite.

Je n'ai parlé jusqu'à présent d'éruptions d'aucune sorte. Chez les malades que j'ai vus, je n'en ai, en effet, observé aucune. Chez deux enfants existait dès le début un rash scarlatiniforme assez peu marqué d'ailleurs. Or chacun sait combien il est fréquent, chez un enfant atteint d'une affection fébrile quelconque, de constater l'existence d'un rash de ce genre. Dans la période d'état et surtout dans la période de convalescence je n'ai jamais constaté les éruptions que signalent plusieurs de nos confrères. Mais celles-ci ont été vues dans la plupart des épidémies de grippe et, en admettant même qu'elles soient très fréquentes, jamais leur extension ne saurait faire confondre la maladie actuelle avec la *dengue*. Ni son début infiniment moins grave, moins douloureux que celui de la dengue, ni la localisation des douleurs qui siègent à la tête, au rachis, dans les jambes, et non spécialement à la nuque et dans les genoux; ni l'état de la température fébrile, ni la durée de la convalescence ne permettraient le doute. Dans l'épidémie actuelle les éruptions d'ailleurs ne sont pas celles de la dengue; elles ne s'accompagnent ni de sueurs ni de desquamation. Rien, en un mot, n'autorise à penser que nous ayons affaire à cette maladie exotique. Nous publions aujourd'hui même une observation due à M. le docteur Guelliot (de Reims), et qui, elle, pourrait à la rigueur être prise pour un cas de dengue observée en France. Nous n'avons pas à insister d'ailleurs sur des réserves que l'auteur a formulées lui-même.

Quant aux faits observés à Paris, nous croyons qu'après avoir lu le dernier compte rendu de l'Académie de médecine, il n'est pas un médecin qui ne se rallie aux conclusions formulées par tous les orateurs qui ont pris part à la discussion. Ainsi que l'ont si nettement affirmé à diverses reprises MM. Proust et Brouardel, la maladie régnante est la même qui sévit actuellement à Saint-Pétersbourg, Berlin, Munich, Copenhague, Londres, Berne et Rome. Elle est identique aux grippes épidémiques dont l'histoire médicale nous a transmis la relation. Sans analogie symptomatique avec la dengue, elle n'appartient probablement pas à la même famille nosologique. Chacun s'accorde en effet à nier qu'elle soit contagieuse, tandis que la dengue l'est, au contraire, à un haut degré. On affirme aussi sa bénignité et nous devons reconnaître que jusqu'à ce jour, à Paris du moins, aucune complication sérieuse n'a été signalée. Concluons donc en affirmant qu'il ne s'agit en ce moment que d'une grande épidémie de grippe relativement bénigne ayant en peu de jours envahi toute l'Europe.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Les propriétés microbicides du sérum.

De toutes les questions qui préoccupent actuellement les bactériologistes, il n'en est pas de plus intéressante que celle de l'immunité. Les travaux publiés jusqu'à ce jour semblent établir que la résistance aux infections est la résultante de conditions multiples. L'organisme animal possède de nombreux moyens pour lutter contre les microbes qui l'assiègent ou l'envahissent ; une seule et même explication ne saurait s'appliquer à tous les cas. La grenouille, par exemple, trouve dans sa basse température un mode de résistance contre le charbon, et il est bien évident que cette même cause ne peut être invoquée quand il s'agit des carnassiers ou des oiseaux.

Il semble possible de grouper, sous trois chefs principaux, les conditions qui expliquent l'immunité : il existe des conditions physiques, chimiques et cellulaires.

L'état des cellules joue un rôle fort important ; on peut admettre que, chez les animaux réfractaires, elles sont peu sensibles à l'influence des sécrétions microbiennes. Quelques-unes remplissent une fonction active ; elles luttent contre les agents envahisseurs ; elles les englobent et les digèrent ; c'est le processus que Metchnikoff a étudié dans une série de travaux fort remarquables et qu'il désigne sous le nom de phagocytose.

A côté des réactions cellulaires, prend place l'influence de la constitution chimique de l'organisme ; il convient de tenir compte de l'état des humeurs et particulièrement du sang : c'est ce que semblent démontrer de récentes recherches.

Dans une thèse, écrite sous l'inspiration du professeur Schmidt et soutenue à Dorpat en 1884, Grohmann a établi que le sang modifie la vitalité des microbes qu'on y sème ; la bactéridie charbonneuse, en particulier, s'y atténue au point de ne plus tuer le lapin. La question a été reprise par Fodor (*Deutsche med. Wochens.*, 1887, n° 34). En introduisant du charbon dans du sang, pris sur un lapin qu'on vient de sacrifier, cet auteur a constaté que le nombre des bactéridies diminue progressivement ; puis, après un temps variable, quelques microbes qui ont échappé à l'action destructive du sang, finissent par prendre le dessus et par se développer.

Mais ce sont surtout les travaux de Flügge et de ses élèves, Nuttal (*Zeitsch. f. Hygiene*, 1888, IV, p. 353), et Nissen (*ibid.*, 1889, VI, p. 487), qui ont appelé l'attention sur cette question si importante. Il résulte de leurs recherches que divers microbes, semés dans du sang, y subissent tout d'abord une dégénérescence nettement accusée

à l'examen microscopique; de nombreuses bactéries sont détruites, tandis que d'autres persistent et peuvent végéter au bout d'une période plus ou moins longue.

Les travaux que nous venons de citer, malgré leur intérêt incontestable, ne laissaient pas que de soulever quelques objections. Le sang, employé pour les cultures, contenait des éléments cellulaires; il était donc possible qu'une part revînt aux cellules dans l'altération des microbes. Si la plupart des bactéries dégénérées se voyaient en dehors des leucocytes, on pouvait supposer néanmoins que la modification était sous la dépendance d'une matière soluble sécrétée par ces organites. On pouvait aussi, avec M. Duclaux, se demander si ce phénomène ne tenait pas « à la privation d'oxygène que les bactéries subissent dans les premiers moments de leur séjour dans le sang, jusqu'au moment où la vie des éléments organiques y est tout à fait éteinte, et les phénomènes d'oxydation terminés » (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1888, p. 503). En chauffant le sang entre 50 et 55 degrés, on le voit perdre son action microbicide, ce qui peut tenir à une modification chimique, ou à la mort des éléments figurés.

Toutes ces objections tombent devant les expériences rapportées récemment par Buchner (*Centralbl. f. Bakt.*, V, p. 817). Ce savant opère non plus sur du sang en nature, mais sur du sérum, c'est-à-dire sur un liquide dépouillé de cellules. Il constate que ce sérum possède de notables propriétés microbicides; celles-ci disparaissent, quand on porte la température à 55 degrés pendant une heure, ou lorsqu'on augmente le pouvoir nutritif, soit en ajoutant à ce sérum de la peptone, soit en soumettant le sang à une série de gels et de dégels successifs, opérations qui détruisent les globules rouges et mettent en liberté leur contenu.

Tels sont les principaux faits qui établissent que le sérum possède à l'état normal des propriétés parasiticides. Ces propriétés vont-elles augmenter chez les animaux vaccinés ?

La plupart des auteurs qui ont tenté de résoudre cette question, ont répondu par la négative; ils se sont appuyés sur ce fait que les microbes se développent dans des bouillons fabriqués avec des tissus d'animaux réfractaires. Tandis que Schottelius a constaté que le bacille du rouget pousse péniblement dans les milieux de culture préparés avec les muscles d'animaux ayant succombé à cette affection, Bitter, par contre, n'a pas confirmé ce résultat. Mais dans tous les cas, on faisait subir une altération aux tissus, et nous avons vu que le chauffage détruisait les propriétés bactéricides des humeurs. Pour réaliser une expérience concluante, il importait d'étudier comparativement le développement des microbes dans les humeurs des animaux normaux et vaccinés. C'est ce que fit Nuttal, qui observa très nettement que le sang défibriné d'un mouton rendu réfractaire détruisait plus de microbes que le sang d'un mouton neuf. Toutefois l'auteur n'osa tirer aucune conclusion : « Les résultats que j'ai rapportés, dit-il, peuvent être entachés d'erreur, parce que, dans d'autres recherches, le nombre de bacilles qui s'est détruit, dans divers échantillons du même sang, a présenté d'aussi grandes variations » (*loc. cit.*, p. 388).

Aussi avons-nous cru intéressant de reprendre le problème, en opérant, non sur le sang, mais sur le sérum. Nous avons étudié parallèlement le développement du bacille pyocyanique dans le sérum de lapins neufs et de lapins vaccinés. Dans ce dernier cas, la végétation est considérablement entravée : les microbes qui se développent sont bien moins nombreux; leur fonction chromogène est supprimée ou diminuée; leurs formes enfin sont anomales et rappellent celles qu'on observe, lorsqu'on pratique des cultures dans des milieux contenant des substances antiseptiques (*Comptes rendus Académie des sciences*, 4 novembre 1889, et *Société de biologie*, 16 novembre 1889). Du reste, M. Gamaléia avait déjà noté des modifications morphologiques en cultivant la bactéridie charbonneuse dans l'humeur aqueuse de moutons vaccinés.

Nous nous sommes gardés de tirer une conclusion générale de nos expériences. Bien des faits, en apparence paradoxaux, commandaient la plus grande réserve. C'est ainsi que Nuttal avait constaté que le sérum du lapin exerçait sur la bactéridie charbonneuse une action destructive plus marquée que le sérum du chien. Il y avait là une contradiction flagrante avec ce résultat connu de tous, à savoir que le chien résiste infiniment plus que le lapin au charbon.

Nous avons pu, à maintes reprises, vérifier l'exactitude de ce fait qui semble avoir quelque peu surpris Nuttal. Si dans 2 centimètres cubes de sérum de chien, on sème $0^{cc},02$ d'une culture charbonneuse ensemencée la veille dans du bouillon, on observe au bout de vingt-quatre heures un assez abondant développement. Au contraire, si l'on emploie du sérum de lapin, on peut introduire jusqu'à $0^{cc},3$: le milieu reste stérile.

De tous les sérums que nous avons étudiés, celui du lapin est de beaucoup le plus mauvais milieu de culture pour la bactéridie charbonneuse; celle-ci se développe assez facilement dans le sérum du chat, du pigeon, de la grenouille, et surtout du cobaye. Toutes nos expériences ont été, cela va sans dire, réalisées d'une façon comparative, c'est-à-dire en employant les mêmes quantités de sérum, les mêmes cultures, et en maintenant les liquides ensemencés à la même température de 38 degrés.

Mais, si l'on examine au microscope les cultures faites dans le sérum des divers animaux, on est frappé des modifications considérables qui surviennent dans la morphologie des microbes. Leurs formes varient suivant le sérum dans lequel on les sème, et ces variations, sauf quelques détails secondaires, sont toujours les mêmes pour une même espèce. Il nous est impossible de donner ici une description complète de ces variations morphologiques; nous les décrirons avec détail dans un travail ultérieur. Nous dirons seulement que c'est dans le sérum du cobaye que la bactéridie semble se développer le plus facilement; elle y forme de beaux filaments réguliers, bien segmentés, analogues à ceux qu'on observe quand la culture est faite dans du bouillon.

Tout autre est l'aspect qu'on observe dans le sérum du chat ou du chien. Chez ces deux animaux, on trouve, au bout de vingt-quatre heures, des bâtonnets assez longs et très épais, isolés ou accouplés deux à deux; leur protoplasma se colore d'une façon inégale; souvent leurs bords sont irréguliers; leurs extrémités sont parfois renflées en massue; ailleurs elles sont effilées : ce sont de vraies formes involutives, peu viables, et dont le protoplasma dégénère rapidement les jours suivants.

Bien différentes les figures de la bactéridie semée dans le sérum de la grenouille. Là ce sont de longues chaînettes, extrêmement minces, dont les segments ont des longueurs variables.

Ces diverses modifications sont si marquées que, avec

un peu d'habitude, on arrive, au simple examen microscopique, à reconnaître dans quel sérum a poussé la bactéridie.

Ainsi, même lorsqu'ils se développent, les microbes sont modifiés et gênés dans leur évolution; c'est là une première conséquence qui découle naturellement de nos recherches. Mais nous croyons qu'on est en droit d'en tirer une autre conclusion, c'est qu'on ne doit pas comparer le sérum des animaux d'espèces différentes au point de vue des propriétés microbicides. Ce serait vouloir compliquer la question. Ce qu'il faut faire, croyons-nous, c'est étudier le développement des microbes dans le sérum d'animaux de même espèce, et mettre en parallèle les individus neufs et les individus dont la résistance a été renforcée par des inoculations préventives. De cette façon on simplifie le problème, et l'on évite une objection qui se présente immédiatement à l'esprit. On peut se demander, en effet, si les propriétés microbicides que possède le sérum ne sont pas artificielles; existent-elles réellement dans les humeurs vivantes, c'est-à-dire dans le corps des animaux? Cette objection n'est pas admissible pour les expériences comparatives. Si, en effet, l'action du sérum varie suivant qu'il provient d'un animal neuf ou vacciné, c'est que, dans les deux cas, la constitution chimique n'est pas la même : elle s'est modifiée sous l'influence de la vaccination.

Ce sont ces modifications dont nous poursuivons actuellement l'étude (1); nous possédons un moyen simple de les apprécier : les différences que le réactif chimique le plus sensible ne peut déceler, la cellule végétale les met facilement en évidence.

CHARRIN et ROGER.

REVUE DES COURS ET DES CLINIQUES

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. LE PROFESSEUR LÉPINE.

Lèpre tuberculeuse.

(Leçon recueillie par M. le docteur LEMOINE, répétiteur à l'Ecole du service de santé militaire.)

La malade qui fait l'objet de cette leçon est une femme âgée de trente-neuf ans. Partie à seize ans pour Cayenne, elle y est restée jusqu'en 1887, époque à laquelle elle est revenue en France. Durant tout son séjour dans la colonie, cette femme n'a jamais été malade jusqu'en 1886, année où semble avoir débuté l'affection actuelle. Depuis quelque temps, habitait dans la même maison qu'elle, une famille lépreuse; de plus elle dit avoir lavé le linge d'une femme atteinte de cette affection. La lèpre règne d'ailleurs à Cayenne. C'est à partir de ce moment qu'apparurent d'abord sur le poignet gauche quelques macules blanchâtres qui restèrent stationnaires pendant près d'un an. Elle eut à la suite de cette première manifestation plusieurs poussées successives, consistant dans l'apparition sur la face et les membres inférieurs de boutons et de petites plaques brunes.

Après son retour en France, à la suite d'une variole bénigne soignée à Montpellier, la maladie s'est aggravée d'une façon marquée. Actuellement la malade présente sur le front, les joues, les lèvres et sur le nez un certain nombre de tubercules gros comme un pois, les uns à peine colorés, les autres bruns.

La peau de la face est épaissie, chagrinée, fortement pigmentée; la peau du cou présente le même aspect, mais ne porte pas de tubercule; les lipomes occupent non seulement la superficie du tégument, mais encore la profondeur des tissus; le tissu cellulaire et les muscles sont envahis en certains points; on sent notamment une petite tumeur de la grosseur d'une noix dans les muscles du mollet, tumeur mobile latéralement et dans les mouvements exécutés par le pied.

Les muqueuses présentent aussi des lésions assez remarquables, un tubercule siège sur la langue, un autre ulcéré sur le voile du palais. Il doit exister des lésions de même nature dans le larynx, car la voix est rauque, étouffée, la malade a peine à parler. Les conjonctives et les yeux sont respectés.

Comme troubles viscéraux nous n'avons rien à noter si ce n'est quelques vomissements.

Pas de troubles de la sensibilité tactile; la malade présente par contre un degré accentué d'hyperesthésie au point de vue de la température extérieure, elle se plaint continuellement du froid, surtout aux jambes.

Tous les os, sauf ceux du crâne et de la face, sont douloureux à la pression; ceux-ci sont le siège au niveau de la face antérieure des deux tibias de trois exostoses assez volumineuses et douloureuses. On ne note absolument dans les antécédents de la malade aucune manifestation syphilitique.

L'huile de chaulmoogra a été administrée à la malade à doses progressives jusqu'à 70 centigrammes. Sous son influence les lésions pharyngées ont paru s'amender, mais les lésions cutanées se sont aggravées d'une façon notable. En face de ces symptômes, le diagnostic ne peut être douteux et nous avons bien affaire ici à une des formes de la lèpre, à la lèpre tuberculeuse.

La lèpre, maladie que nous observons rarement aujourd'hui dans nos pays, existe cependant sur la plus grande partie du globe et compte encore de nombreux foyers épidémiques. Maladie autrefois de nature inconnue, elle a été l'objet dans ces dernières années d'un grand nombre de travaux et de recherches scientifiques, qui ont abouti à la découverte du parasite qui la produit. La lèpre en effet est une affection microbienne caractérisée par la présence d'un micro-organisme spécifique. Celui-ci, morphologiquement assez semblable à celui de la tuberculose, s'en différencie cependant par un certain nombre de caractères au point de vue de son aptitude à se laisser impressionner par les matières colorantes, au point de vue de sa vitalité et surtout de la manière dont il infecte l'organisme humain.

Le bacille de la lèpre en effet se colore plus facilement que celui de la tuberculose, et résiste beaucoup plus que lui à l'action décolorante de l'acide nitrique. A peine en dehors du corps du malade, le premier perd d'abord très rapidement sa virulence; on sait au contraire avec quelle persistance le bacille de Koch conserve son action pathogène. Son mode d'infection enfin est très particulièrement remarquable; tandis que le bacille de Koch peut rester localisé au sommet du poumon sans infecter d'emblée toute l'économie, il n'en est pas de même du microbe de la lèpre : très promptement il produit une infection lépreuse générale.

Dans la lèpre comme dans la syphilis, il y a une imprégnation générale de l'individu dès le début, et la preuve en est dans l'apparition à ce moment de symptômes généraux. Comme dans la syphilis, comme aussi dans la rougeole, dans la scarlatine, on observe tout d'abord de la fièvre, du malaise et une éruption qui peut être considérée comme un véritable effort tenté par la nature pour se débarrasser du poison morbigène. Aussi n'est-il pas étonnant qu'on trouve dans les tubercules, dans les taches observées sur la peau, un grand nombre des bacilles spécifiques dont nous venons de parler.

Cette accumulation des bacilles dans les lésions cutanées

(1) Travail du laboratoire de M. Bouchard.

tend à prouver qu'il y a pullulation de cet agent dans l'organisme; mais vu l'extrême rareté de sa constatation dans le sang on ne sait au juste si cette pullulation a lieu.

Nous venons de voir que le micro-organisme de la lèpre se retrouve surtout dans les tuberculoses et les taches observées à la surface de la peau. Ces deux genres de lésions ont servi à différencier deux modalités symptomatiques de l'affection. La lèpre en effet se présente sous deux formes : la forme tuberculeuse et la forme anesthésique.

Cette dernière forme est surtout caractérisée par la présence sur la surface cutanée de macules pigmentées ou apigmentées simulant les taches de vitiligo, et de troubles de la sensibilité. C'est la forme tropho-neurotique s'accompagnant d'atrophie et de déformations. Dès le début de l'affection, l'anesthésie des taches érythémateuses peut déjà faire prévoir le développement ultérieur de cette forme. C'est probablement à cause de cette anesthésie qu'un grand nombre de malades affectés de troubles semblables de la sensibilité, que beaucoup d'hystériques entre autres furent enfermés autrefois dans les léproseries. On a observé aussi de l'hyperesthésie au niveau des mêmes taches. Quant à la pathogénie de ces troubles trophiques, elle paraît découler de la constatation faite dans ces dernières années du grand nombre de bacilles trouvés dans les gaines nerveuses.

Il est probable en effet que c'est sous l'influence d'une irritation d'abord, puis d'une compression excessive de la fibre nerveuse, par accumulation des micro-organismes, que se produisent les différents troubles de la sensibilité et de la nutrition que nous venons de passer en revue. La séborrhée abondante constatée chez quelques-uns de ces malades est justiciable de la même interprétation et semble bien devoir être causée par une irritation spécifique portant sur les glandes sébacées.

Quant à la forme tuberculeuse, nous en avons ici le tableau sous nos yeux ; elle est caractérisée essentiellement par la production de tubercules qui ont pour siège de prédilection la face, les membres, les muqueuses et les organes des sens. L'appareil de la vision est souvent envahi dès le début, et la lésion aboutit à la fonte du globe oculaire tout entier. Les tubercules, comme les taches, semblent être les foyers de production du bacille, et c'est en se reposant sur cette idée qu'on avait proposé de cautériser ou d'exciser ces tubercules comme on avait excisé la manifestation primitive de la syphilis, le chancre induré.

Nous n'avons pas à revenir sur les différents symptômes présentés par cette malade, cependant nous attirons l'attention en terminant sur les lésions osseuses. Celles-ci en effet ne sont pas habituelles à la lèpre tuberculeuse, et on pourrait être tenté de les attribuer à la syphilis; mais les renseignements donnés par la malade sont tellement affirmatifs sur ce point, que l'attribution des accidents actuels à cette affection ne pourrait être qu'une pure hypothèse et ne reposerait sur aucun fondement. Nous devons dire en outre que le produit d'une des ulcérations, examiné par M. L. Blanc, a laissé déceler la présence du microbe caractéristique de la lèpre, ce qui lève tous les doutes au point de vue de l'affection que nous avons sous les yeux, dont tant de caractères cliniques du reste assurent l'origine.

TRAVAUX ORIGINAUX

Épidémiologie.

Deux cas d'une maladie rappelant la « fièvre dengue » et observée a Reims, par M. le docteur O. Guelliot.

Vers le milieu de juin dernier, arrivait à Reims une famille venant de Tunis; des trois enfants, le plus jeune, un petit garçon de deux ans, était atteint d'une angine grave contractée avant le départ et qui prit tout de suite une allure inquiétante. Bientôt la diphthérie s'étendit au larynx et je dus pratiquer la trachéotomie dans la nuit du 18 juin. La canule fut définitivement enlevée le 25 et l'enfant fit sa première promenade en voiture le 4 juillet.

Il semblait donc complètement guéri quand survinrent des accidents qui mirent de nouveau sa vie en danger.

Dès l'arrivée à Reims, le petit malade avait été absolument isolé. Or, sa sœur, âgée de quatre ans, avait été prise vers le 22 juin, soit une dizaine de jours après le départ d'Afrique, d'un malaise simulant l'embarras gastrique : fièvre, céphalalgie, abattement, langue étalée et blanche, anorexie complète. Quelques jours après, apparaissait une éruption bizarre et ressemblant peu à celles que nous avons l'habitude d'observer : autour de la bouche et du nez, au niveau des tempes, étaient disséminés des boutons blancs, les uns papuleux et assez durs, les autres un peu ramollis à leur sommet et en voie de pustulation. Malgré les purgatifs, le sulfate de quinine, puis les toniques, la convalescence se faisait mal ; cependant l'enfant reprenait ses promenades, et, au jour indiqué plus haut, le 4 juillet, je crus pouvoir permettre une promenade commune avec le frère dont la santé paraissait parfaite.

Le lendemain de cette sortie, la petite fille avait une rechute, caractérisée par un mouvement fébrile peu intense, et surtout par une nouvelle éruption toute différente de la première; sur les poignets, mais surtout sur le cou, on voyait quelques plaques sans saillie, d'un rouge pâle, d'une largeur de 1 ou 2 centimètres, en général ovalaires. Cette sorte de roséole me déconcertait un peu ; mais un symptôme survenu en même temps me mit sur la voie du diagnostic : l'enfant avait la tête immobilisée par un torticolis qui lui donnait une attitude spéciale : je me souvins des descriptions de *fièvre dengue* que j'avais lues et je me rappelai que les auteurs y insistaient sur la fréquence de la double éruption et sur les douleurs musculaires; en consultant ces auteurs, en relisant en particulier l'excellent article de Mahé dans le *Dictionnaire encyclopédique* et la clinique publiée cette année même par H. de Brun dans la *Semaine médicale*, j'y trouvai une confirmation de mes soupçons : symptômes gastriques, rémission et rechute, éruption polymorphe et dichrone, torticolis (*mal de girafe*), tout y était.

Mais voici qui venait encore à l'appui du diagnostic.

Le petit garçon, lui aussi, commençait, dès le lendemain du contact qu'il avait eu avec sa sœur, à refuser les aliments; il prenait de la fièvre, puis apparaissait la même éruption papuleuse suivie des mêmes plaques roses, mais beaucoup plus étendues que chez la petite fille : il y en avait aux doigts, aux poignets, quelques-unes très rares sur le tronc; au niveau du cou, elles devenaient confluentes, et, leur couleur s'exagérant quand l'enfant pleurait, elles formaient alors une sorte de *minerve* rouge; c'était bien la fièvre rouge, la *rosalia*. Il fallut une dizaine de jours pour que les dernières taches disparussent. L'enfant, qui se plaignait de douleurs dans les jambes, reprit très lentement son appétit et ses forces; le 4 août, sa sœur et lui partirent enfin pour la campagne, ne gardant de leurs maladies que des adénites sous-maxillaires dont la résolution se fit fort lentement.

Dès que l'idée de la fièvre dengue me fut venue, j'écrivis à Tunis au docteur Lallemand, médecin de la famille. Mais notre confrère avait quitté l'Afrique et il ne reçut ma lettre qu'à Valence.

« Les phénomènes qu'ont présentés les enfants de Mme X..., nous répondit-il, sont bien ceux de la dengue. Mais je n'en ai observé aucun cas semblable à Tunis pendant le long séjour que j'y ai fait... » (22 juillet 1889).

Tout autre diagnostic que celui de *dengue* nous semble cependant bien difficile à admettre. Il faut supposer que la petite fille est partie de Tunis pendant la période d'incubation de la fièvre. Celle-ci se serait déclarée une dizaine de jours après son arrivée en France.

Une question intéressante et encore en suspens est celle de la contagiosité de la dengue; elle est niée par les Anglais. Faut-il admettre que notre petite malade a contaminé son frère qui a été atteint dès le lendemain du jour où il passa une demi-heure avec elle? ou bien, l'enfant aurait-il pris la dengue au même foyer, et son évolution aurait-elle été retardée par la diphthérie dont il a puisé les germes à peu près en même temps? Nous avons tous été témoins du retard d'absorption pour les médicaments chez les enfants atteints de croup, et des vomissements qui surviennent parfois après la trachéotomie

alors que la circulation reprend son énergie et que l'ipéca ou le tartre stibié accumulés dans les voies digestives avant l'opération se trouvent tout à coup absorbés. Peut-être pareil phénomène expliquerait-il le retard dans l'envahissement de l'organisme par l'agent encore inconnu de la fièvre dengue?

En tout cas — et bien que faisant toutes réserves voulues au sujet d'une erreur de diagnostic possible, mais, on en conviendra, vraiment excusable — il nous a paru utile de publier ces faits qui montrent, s'il s'agit bien de *dengue*, que la rapidité des moyens actuels de locomotion nous expose à observer des maladies d'origine exotique et dont la symptomatologie est en général mal connue de ceux qui n'ont pas eu l'occasion d'en faire une étude spéciale.

Clinique médicale.

Contribution a l'étiologie de la fièvre typhoïde. Communication faite à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 13 décembre 1889, par M. Vaillard, médecin-major de première classe, professeur agrégé du Val-de-Grâce.

Pour donner une suite à la communication si intéressante de M. Chantemesse *Sur la fièvre typhoïde à Paris* (séance du 8 novembre 1889), permettez-moi de vous soumettre quelques documents personnels ayant trait à la question, toujours ouverte, de l'étiologie de cette maladie, ou plutôt du rôle qui revient à l'eau potable dans sa propagation; j'y ajouterai certains faits montrant que, dans les habitations collectives, les poussières des planchers et de l'entrevous peuvent aussi recéler l'agent pathogène de la fièvre typhoïde et servir à sa transmission.

Dire que l'eau potable est le véhicule fréquent du germe typhique, que l'on en peut fournir la preuve dirimante par les procédés de la bactériologie, c'est, aujourd'hui, courir le risque de produire une affirmation quelque peu banale, sinon inutile. Nombreux, en effet, sont les exemples d'épidémies imputées à la pollution des eaux ; ils se multiplient même tous les jours depuis que l'attention des médecins est mieux sollicitée dans ce sens. Si pour beaucoup de ces cas on ne peut citer d'autre preuve que le mode évolutif de l'épidémie, la répartition des cas, la présomption sinon la certitude du mélange plus ou moins facile des matières de vidange avec les rivières, les puits ou les eaux canalisées, pour beaucoup d'autres, à la vérité, nous possédons des témoignages plus irrécusables, ceux qui résultent de la constatation du bacille typhique dans les eaux incriminées. Les premières preuves de ce genre sont dues à Mörs, de Mulheim sur le Rhin (1885), puis à Michaël, de Dresde (1886), qui parvinrent à isoler le bacille d'Eberth dans des eaux de puits dont la consommation avait été la cause d'une épidémie typhoïde. Presque à la même époque MM. Chantemesse et Widal exposaient ici même, dans une communication dont vous n'avez certes pas perdu le souvenir, les résultats positifs de leurs recherches sur l'eau d'une borne-fontaine de Ménilmontant, d'un puits de Pierrefonds, du réservoir d'une maison de Clermont-Ferrand ; en même temps ils décrivaient la technique à suivre pour la recherche du bacille typhique dans ces conditions. Depuis lors les constatations du même genre se sont multipliées. En France, MM. E. Roux (épidémie de Quimper), Thoinot, Loir (eau de Seine), Chantemesse (épidémie de Belvès), Macé (épidémies de Nancy, de Sézanne), Arloing et Morat (épidémie de Cluny), Marié-Davy (épidémie de Varzy), Roux (de Lyon), etc., démontrent que certaines eaux justement suspectées dans le développement d'une épidémie de fièvre typhoïde véhiculaient l'agent spécifique de cette maladie. En Autriche, Kowalski trouve cinq fois le bacille typhique dans des conditions identiques. A Coïmbre (Mello Cabral et Da Rocha), à Odessa, la même démonstration est fournie. En Allemagne, Beumer, à propos de l'épidémie de Wackerow près de Greisswald, isole le bacille typhique dans l'eau d'un puits qui servait à l'alimentation du village. Tout récemment enfin Petrescü déclarait au Congrès d'hygiène avoir trouvé le même agent pathogène dans plusieurs puits de la ville de Bucharest. Encore cette énumération est-elle sans doute fort incomplète, car je ne prétends pas connaître tous les faits où la recherche du bacille typhique a été poursuivie avec succès.

Malgré ces preuves multiples venant de points très différents, quelques auteurs persistent à ne pas attribuer à la contamination des eaux potables la part légitime et grande qui lui revient dans l'étiologie de la fièvre typhoïde ; s'appuyant sur des expériences de laboratoire, ils essayent de montrer que les eaux vulgaires constituent un milieu absolument antipathique aux bactéries pathogènes et que, par suite, leur adultération est, sinon négligeable, du moins de faible importance. D'autres (et ce sont des microbiologistes dont le nom fait autorité) proclament, à la vérité, le rôle considérable des eaux potables dans la propagation de la fièvre typhoïde, mais affectent de considérer comme douteuses les preuves bactériologiques que l'on cite à l'appui ; invoquant les difficultés de la recherche du bacille typhique et l'impossibilité où ils se sont trouvés de déceler sa présence dans des eaux notoirement coupables d'avoir fomenté une épidémie typhoïde, ils semblent insinuer que les constatations de ce genre ne sont nulle part plus faciles qu'en France, trop faciles peut-être pour ne pas laisser place à quelques soupçons sur leur parfaite légitimité.

En pareille occurrence, il m'a paru utile d'ajouter aux faits déjà signalés ceux qu'il m'a été donné d'observer. Ayant été chargé, au laboratoire du Val-de-Grâce, d'analyser les eaux distribuées dans les garnisons de France, principalement lorsque la fièvre typhoïde venait à y sévir, j'ai pu, plusieurs fois, pendant le cours de ces épidémies, démontrer la présence du bacille typhique dans les eaux d'alimentation. Ces faits sont au nombre de cinq. Je les rapporterai brièvement; s'ils n'ont pas le mérite de la nouveauté, du moins ils formeront un contingent de preuves à l'actif des vues étiologiques qui tendent de plus en plus à prévaloir.

I. — Au mois de mars 1889 éclate dans le régiment de cavalerie stationné à Melun une épidémie de fièvre typhoïde dont la répartition semblait indiquer que la cause en pouvait être due à la contamination de certaines eaux potables. Le régiment tirait son eau de sept puits creusés dans la caserne et aussi de la canalisation en eau de Seine. Des échantillons de cette dernière ainsi que des sept puits en usage, prélevés avec toutes les précautions voulues, me sont remis sans indication aucune des soupçons qui pesaient sur l'un ou sur l'autre. L'analyse bactériologique permet de trouver facilement, et en quantité notable, le bacille typhique dans deux de ces échantillons. Or les renseignements fournis après la notification de l'analyse m'ont appris que la fièvre typhoïde n'avait atteint précisément que les escadrons faisant usage des puits dans lesquels le bacille typhique avait été trouvé ; les autres parties du régiment s'alimentant aux puits non contaminés étaient restées indemnes, à l'exception toutefois de deux cavaliers, je crois, qui par la nature de leur service se trouvaient à proximité des puits souillés et y puisaient habituellement leur eau de boisson. J'ignore la cause qui a pu provoquer la contamination des deux puits.

II. — La fièvre typhoïde est endémique dans la population civile et militaire de Cherbourg. Très fréquente parmi les troupes de la marine, elle est, au contraire, relativement rare parmi celles qui relèvent de la guerre. Or toutes les troupes de la marine boivent l'eau de la rivière la Divette, tandis que les secondes consomment l'eau de source ou des

eaux de citerne; exception doit être faite pour une compagnie qui, logée à la caserne du Val-de-Saire, fait usage de l'eau de la Divette, et c'est précisément cette compagnie qui fournit la plupart des cas de fièvre typhoïde observés dans l'armée de terre. Cette répartition quasi permanente de la maladie conduisit M. le médecin-major Collignon à incriminer nettement l'eau de la Divette comme facteur principal dans les épidémies typhoïdes qui sévissent chaque année à Cherbourg. A l'occasion de l'une de ces épidémies, en septembre 1888, un échantillon de l'eau suspecte m'est envoyé pour l'analyse bactériologique. J'y trouvai, indépendamment de nombreuses bactéries dites de la putréfaction et du *bacterium coli commune*, le bacille typhique. Le fait n'avait rien de surprenant : « La Divette, dit M. Collignon, est captée par une pompe élévatoire presque à l'entrée de la ville. Sur tout son parcours elle est souillée par les déjections et les immondices de plusieurs villages et de nombreuses fermes situées sur ses bords. De plus, et c'est le point capital, elle l'est encore davantage par les conséquences d'une funeste habitude locale : les populations voisines de Cherbourg utilisent pour engraisser leurs prairies artificielles, notamment celles de la vallée de la Divette, le produit brut des fosses d'aisances de la ville. Celui-ci, lavé par les pluies, est ramené au thalweg et à la rivière avec tous les micro-organismes contenus dans les matières fécales. Or la fièvre typhoïde et la dysenterie sont endémiques à Cherbourg; il y a donc une sorte de va-et-vient des germes typhogènes et autres. Les épidémies prennent naissance, en général, à la suite des grandes pluies et surtout des orages. » Tel avait été le cas pour celle qui provoqua l'analyse de l'eau.

III. — Au mois de mai 1888, une épidémie de fièvre typhoïde éclate brusquement dans la garnison de Mirande. Les eaux potables sont soupçonnées. Trois échantillons sont expédiés au laboratoire du Val-de-Grâce sans indication de la nature des eaux soumises à l'analyse.

Dans l'un de ces échantillons j'isole le bacille typhique et le *bacterium coli commune;* les deux autres paraissaient exempts de toute souillure dangereuse. Après notification du résultat de l'analyse, M. le médecin-major Boutié m'informe que l'échantillon dans lequel le bacille typhique avait été trouvé provenait du réservoir d'eau de la Baïse journellement utilisé par la garnison; les deux autres étaient tirés de puits presque hors d'usage. Comment s'était produite la contamination? Cela ressortira clairement des détails suivants dus à l'obligeance de M. Boutié.

En face de la caserne de Mirande existe un bureau d'octroi. Dans le courant du mois d'avril, la femme du préposé y tombe malade d'une fièvre typhoïde grave; ses selles, à défaut de latrines, sont déversées chaque jour dans un ruisseau-égout contigu à la maison d'habitation. Ce ruisseau, après un parcours peu étendu, vient se jeter dans la Baïse à 25 mètres environ du point où une machine élévatoire opère la prise d'eau qui sert à alimenter la caserne et une partie de la ville de Mirande. Or, c'est vers le 15 mai qu'on observe brusquement dans la garnison un très grand nombre de cas de fièvre typhoïde; en même temps quelques personnes de la ville sont atteintes. Pendant les jours qui suivent la fièvre typhoïde continue à sévir sur toutes les parties de la caserne, mais disparaît aussitôt que le déplacement de la troupe est ordonné.

IV. — En novembre 1888 éclate, à Bourg-en-Bresse, une épidémie de fièvre typhoïde dont l'histoire a été relatée par M. le docteur Passerat (*Lyon médical*, 1889). Jusqu'à cette époque, dit ce confrère, la maladie ne s'était jamais montrée d'une manière épidémique dans cette ville. On en citait les cas isolés comme des événements rares et curieux. L'invasion se fit avec une telle rapidité qu'en moins de dix jours dix-sept cas étaient signalés à la caserne et vingt-cinq en ville; le chiffre total des atteintes s'éleva à quatre-vingts.

L'affection frappe tous les quartiers, mais certains groupes de maisons, certaines agglomérations présentent une immunité remarquable. Il importe de dire immédiatement que la ville de Bourg est alimentée en eau de boisson par la canalisation des sources de Lent et aussi par de nombreux puits creusés dans la même nappe souterraine. La première distribue l'eau dans tous les quartiers, mais certains établissements ont conservé leur ancien mode d'approvisionnement; des pompes vont puiser l'eau dans la nappe aquifère locale. « Or l'examen de l'épidémie montra que tous les établissements tirant exclusivement leur eau de boisson de la nappe locale sont exempts de la fièvre typhoïde, et que tous les établissements recevant l'eau de la canalisation municipale présentent des cas de cette maladie. Dans les premiers, pas un cas de fièvre typhoïde; dans les seconds, y compris la caserne, au moins quarante cas. En comparant la population des deux séries, on voit cependant que la population des établissements indemnes atteint presque le chiffre de 4500 personnes, tandis que les autres n'en comptent guère plus de 2000. »

La pollution des eaux de Lent (canalisation municipale) semblait devoir être incriminée avec juste raison. Un échantillon de cette eau me fut remis le 28 novembre et l'analyse bactériologique y décela la fréquence du bacille typhique.

Quelle était la cause de cette contamination? L'eau a-t-elle été souillée à son origine ou pendant son trajet entre Lent et les bouches de distribution à Bourg? M. le docteur Passerat estime que la pollution a dû se produire au niveau des champs de captage des sources de Lent et par le fait de circonstances qu'il indique avec détails dans le mémoire auquel il a été fait allusion.

V. — Les épidémies de fièvre typhoïde sont fréquentes et graves dans la garnison de Chatellerault, aussi bien, je crois, que dans la population civile. Le casernement habité par la troupe est neuf, bien aéré, convenablement aménagé, presque irréprochable, et cependant la dothiénentérie y règne pour ainsi dire chaque année. A l'occasion de l'une de ces épidémies, en juin 1888, un échantillon de l'eau potable distribuée à la troupe est expédié au Val-de-Grâce; après une série d'essais d'abord infructueux, je parviens à y rencontrer des spécimens typiques du bacille d'Eberth.

Dans ce cas le mécanisme de la souillure est facile à saisir. L'eau potable que consomme la garnison est fournie par la Vienne. Cette rivière reçoit sur son parcours les déjections de la ville et la prise d'eau qui alimente le réservoir de la caserne est faite en aval des points où se déversent les égouts.

Je passerai sous silence les procédés techniques mis en œuvre pour isoler le bacille typhique dans ces différents cas et me bornerai à dire que sa recherche a été parfois laborieuse, difficile, nécessitant jusqu'à 10, 15, 30 tentatives avant d'arriver au but; que la détermination certaine de son identité est semée d'embûches et de causes d'erreurs. J'ajouterai encore, afin de prévenir les critiques, que j'ai eu pour règle invariable de ne jamais affirmer la présence du bacille typhique dans les eaux avant d'avoir soumis l'organisme considéré comme tel à l'épreuve des cultures comparatives faites avec le bacille d'Eberth extrait de la rate d'un typhique. Les deux organismes étaient ensemencés parallèlement dans des milieux rigoureusement identiques (*bouillon, gélatine, gélose faits et stérilisés le même jour; tranches de pomme de terre taillées dans le même tubercule, cuites et stérilisées simultanément*) et placés à la même température; l'identité n'était admise que lorsque les cultures, par leur mode de développement et leurs caractères généraux, se montraient strictement semblables.

Dans l'état actuel de la science, je ne sache pas que nous possédions un criterium plus sûr, et j'ai cru légitime de conclure qu'un organisme présentant tous les caractères morphologiques du bacille décrit par Eberth-Gaffky, se cultivant dans les divers milieux d'une manière strictement conforme en tout point, ne devait être, ne pouvait être, en bonne logique, que le bacille typhique lui-même.

Peut-être ai-je dû à ce contrôle obligatoire de ne pas affirmer la présence du bacille typhique dans des eaux où sans doute il existait; et ceci demande explication.

Quelquefois, en des circonstances où l'observation pure et simple semblait imposer la contamination certaine des eaux potables, j'ai rencontré des organismes qui ne se différenciaient du bacille d'Eberth-Gaffky que par de légères variantes dans leurs modes de culture sur gélatine ou sur pomme de terre. Sur ce dernier milieu, par exemple, la culture était plus épaisse, un peu teintée de jaune. Ces caractères n'appartiennent pas ou ne sont pas décrits au bacille typhique récemment extrait de la rate d'un sujet atteint de dothiénentérie; aussi ai-je eu garde alors de conclure à l'identité. Cependant on sait que le bacille qui a vieilli dans les cultures peut présenter des aspects semblables sur la pomme de terre. D'autre part les recherches que je poursuis en ce moment avec mon collaborateur, M. le docteur Vincent, me conduisent à penser que, par le fait de certaines conditions, comme le séjour plus ou moins prolongé dans l'eau commune ou stérilisée, le bacille typhique peut subir des modifications qui l'éloignent singulièrement du type officiel. Sans entrer dans le détail de faits qui feront l'objet d'un travail ultérieur, je dirai seulement que les conditions visées transforment le bacille typhique au point de le rendre presque méconnaissable, d'apporter du moins de sérieuses difficultés à son identification. Sa culture sur pomme de terre qui, sans être absolument caractéristique (1), constitue cependant un élément de premier ordre pour la diagnose, devient alors plus épaisse et légèrement colorée en jaune pâle ou jaune brun. Cette particularité est bien de nature à dérouter les investigations du microbiologiste, s'il n'admet comme légitime que le bacille typhique réunissant tous les caractères décrits par Gaffky et chez nous par MM. Chantemesse et Widal; il n'osera considérer comme tel un bacille typhique que les conditions dans lesquelles il a vécu auront modifié suivant le sens indiqué. Assurément j'ai rencontré des circonstances de ce genre et je me suis abstenu de conclure à la présence du bacille typhique; je me suis abstenu afin de garder à mes conclusions toute la rigueur désirable, mais peut-être, mieux éclairé aujourd'hui, agirais-je autrement.

Les faits rapportés ci-dessus me semblent constituer une nouvelle preuve du rôle de l'eau de boisson comme vecteur du germe typhique et surtout de la possibilité d'y déceler réellement sa présence; c'est d'ailleurs le seul titre qu'ils avaient à vous être soumis. Ajouterai-je qu'ils ont concouru pour leur part à démontrer l'urgente nécessité de certaines mesures prophylactiques? Une vaste enquête prescrite par le ministère de la guerre et poursuivie par le Directeur du service de santé a établi combien souvent était défectueuse l'eau distribuée dans les diverses garnisons de France, combien aussi étaient fréquentes les relations entre le règne de la fièvre typhoïde et la mauvaise qualité des eaux potables; l'analyse bactériologique, en démontrant l'existence de l'agent pathogène dans quelques-unes ou l'impureté notoire de beaucoup d'autres, a fourni la preuve convaincante de leur nocuité. Aussi l'administration centrale s'est-elle efforcée d'obtenir des municipalités qu'une eau pure soit servie aux troupes, que l'eau de source soit substituée partout à l'eau de rivière ou de puits; de là encore la décision prise, soit à titre temporaire en attendant l'eau de source, soit à titre définitif pour purifier les eaux là où les sources manquent, de pourvoir les casernes en nombre suffisant de filtres Chamberland. Distribuer de l'eau pure et, à son défaut, de l'eau rigoureusement débarrassée de ses germes dangereux, tel est le but actuellement poursuivi.

Ces mesures prophylactiques sont presque partout en cours d'exécution et les bénéfices qui en ressortiront pour la santé du soldat sont, je n'en doute pas, absolument certains.

Est-ce à dire que la souillure des eaux potables constitue l'unique cause de l'entretien de la fièvre typhoïde dans les grandes agglomérations, que la visée exclusive, le seul effort de la prophylaxie doive consister à faire distribuer des eaux de boisson absolument pures?

Sans doute, l'eau est le véhicule le plus ordinaire, le plus important peut-être, le plus redoutable assurément du germe typhique. Supprimer ce facteur, c'est diminuer sûrement et dans des proportions considérables les chances de diffusion de la maladie; c'est simplifier aussi les recherches à faire sur les autres voies et moyens que peut prendre l'agent pathogène pour arriver jusqu'à l'homme, car du jour où on n'aura plus à mettre en doute la qualité des eaux potables, les diverses inconnues du problème étiologique deviendront plus faciles à résoudre. Mais on ne saurait laisser croire que le seul fait de fournir des eaux rigoureusement pures assurera partout, et dans toutes les circonstances, l'extinction de la fièvre typhoïde. Personne, même parmi les partisans les plus résolus de la propagation de la maladie par les eaux potables, n'a songé à soutenir que cette condition étiologique suffisait à expliquer tous les faits et tous les cas, que l'eau seule était redoutable et qu'il était inutile de chercher ailleurs les causes de la dothiénentérie. On admet et on sait, au contraire, qu'il existe d'autres modes de contamination, que l'agent pathogène peut et doit résider en des milieux différents où nous risquons de le puiser par des procédés multiples. Il ne m'appartient pas d'envisager ici ce côté de la question et de fouiller dans tous ses détails le problème étiologique. La tâche d'ailleurs serait bien malaisée; pourra-t-on jamais suivre un germe dans toutes ses pérégrinations possibles, depuis sa sortie de l'organisme malade jusqu'à son arrivée au contact de l'organisme qu'il va infecter? pourra-t-on expliquer toujours, dans leur filiation, les cas isolés de fièvre typhoïde, les cas dits sporadiques?

Je désire toutefois vous signaler un fait particulier qui, s'il a été bien observé, me paraît mériter attention; il confirme une opinion maintes fois émise par des épidémiologistes militaires, à savoir que les poussières réparties à la surface ou dans les interstices des planchers peuvent éventuellement receler la cause de la fièvre typhoïde, et que cette circonstance est de nature à expliquer soit la permanence, soit la localisation plus accentuée de la maladie dans certaines casernes ou dans quelques chambres d'une même caserne. Le document dont il s'agit est un travail du médecin militaire russe Chour, ayant pour titre : *Une épidémie de fièvre typhoïde causée par les poussières dans la caserne Hammermann;* il a été traduit du russe par M. le médecin-major Lelong et j'en dois la connaissance à l'obligeance de M. le Directeur du service de santé au ministère de la guerre. Voici le fait brièvement commenté :

Deux régiments d'infanterie stationnés à Jitomir et recevant la même eau potable sont inégalement atteints par la fièvre typhoïde. L'un, le 127e, fournit une morbidité de 9,6 pour 1000 en 1885 et de 3,2 pour 1000 en 1886; l'autre, le régiment de Kourtk, présente pendant les mêmes périodes une morbidité bien plus élevée et dont l'étude détaillée aboutit à des constatations significatives.

(1) J'ai rencontré dans l'eau et dans le sol un bacille mobile, se décolorant par la méthode de Gram et qui présente sur la pomme de terre, mais sur ce milieu seulement, un développement tout à fait semblable à celui du bacille typhique.

Ce régiment de Kourlk est réparti en des points différents de la ville. La fraction logée à la caserne Hammermann se fait remarquer par une morbidité typhoïde de beaucoup supérieure à celle qui est relevée pour l'ensemble des autres parties du même corps. Tandis, en effet, que les atteintes portant sur ces dernières étaient de 11 pour 1000 en 1885 et de 16 pour 1000 en 1886, elles se chiffraient à la caserne Hammermann par 15 pour 1000 en 1885 et 50,7 pour 1000 en 1886. Une donnée plus importante encore se dégage des éléments de la statistique : parmi les troupes de la caserne Hammermann, une compagnie, la 4ᵉ, est surtout frappée en 1886 et fournit à elle seule 14 cas de fièvre typhoïde sur un effectif de 90 hommes, soit la proportion énorme de 155 pour 1000.

Cette manifestation intensive de la maladie en une partie limitée de la caserne Hammermann suggérait l'idée d'un facteur étiologique localisé en quelque sorte dans les chambres dont les occupants étaient si éprouvés. Aussi en décembre 1886 le médecin en chef du corps d'armée provoqua-t-il l'évacuation des locaux occupés par la 4ᵉ compagnie, et la désinfection énergique non seulement des murs et planchers, mais encore des effets d'habillement et de la literie. Ceux-ci furent soumis à la vapeur d'eau, les planchers furent enlevés, tout l'entrevous fut imprégné d'acide phénique à 5 pour 100 et son contenu renouvelé. Le stucage des murs et des plafonds fut démoli; on fit vaporiser dans les chambres du chlore mélangé à de l'acide phénique à 5 pour 100, enfin toutes les boiseries furent repeintes à neuf.

Après l'exécution de ces mesures radicales la 4ᵉ compagnie occupe à nouveau son casernement habituel; sa morbidité typhoïde se réduisit à 1,7 pour 1000 en 1887, et devint nulle en 1888.

Or, pendant le même laps de temps, dans les chambres de la caserne qui n'avaient pas été soumises à la désinfection, la fièvre typhoïde continuait à sévir avec persistance, donnant une morbidité de 22 pour 1000 en 1887 et de 33 pour 1000 en 1888, alors que les atteintes n'étaient que de 11 pour 1000 et de 16 pour 1000 dans l'ensemble des autres parties de la garnison.

La disparition si remarquable de la maladie dans les locaux soigneusement désinfectés, sa persistance, au contraire, et à un taux élevé, dans ceux qui n'avaient été l'objet d'aucune mesure de ce genre, apportaient une confirmation de plus à l'hypothèse d'une cause locale, inhérente à l'habitat lui-même. Sur l'avis du médecin en chef du corps d'armée, les poussières du plancher et de l'entrevous des chambres infectées furent soumises à un examen bactériologique. Dans ces poussières éminemment riches en microbes (14 millions par gramme), on parvint à déceler la présence du bacille typhique; c'était l'explication précise des particularités mises en lumière par la statistique et la démonstration complète du rôle joué par les souillures des parquets dans la fréquence plus grande de la fièvre typhoïde à la caserne Hammermann.

Les chambres contagionnées furent immédiatement évacuées et les hommes allèrent camper dans un bois voisin de Jitomir. Trois cas furent encore constatés du 5 au 20 mars chez des hommes qui avaient quitté la caserne en état d'incubation ; mais à partir de cette époque, aucun cas ne fut constaté, ce qui permit de considérer la maladie comme éteinte.

D'où provenait l'agent pathogène ainsi répandu dans les poussières du plancher et de l'entrevous? On ne peut que le soupçonner. Il est plus facile d'expliquer comment il a pu sortir de ce milieu pour infecter les individus : les secousses imprimées par la marche, un courant d'air un peu vif, chaque balayage soulèvent avec les poussières les germes qu'elles supportent ; ceux-ci passent dans l'atmosphère où l'appareil pulmonaire les capte, se déposent à la surface des aliments, des ustensiles de table ou autres objets qui facilitent leur introduction directe dans le tube digestif.

En ce qui concerne la constatation du bacille typhique dans les poussières des planchers et de l'entrevous, il importe de dire que le fait rapporté par le docteur Chour n'est pas isolé dans la science. Tryde et Salomonsen, en 1884, ont pu trouver le bacille typhique non seulement dans le sol, mais encore dans le plancher d'une caserne de Copenhague infestée par la dothiénentérie. Utpadel, à Augsbourg, Birch-Hirschfeld, à Leipzig, d'après une citation que j'emprunte au docteur Chour, auraient de même décelé la présence du bacille typhique dans des circonstances absolument identiques.

Ces faits ont une moralité qu'il est, je crois, bon d'entendre ; ils nous montrent qu'en certains cas, l'endémicité ou la fréquence plus grande de la fièvre typhoïde dans les habitations collectives sont peut-être imputables à la présence de l'agent pathogène parmi les poussières des parquets. La notion n'est pas neuve en tant qu'hypothèse, mais elle n'avait pas encore reçu de confirmation positive.

S'il est indispensable de veiller à la bonne qualité des eaux potables, il ne sera pas inutile d'envisager aussi les dangers qui peuvent éventuellement venir des poussières répandues dans les locaux habités, surtout lorsqu'il s'agit d'habitations collectives. Ces dangers sont connus pour ce qui a trait à la tuberculose. Cornet a prouvé de la manière la plus saisissante la présence du bacille tuberculeux à l'état virulent dans les poussières des salles d'hôpital, des chambres où un phthisique crache sur le plancher, dans son mouchoir. M. Marfan en fournissait récemment une nouvelle preuve par ce lamentable récit d'une épidémie de phthisie pulmonaire (14 décès en 11 ans) observée dans le bureau d'une grande administration civile de Paris et dont le point de départ était la contamination d'un plancher défectueux par les crachats d'un premier phthisique. Ce qui est vrai de la tuberculose paraît l'être également pour la fièvre typhoïde et pour d'autres affections transmissibles, la pneumonie, la diphthérie, par exemple. Je ne crois donc pas trop m'avancer en disant : la question des planchers et des poussières qu'ils recèlent s'impose à l'attention de ceux qui s'occupent de la prophylaxie des maladies infectieuses.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 10 DÉCEMBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

(Fin. — Voyez le numéro 50.)

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1890.

(Les concours seront clos fin février 1890.)

Prix de l'Académie (1000 francs). — Question : *Des pelades.*

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil) (800 francs). — Ce prix sera distribué à l'auteur du meilleur mémoire ou œuvre inédite, dont le sujet restera au choix de l'auteur sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Amussat (800 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basés simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Prix Barbier (2200 francs). — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc.

Prix Henri Buignet (1500 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

Prix Capuron (1000 francs). — Question : *De l'avortement à répétition et des moyens d'y remédier.*

Prix Civrieux (900 francs). — Question : *Des névrites.*

Prix Daudet (1000 francs). — Question : *De la leucémie.*

Prix Desportes (1300 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Prix Falret (1000 francs). — Question : *Des folies diathésiques.*

Prix Ernest Godard (1000 francs). — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

Prix Herpin (de Metz) (1200 francs). — Question : *Traitement abortif de l'anthrax.*

Prix de l'hygiène de l'enfance (1000 francs). — Question : *De l'éducation des organes des sens, de la vue et de l'ouïe dans la première et la deuxième enfance.*

Prix Laborie (5000 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix Laval (1000 francs). — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant.

Prix Lefèvre (1800 francs). — Question : *De la mélancolie.*

Prix Meynot (2600 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

Prix Adolphe Monbinne (1500 francs). — M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

Prix Orfila (2000 francs). — Question : *Existe-t-il dans l'air, dans l'eau ou dans le sol, des corps, de nature animée ou purement chimiques, aptes à développer l'impaludisme, lorsque, par les moyens ordinaires ou expérimentaux, ils s'introduisent dans l'économie animale?*

Prix Oulmont (1000 francs). — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat. (Chirurgie.)

Prix Perron (3800 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du mémoire qui paraîtra à l'Académie le plus utile au progrès de la médecine.

Prix Portal (800 francs). — Question : *Du mal perforant.*

Prix Pourat (1200 francs). — Question : *Déterminer par des expériences précises s'il existe un ou plusieurs centres respiratoires.*

Prix Saint-Lager (1500 francs). — Ce prix sera décerné à l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses.

Prix Saint-Paul (25 000 francs), pour la fondation d'un prix de pareille somme, qui serait décerné à la personne, sans distinction de nationalité, ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphthérie.*

Prix Stanski (1800 francs). — Ce prix sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance.

Prix Vernois (700 francs). — Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1891.

(Les concours seront clos fin février 1891.)

Prix de l'Académie (1000 francs). — Question : *De la part de l'air dans la transmission de la fièvre typhoïde.*

Prix Alvarenga (800 francs). — Ce prix sera distribué à l'auteur du meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Barbier (2000 francs) (comme pour 1890).

Prix Henri Buignet (1500 francs) (comme pour 1890).

Prix Capuron (1000 francs). — Question : *De l'action des eaux salines sur les fibromes utérins.*

Prix Civrieux (900 francs). — Question : *Des rémissions dans la paralysie générale des aliénés.*

Prix Daudet (1000 francs). — Question : *Du traitement chirurgical du goître et de ses conséquences immédiates ou éloignées.*

Prix Desportes (1300 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Prix Ernest Godard (1000 francs). — Au meilleur travail sur la pathologie externe.

Prix Itard (2700 francs). — Ce prix sera accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

Prix Laborie (5000 francs) (comme pour 1890).

Prix Laval (1000 francs) (comme pour 1890).

Prix Meynot (2600 francs) (comme pour 1890).

Prix Adolphe Monbinne (1500 francs) (comme pour 1890).

Prix Oulmont (1000 francs). — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat. (Médecine.)

Prix Portal (800 francs). — Question : *Anatomie pathologique des érysipèles.*

Prix Pourat (1200 francs). — Question : *De la tension sanguine intravasculaire.*

Prix Vernois (700 francs) (comme pour 1890).

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1892.

(Les concours seront clos fin février 1892.)

Prix de l'Académie (1000 francs). — Question : *Phénomènes circulatoires, thermiques et chimiques de la contraction des muscles striés.*

Prix Alvarenga (800 francs) (comme pour 1890).

Prix Amussat (800 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basés simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Prix Barbier (2000 francs) (comme pour 1890).

Prix Henri Buignet (1500 francs) (comme pour 1890).

Prix Adrien Buisson (9000 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

Prix Capuron (1000 francs). — Question : *De la phlegmatia alba dolens au point de vue obstétrical.*

Prix Civrieux (900 francs). — Question : *Établir, par des recherches cliniques et anatomopathologiques, la nature des pseudo-paralysies saturnine et alcoolique*

Prix Daudet (1000 francs). — Question : *Leucoplasie buccale.*

Prix Desportes (1300 francs) (comme pour 1890).

Prix Falret (1000 francs). — Question : *Accidents nerveux de l'urémie.*

Prix Ernest Godard (1000 francs). — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

Prix Huguier (3000 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France, sur *les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements).

Prix Laborie (5000 francs) (comme pour 1890).

Prix Laval (1000 francs) (comme pour 1890).

Prix Louis (5000 francs). — Question: *De l'eau froide dans le traitement de la fièvre typhoïde.*

Prix Mège (900 francs). — Question: *Des saignées locales.*

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme) (2600 francs) (comme pour 1890).

Prix Adolphe Monbinne (1500 francs) (comme pour 1890).

Prix Oulmont (1000 francs) (comme pour 1890).

Prix Pourat (1200 francs). — Question: *Déterminer expérimentalement le mode de contraction et d'innervation des vaisseaux lymphatiques.*

Prix Portal (600 francs). — Question: *Anatomie pathologique du corps thyroïde.*

Prix Vernois (700 francs) (comme pour 1890).

Nota. — Les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

Les ouvrages présentés par des étrangers sont admis aux concours, à l'exception des prix Buignet et Huguier.

Tout concurrent qui se sera fait connaître, directement ou indirectement, sera, par ce seul fait, exclu du concours.

Les concurrents aux prix Alvarenga, Buisson, Amussat, d'Argenteuil, Barbier, Buignet, Desportes, Godard, Huguier, Itard, Laborie, Meynot, Monbinne, Perron, Saint-Paul, Stanski et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

Les mémoires présentés aux concours pour les services généraux des Eaux Minérales, des Epidémies, de l'Hygiène de l'enfance et de la Vaccine, travaux faits en dehors des questions posées pour les prix, doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet.

Les manuscrits, imprimés et instruments, etc., soumis à l'examen de l'Académie, restent sa propriété.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine.

Séance du 17 décembre 1889. — Présidence de M. Moutard-Martin.

M. *Le Dentu*, élu membre titulaire dans la section de médecine opératoire, prend place parmi ses collègues.

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts consulte l'Académie sur *le licenciement des établissements d'enseignement en cas d'épidémie*. (Commission : MM. *Brouardel, Ollivier*.)

M. le docteur *E. Vidal* (d'Hyères) et M. le docteur *Rappin* (de Sautron, Loire-Inférieure) envoient des *Plis cachetés* dont le dépôt est accepté.

M. le docteur *Ch. Pilat* (de Lille) se porte candidat au titre de corresdondant national dans la division de médecine.

M. le docteur *Courtois*, médecin major au 55e régiment d'infanterie à Marseille, envoie un rapport sur *les vaccinations et revaccinations* qu'il a pratiquées en 1889 à Alais.

M. *Vidal* présente, au nom de M. *Leloir* (de Lille), deux leçons, l'une sur *l'épidémie de vaccine chancriforme de La Motte-aux-Bois* et l'autre sur *la folliculite des fleurs et rattacheurs*.

Déclaration de vacances. — L'Académie déclare la vacance d'une place parmi les associés libres en remplacement de M. Chevreul, décédé, et celle d'une place de membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale, par suite du décès de M. Maurice Perrin.

Dengue en Orient et grippe en Europe. — A propos de deux mémoires envoyés à l'Académie sur la dengue par M. le docteur *de Brun*, professeur à l'école de médecine de Beyrouth et médecin sanitaire de France dans cette résidence, M. *Proust* lit un rapport sur ces mémoires ainsi que sur l'épidémie actuelle de grippe en Europe.

La dengue, probablement originaire des zones torrides, a des tendances à se propager aux régions les plus tempérées, ainsi qu'en témoignent les coups répétés qu'elle a frappés depuis cet été dans le bassin oriental de la Méditerranée, en Syrie, dans la Palestine, dans les îles de l'Archipel, puis à Constantinople, à Salonique et à Athènes. Aussi M. de Brun estime-t-il que la nouvelle étape franchie par cette affection est une des dernières qui la sépare de nos frontières. Elle s'est attaquée à tout le monde, sans distinction d'âge, de sexe, de constitution, de position de fortune, de race, frappant aussi bien ceux qui l'avaient eue l'année précédente, et plusieurs fois le même sujet à quelques jours d'intervalle. Presque tous les habitants des localités envahies furent atteints. Elle ne respecte pas non plus les altitudes élevées, contrairement aux épidémies antérieures; l'abaissement de la température n'a même eu aucun effet salutaire sur la fréquence et sur l'intensité des nouvelles manifestations. Sur un espace qui mesure en latitude plus de dix degrés, elle a certainement touché cette année plusieurs millions d'habitants. Enfin, contrairement au choléra dont les épidémies, quelque violentes qu'elles soient, s'éteignent sans que la maladie se fixe aux régions sur lesquelles elles se sont produites, la dengue, le plus souvent, s'établit d'une façon définitive dans les contrées qu'elle a une première fois visitées ; c'est ainsi qu'à Beyrouth, depuis 1861, année où elle éclata pour la première fois, elle s'est montrée quatorze fois.

Il serait à craindre, d'après M. de Brun, que la dengue ne continue sa marche envahissante dans le nord et dans l'ouest, en raison de la violence de son invasion en Europe cette année, de la facilité des communications et du nombre de plus en plus grand des voies de transport ; car c'est surtout la rareté des grandes routes et les difficultés des déplacements qui lui ont permis de rester si longtemps cantonnée au littoral phénicien, sans se propager dans l'intérieur et sans s'étendre à l'Asie Mineure.

A quels symptômes peut-on la reconnaître ? Quelquefois elle a un début très caractéristique : le malade est en quelque sorte immobilisé dans la position qu'il occupait au moment de l'attaque. L'individu est surpris, ordinairement en pleine santé, d'un frisson léger accompagné d'une céphalalgie très intense ; d'autres fois, l'invasion de la maladie est précédée d'un malaise de vingt-quatre à quarante-huit heures ; les yeux sont brillants, le pharynx est rouge, la sécrétion nasale augmentée ; il y a inappétence complète. La céphalalgie est accompagnée de douleurs arthritiques et musculaires très vives, surtout aux membres inférieurs ; l'anxiété précordiale est très considérable. La fièvre atteint tout de suite 39 degrés et monte vite à 41 degrés. On constate des nausées et des vomissements, de la constipation ; quelquefois une toux nerveuse, sèche et sans crachats. La fièvre, violente, dure de vingt-quatre à quarante-huit heures, accompagnée de sueurs profuses d'une odeur spéciale ; avec l'abaissement de la température se présente une éruption tantôt scarlatineuse, tantôt rubéolique, et quelquefois pustuleuse, qui dure d'un à deux jours. Cette éruption, qui n'est pas toujours constante, se termine par une desquamation furfuracée.

M. de Brun ne se souvient pas d'avoir vu un seul cas de dengue sans que d'autres personnes habitant la même maison aient été atteintes en même temps ou successivement à intervalles très rapprochés. C'est par l'arrivée dans une localité d'une personne malade que la maladie s'est propagée à toute la Syrie ; on a pu suivre sa marche dans le Liban, de village en village. En somme, partout la dengue a été manifestement importée ; non pas en raison de la proximité des localités, mais de la facilité des communications. M. de Brun, dans ses mémoires, cite de nombreux faits à l'appui de sa manière de voir et M. Proust en ajoute plusieurs autres. On l'a également vue se propager aux animaux.

Actuellement la dengue qui, comme presque toutes les grandes épidémies, a eu pour berceau la zone intertropicale, se retrouve dans cette zone, soit à l'état sporadique,

soit à l'état endémo-épidémique. Elle y occupe deux foyers principaux : l'un en Amérique, où elle s'est montrée aussi bien dans le Nord, sur tout le sol des Etats-Unis, dans les Antilles, la Guyane, que dans le Sud, au Pérou et au Brésil; l'autre foyer existe sur les côtes baignées par l'océan Indien et la mer Rouge. Bien que cette maladie ne soit pas grave et n'occasionne que très exceptionnellement la mort, il y a lieu de se préoccuper d'en préserver les pays non encore envahis. Il ne peut s'agir ici de quarantaines ; il faudra se contenter d'une visite médicale et de prescrire la désinfection des vêtements et des linges à usage des malades et de leurs produits de sécrétion ; il sera également utile d'isoler les premiers malades eux-mêmes, comme on le fait pour les maladies infectieuses exanthématiques transmissibles, affections dans la classe desquelles la dengue paraît devoir être rangée.

M. *Proust* se demande ensuite quelle est la nature de l'épidémie qui sévit actuellement à Paris et à propos de laquelle le mot de dengue est prononcé par quelques médecins. Ceux-ci basent leur opinion sur la prostration du début, l'aspect du visage empourpré, presque œdématié et présentant quelquefois un érythème diffus, l'éruption scarlatiniforme rubéoliforme et le rash observés surtout chez les jeunes gens, enfin sur l'aspect de la gorge, la teinte rosée des piliers, allant se perdre quelquefois dans une rougeur diffuse du voile du palais et sur le caractère rhumatoïde de l'affection. D'ailleurs, la dengue est une maladie protéiforme et ses aspects actuels peuvent être distincts des formes qu'elle a revetues sous les tropiques et même sur les bords de la Méditerranée. On pourrait dire alors, si cette interprétation est exacte, que le climat tempéré et froid imprime à la dengue une modalité différente et atténue ses manifestations et sa durée, d'autant plus que la dengue n'avait pas jusqu'ici dépassé le 45e degré de latitude nord et le 21e degré de latitude sud et qu'elle avait toujours coexisté avec l'extrême chaleur et l'extreme humidité; même dans les pays chauds c'était une maladie d'été ou d'automne. Il y a lieu toutefois de remarquer que jusqu'ici, lorsqu'une épidémie envahit pour la première fois un pays, elle est remarquable par sa sévérité.

D'autre part, dans l'épidémie actuelle, on ne note pas cet aspect de la langue large et chargée, et souvent signalée dans les épidémies de dengue, la douleur spéciale et caractéristique des genoux, et l'on n'a jamais noté dans la dengue la détermination de l'appareil respiratoire qui a été observée chez un certain nombre de malades pendant l'épidémie actuelle. Enfin on n'a pas signalé encore les sueurs fétides, la desquamation et les démangeaisons intolérables. Aussi M. *Proust* est-il d'avis que, si l'épidémie d'influenza qui règne en ce moment à Paris ne présente pas tous les caractères classiques et ordinaires de la grippe, telle que nous sommes habitués à l'observer, elle n'offre pas davantage l'ensemble des phénomènes de la dengue signalés par les médecins qui l'ont vue dans les pays où elle règne. Pour être autorisé à formuler le diagnostic de dengue, il faudrait avoir assisté à l'évolution complète de l'épidémie, ce qu'ont déjà pu faire les médecins de Russie et ce que font en ce moment les médecins des autres capitales envahies. Ce que l'on sait seulement des opinions exprimées dans ces capitales n'est pas favorable à l'idée de la fièvre rouge. Ce qui augmente la difficulté, c'est le rapprochement tout naturel existant entre la grippe et la dengue; toutes deux sont susceptibles d'une extension et d'une densité presque égales; elles ont presque la même morbidité. Les relations qui unissent la grippe et la dengue sont si prononcées que, pour certains épidémiologistes, la dengue serait l'influenza des pays chauds ayant son foyer d'origine et de rayonnement dans la zone intertropicale, comme la grippe aurait le sien dans les régions circompolaires. Qu'il suffise aujourd'hui de constater que ces deux maladies sont bénignes et n'exposent à aucun danger de mort; l'épidémie que nous observons en ce moment à Paris est la meme que celle qui sévit à Saint-Pétersbourg, à Berlin, à Rome et à Madrid; elle est remarquable par le peu de durée des accidents qu'elle provoque et par leur absence de gravité.

C'est le côté important et rassurant sur lequel tous les observateurs sont d'accord et sur lequel l'Académie doit insister.

Après avoir voté des remerciements à M. le docteur de Brun et renvoyé ses mémoires à la Commission pour l'examen des candidatures au titre de correspondant national, la discussion est ouverte sur le rapport. MM. *Rochard* et *Leroy de Méricourt*, qui ont eu l'occasion d'observer la dengue au Sénégal, à l'île de la Réunion et à l'île Maurice, sont très affirmatifs pour déclarer que l'épidémie qui sévit actuellement en Europe et notamment à Paris, n'a aucun rapport avec cette affection; ils en rappellent les symptômes différentiels et déclarent en conséquence qu'il s'agit de la grippe, telle qu'on l'a décrite depuis des siècles en France et qu'il est inutile d'appeler du nom étranger d'influenza.

M. *Léon Colin* ajoute que, si cette épidémie est séparée par un long intervalle des dernières grandes explosions de l'affection, elle n'en est pas moins identique aux cent ou cent cinquante épidémies de grippe signalées depuis le seizième siècle. Sa rapidité d'expansion est la même qu'autrefois, ce qui démontre une fois de plus son indépendance de tout transport par les communications humaines et l'action qu'exercent sur elle les influences atmosphériques. Comme dans les épidémies analogues, celle-ci vient encore du Nord et Saint-Pétersbourg a été sa première étape au moment où elle a franchi les limites de la zone boréale. D'ailleurs cette grippe n'est pas contagieuse au sens propre du mot. Combien, on le voit, elle diffère de la dengue qui s'était toujours éteinte dans ses expansions épidémiques aux latitudes méditerranéennes jusqu'au jour où la rapidité des communications est devenue de plus en plus grande? M. *Bouchard* appuie cette manière de voir; il ne croit pas d'ailleurs à la nature contagieuse ou à la nature microbienne de la grippe en tant qu'infection primitive et fait observer que la modification de sa vitalité dépend d'influences météoriques et cosmiques. Comment admettre la contagion d'une affection qui, d'après ce que l'on rapporte, atteignit cinquante mille personnes à Paris en une nuit, au mois de janvier 1858?

Depuis quelques années, fait observer M. *Brouardel*, on a détourné le nom de grippe de l'appellation qu'il avait autrefois. Raige-Delorme, dans le *Dictionnaire en 30 volumes*, rappelle une série d'observations d'épidémies de grippe, depuis 1580, qui ressemblent absolument à celle d'aujourd'hui. Il s'agit de la grippe sans catarrhe pulmonaire, c'est-à-dire de la grippe des anciens, et, comme pour celle-ci, ce n'est pas en ce moment le catarrhe pulmonaire qui constitue la caractéristique de l'épidémie, mais l'état de prostration et de faiblesse des malades. M. *Dujardin-Beaumetz* objecte que les médecins qui ont écrit sur la grippe ne connaissaient pas la dengue, et que, au surplus, les descriptions de la grippe comprennent toute la pathologie, comme on peut s'en convaincre par l'article de M. Brochin, publié par le *Dictionnaire de Dechambre*. On peut affirmer qu'il n'est pas un symptôme pathognomonique quelconque qui n'ait été observé dans la grippe. Or aujourd'hui l'Europe est envahie des deux côtés à la fois par la dengue et par ce qu'on considère jusqu'ici comme la grippe; il y a lieu d'attendre et de réserver le diagnostic.

Sans doute, répond M. *Brouardel*, la grippe est une maladie protéiforme, mais elle a son unité bien nette. N'en est-il pas de même pour la fièvre typhoïde? En voulant rapprocher la grippe et la dengue, on risque de commettre la

même erreur qu'on faisait autrefois en confondant le typhus et la fièvre typhoïde. La maladie actuelle est bien la grippe chronique des anciens auteurs, tant de fois déjà observée en Europe.

M. *Bucquoy* rapporte les faits qu'il observe en ce moment dans un grand collège de Paris où, sur 500 enfants, il vient d'en voir 157 atteints de cette maladie; les symptômes observés sont ceux qu'a rappelés M. Proust, notamment le mal de tête, le brisement des membres inférieurs, des nausées, une éruption cutanée et pas de toux. Il croit que, en présence de ces symptômes un peu insolites, il y a lieu d'user avec beaucoup de ménagements du mot grippe.

M. *A. Ollivier* prétend que l'épidémie commence à revêtir un sérieux caractère de gravité; il vient d'observer, dans un lycée, certaines complications pulmonaires, et demande que des mesures de prophylaxie soient prises dès maintenant, telles que le licenciement des maisons d'éducation où des cas de grippe se présentent. M. *Brouardel* et l'Académie tout entière s'élèvent contre cette proposition, qui aurait pour effet certain de disséminer davantage l'épidémie. Si quelques complications ont pu se montrer, elles sont exceptionnelles, et tiennent à des circonstances purement individuelles.

Aussi l'Académie, après avoir entendu les renseignements transmis à M. Proust par le docteur *Mendelssohn*, sur les diverses formes et le peu de gravité de l'épidémie à Saint-Pétersbourg, qui sont conformes à ce qu'on observe à Paris, s'empresse-t-elle de déclarer, à la demande de M. *Proust*, que cette épidémie est bénigne, et qu'il n'y a pas lieu de prendre des mesures prophylactiques spéciales.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde : M. Vaillard. — Étude sur la valeur diagnostique et pronostique de l'urobilinurie : M. G. Hayem. — A propos de l'influenza : M. Legroux. — Mutations dans les hôpitaux.

M. *Vaillard* lit une note sur l'étiologie de la fièvre typhoïde et sa propagation par l'eau potable et les poussières (voy. p. 822.)

M. *Chantemesse*, à propos du travail de M. Vaillard, ajoute un post-scriptum à la communication faite par lui le 3 novembre, sur les rapports de la fievre typhoïde avec l'eau d'alimentation à Paris :

A la fin d'octobre, en raison de la rupture d'une conduite d'eau, l'eau de Seine a été substituée à l'eau de la Vannes dans toute la ville, du 31 octobre au 5 novembre, et le chiffre des entrées dans les hôpitaux s'est élevé de la façon suivante :

Du 27 octobre au 2 novembre, 56 entrées; du 3 au 9 novembre, 40 entrées; du 10 au 16 novembre, 95 entrées; du 17 au 23 novembre, 77 entrées; du 24 au 30 novembre, 185 entrées; du 1er au 7 décembre, 189 entrées. Cette fois encore l'épidémie de fièvre typhoïde a reparu conformément à la règle qu'il a déjà formulée en 1887 avec M. Widal.

M. *Richard*, à propos de la possibilité du transport du bacille typhique par les poussières, rappelle que, dans une garnison de Hanovre où une épidémie de fièvre typoïde sévissait depuis trois ou quatre ans, la maladie disparut après que le médecin-major eut fait désinfecter tous les effets des hommes ainsi que ceux entassés dans les magasins de réserve.

— M. *Hayem* lit une note sur la valeur diagnostique et pronostique de l'urobilinurie. (*Sera publiée.*)

— M. *Legroux* résume les caractères de l'*épidémie d'influenza* que nous traversons actuellement. Il montre que la maladie diffère de la grippe vulgaire. Après une période de courbature durant deux ou trois jours et caractérisée par des douleurs dans les reins, les cuisses, les yeux, par des céphalalgies et des bâillements, survient un état fébrile annoncé par des frissonnements, une chaleur sèche à la peau, des nausées, des coliques, le tout nécessitant parfois le séjour au lit pendant un à trois jours. La maladie s'éteint en général après ces symptômes, relativement légers; elle prend quelquefois la fausse apparence d'une maladie un peu plus grave.

M. *Sevestre* répond que, suivant lui, les malades peuvent se diviser en deux groupes bien distincts. Les uns sont pris de grippe vulgaire avec catarrhe nasal, bronchique, oculaire, intestinal. Les autres ne présentent aucun phénomène catarrhal, mais seulement des douleurs de tête extrêmement violentes, des douleurs dans les yeux, très vives, de la constipation et de l'embarras gastrique. Chez un tiers seulement des malades de ce dernier groupe apparaît sur la face une éruption scarlatiniforme ou rubéoliforme, ayant une analogie frappante avec l'éruption dont M. de Brun a donné la description pour la dengue.

M. *Chauffard* se range en partie à l'opinion de M. Sevestre. On observe, en effet, deux catégories de malades bien distinctes, mais peut-être ne s'agit-il que d'une seule espèce morbide, avec ou sans exanthème. M. Chauffard a vu chez quelques-uns de ces malades des exanthèmes scarlatiniformes, mais ne croit pas qu'on doive assimiler la maladie à la dengue. Cette assimilation doit d'autant moins être faite que, dans le même foyer épidémique, on peut voir éclater les deux types morbides, comme M. Bucquoy vient de le constater à Sainte-Barbe.

M. *Gouraud* demande à M. Sevestre quel traitement il donne à ses malades.

M. *Sevestre* répond qu'il administre un purgatif d'abord, un vomitif ensuite, et qu'il ajoute 1 ou 2 grammes d'antipyrine par vingt-quatre heures chez l'adulte, 30, 40 ou 50 centigrammes seulement chez les enfants entre quatre et cinq ans.

M. *Legroux* donne l'antipyrine à la dose de 1 à 3 grammes chez les enfants de quatre à cinq ans, et n'a jamais observé le moindre accident.

— *Mutations dans les hôpitaux.* — Par suite de la mise à la retraite de MM. Empis et Labric, M. Labbé passe à l'Hôtel-Dieu, M. d'Heilly à l'hôpital des Enfants malades, M. Sevestre à l'hôpital Trousseau, M. Hutinel à l'hospice des Enfants assistés, M. Straus à l'hôpital de la Pitié, M. Moutard-Martin à la Maison de santé, M. Letulle à l'hôpital Saint-Antoine, M. Muselier à l'hôpital Tenon, M. Brissaud à l'hôpital Saint-Antoine, M. Merklen à Sainte-Périne, M. Faisans à Larochefoucauld.

— Dans cette séance, la Société médicale des hôpitaux a désigné M. *Dumontpallier* pour la représenter dans le Conseil de l'Assistance publique, en remplacement de M. Siredey, démissionnaire.

Fernand Widal.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. LE DENTU.

Rétrodéviations utérines : MM. Richelot, Quénu, Championnière, Bouilly, Trélat, Tillaux. — Greffes dermo-épidermiques : MM. Jalaguier, Berger, Quénu, Le Fort, Brun, Pozzi, Trélat, Le Dentu.

M. *Richelot* communique sur les *rétrodéviations utérines* un mémoire semblable à celui dont il a entretenu le Congrès de chirurgie (voy. *Gazette hebdomadaire*, p. 734). Il ne

s'occupe que des rétrodéviations mobiles (ou mobilisées, sans se demander comment) et conseille de pratiquer, après curage, une amputation sus-vaginale après laquelle on suture à la lèvre antérieure du moignon et de façon à respecter un orifice utérin, les parties postéro-latérales de la muqueuse vaginale. Par cette suture, dont M. *Nicoletis* est l'inventeur, la muqueuse vaginale postérieure tire sur la lèvre antérieure du moignon utérin et, si la section a porté au-dessus de la charnière que constituait l'angle de flexion, fait basculer en haut le fond rétrodévié, par un véritable mouvement de sonnette. C'est donc une *hystéropexie vaginale* et l'on conçoit qu'en disposant les sutures dans un sens ou dans un autre elle puisse s'appliquer aux diverses déviations antérieures ou latérales. Il est indispensable de chercher la réunion immédiate totale, car il faut éviter l'atrésie cicatricielle de l'orifice pour ne pas frapper la femme de stérilité. Il est connu aujourd'hui, en effet, que l'amputation sus-vaginale n'est pas un obstacle à une gestation régulière, au lieu que la laparo-hystéropexie a déjà causé plusieurs avortements.

M. *Pozzi* fait remarquer que la traction a pour point d'appui le périnée ; mais n'est-ce pas le sable mouvant que le périnée en général flasque des femmes à rétrodéviation? Et comme l'on sait que l'amputation du col et le curage ont par eux-mêmes d'excellents effets, il ne faut pas trop proclamer les bienfaits de la suture de Nicoletis. M. *Quénu* insiste sur cette manière de voir.

M. *Championnière* ajoute que toutes les interventions sanglantes que l'on a préconisées ont des effets favorables, mais temporaires. Elles agissent comme une saignée, et Chapman a bien démontré que la congestion utérine joue un rôle dans les accidents des déviations. Mais il faut suivre ces malades. La cause première de leurs souffrances est tout autre : elle réside, en général, dans des lésions des annexes, aussi voit-on ces souffrances récidiver d'habitude, même après la laparo-hystéropexie, et le seul remède est alors dans l'ablation des annexes malades.

M. *Bouilly* trouve exagérées les assertions de M. Championnière. Dire que n'importe quel acte sanglant amène du soulagement, c'est donner raison à la chirurgie empirique; on n'améliore, on ne guérit les malades que si on pose un diagnostic exact et complet. Oui, les lésions des annexes sont fréquentes; il faut les diagnostiquer et, si elles existent, s'attaquer à elles. Mais aussi il y a des déviations qui sont, en soi, la cause des accidents. Alors le redressement peut, à lui seul, donner une cure complète, instantanée. En particulier, il y a des rétroflexions pures, fort gênantes, que le port d'un pessaire de Hodge pendant plusieurs mois (après redressement à l'hystéromètre) peut guérir définitivement (1).

M. *Tillaux* a soigné une femme qui le 23 septembre dernier, pendant un effort, ressentit une douleur abdominale vive, et que les souffrances ont rendue incapable de travailler jusqu'au jour où, une rétroversion ayant été diagnostiquée, l'utérus fut redressé. La guérison fut instantanée. C'est donc un exemple des faits, assez rares, où la déviation est la seule cause des accidents (2).

M. *Trélat*, après avoir rappelé que les discussions sur le rôle des déviations dans les douleurs pelviennes sont loin d'être récentes, affirme que les éléments dont il faut tenir compte sont multiples, qu'en particulier la métrite est importante parmi ces éléments. Mais souvent une flexion cause la métrite d'un utérus qui se vide mal : sous peine de récidive, il faut après le curage redresser ces utérus. Quelle est alors la meilleure opération? C'est une question de fait que le temps jugera. A priori M. Trélat n'a pas trop confiance dans la suture de Nicoletis.

M. *Richelot* répond qu'on lui a fait des objections théoriques. L'avenir seul prouvera si elles sont ou non fondées. La suture de Nicoletis n'est pas bien compliquée et elle ne peut guère qu'améliorer les résultats, déjà bons, que fournit l'amputation sus-vaginale.

— M. *Jalaguier* présente un enfant qu'il a traité par les *greffes dermo-épidermiques* pour une vaste brûlure qui depuis plusieurs mois ne se cicatrisait pas. Le résultat est excellent : la cicatrice, rapidement obtenue, est restée parfaitement souple.

M. *Quénu* a failli amputer la cuisse pour un ulcère variqueux que M. Delagenière a guéri par ce procédé; la cicatrice n'a aucune tendance à l'ulcération.

M. *Berger* accorde que la cicatrice est bonne, mais c'est tout de même une cicatrice, et cela ne vaut pas les vraies réparations autoplastiques. De son côté M. *Le Fort* affirme que par la greffe cutanée telle qu'il l'a décrite, pour l'ectropion surtout, la réparation a lieu par un morceau de peau et non par une cicatrice. Mais, d'après M. *Quénu*, par ce procédé on n'obtient jamais ce résultat idéal : la peau transplantée se résorbe et on n'agit que par une greffe épidermique. Ce à quoi M. *Brun* lui répond qu'il a opéré deux ectropions par la méthode Le Fort et que les deux fois la peau ne s'est pas résorbée; de même M. *Segond*, qui suit un malade depuis quinze mois, et d'ailleurs trouve magnifique le résultat présenté par M. Jalaguier. Une autre fois, et avec succès, il a remplacé par le prépuce qu'il venait de couper à un individu un large nævus pigmentaire qu'il avait enlevé à la joue d'un autre individu. M. *Le Dentu* se loue également de la méthode de M. Le Fort pour l'ectropion. M. *Trélat* pense que ces diverses méthodes de greffe et d'autoplastie ont chacune leurs indications, mais certainement celle d'Ollier-Thiersch est la plus facile.

— *Mutations dans les hôpitaux.* — M. *Marc Sée*, atteint par la limite d'âge, quitte la maison de santé. Il est remplacé par M. *Schawrtz*. Ce dernier est remplacé à Bicêtre par M. *Segond*.

A. BROCA.

Société de biologie.

SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. DUCLAUX, VICE-PRÉSIDENT.

Sur les effets physiologiques des lavements gazeux d'ammoniaque : M. Combemale. — Conservation de mollusques vivants par l'emploi d'eau de mer artificielle : M. Perrier.

L'opinion que la diarrhée cholériforme des enfants serait le résultat d'une intoxication par l'ammoniaque dégagée dans l'intestin pendant le développement du *bacterium lactis* et du *bacterium coli* commun, ayant été émise par M. Baginski dans une des dernières séances de la Société de médecine de Berlin, M. *Combemale* a imaginé, pour vérifier cette théorie, de faire dégager dans le gros intestin de plusieurs chiens, du gaz ammoniac dilué dans une grande quantité d'air. Dès les premières bulles on cesse l'injection : l'animal souffre atrocement; à l'excitation des systèmes musculaire, respiratoire et sécrétoire font suite des vomissements avec hoquets, épreintes, selles sanglantes, anurie. L'amaigrissement, la soif intense, le refus d'aliments, les épreintes continuent pendant plusieurs jours. Au

(1) A propos des pessaires, nous signalerons un mémoire récent de Schultze (*Ann. de gynéc.*, décembre 1889, t. II, p. 401) sur les *pessaires en celluloïde*, non irritants par leur contact et de plus malléables dans l'eau chaude, en sorte qu'il n'est pas utile de faire construire un pessaire pour ainsi dire pour chaque malade.

(2) L'observation vient de paraître *in extenso* dans les *Ann. de gynécologie*, décembre 1889, t. II, p. 405.

bout de quarante-huit heures, à l'autopsie, on trouve du sphacèle, de l'œdème inflammatoire avec larges ulcérations du rectum, sans perforation toutefois, et un épanchement péritonéal hématique. Sur l'animal sacrifié en plein dépérissement, un rétrécissement annulaire remplace le sphacèle et en avant il existe une énorme dilatation du cæcum.

Ces symptômes présentent bien réellement des points d'analogie avec ceux du choléra infantile. Mais doit-on en conclure à l'identité d'intoxication? La question est trop complexe pour être soulevée. Il reste en tous cas certain qu'un intermédiaire autre que la pénétration directe du gaz dans le sang se place entre la production d'ammoniaque due au développement des bactéries dans l'intestin et les phénomènes par lesquels se traduit cette action de l'ammoniaque : c'est la nécrose des éléments cellulaires, nécrose qui crée dès l'abord une barrière infranchissable à son absorption, et c'est aussi l'excitation des extrémités nerveuses voisines répercutée à tous les systèmes ou appareils de l'économie par le pneumogastrique et ses anastomoses.

— M. *Perrier*, professeur au Muséum, a appliqué en grand, à l'Exposition universelle de 1889, les moyens qui lui avaient permis de conserver des mollusques vivants dans l'eau de mer artificielle. La dépense, qui s'était élevée à 48 000 francs en 1878, alors qu'on alimentait les bacs avec de l'eau de mer naturelle, a de la sorte été réduite à 2000 francs.

Les grands bassins de 5 mètres et de 10 mètres de long recevaient une épaisseur de 30 centimètres d'eau de mer artificielle, pesant 3 degrés et demi à l'aréomètre Baumé et contenant pour 4 litres, 790 grammes de sel marin brut, 110 grammes de chlorure de magnésium, 25 grammes de chlorure de potassium et 75 grammes de sulfate de magnésium. De mètre en mètre, des conduits amenaient de l'air refoulé par un ventilateur Danthonay. La nuit, cette eau était reprise pour être filtrée. On la renouvelait tous les quinze jours. Dans ces conditions, la moyenne de vie pour les huîtres a été de six semaines. Elles présentaient toutes au moment de la mort une dilatation du corps de Bojanus.

REVUE DES JOURNAUX

Travaux à consulter.

Sur le traitement de la coqueluche par l'oxymel scillitique, par M. le docteur Schnirer. — Onsait queNetter a préconisé ce remède. L'auteur a observé cette méthode pour administrer le médicament. Pendant l'heure qui suivait le repas du soir, il faisait ingérer de dix en dix minutes une cuillerée à café d'oxymel scillitique à raison de quatre à six cuillerées pour les petits malades au-dessous de trois ans et de six à sept cuillerées pour ceux de six à sept ans. Chez les adultes, on pourrait porter la dose à sept et huit cuillerées.

M. Schnirer a constaté la diminution du nombre et de la violence des quintes. Cependant la maladie n'a pas été abrégée. (*Archiv. f. Kinderh.*, heft IV, juillet 1889.)

La mandragorine, un nouveau mydriatique, par M. le docteur F.-B. Ahrens. — Cette substance a été retirée de la racine de la mandragore automnale, dont on connaît l'antique réputation comme sédatif.

Ce glucoside forme des sels cristallisés avec l'acide sulfurique et paraît, au point de vue chimique, être isomérique avec l'hyoscyamine, l'hyoscine et l'atropine. Il possède aussi la propriété de dilater la pupille quand on instille ses solutions entre les paupières. C'est donc un mydriatique. (*The Therapeutic Gaz.*, 15 septembre 1889.)

Du traitement de l'épididymite par la pulsatille, par M. R.-J. Carter. — Ce médicament a été administré sous la forme de teinture, à la dose quotidienne de cinq à trente gouttes à de nombreux malades atteints d'épididymite blennorrhagique.

Un seul d'entre eux accusait des nausées après l'ingestion du médicament. Un autre présentait de l'abaissement du pouls. Tous éprouvèrent une diminution de la douleur et du gonflement, plus rapidement qu'après l'emploi des autres médications. Il considère donc la pulsatille comme un moyen auxiliaire du traitement de l'épididymite, alors même que le processus inflammatoire est intense et qu'il existe des exsudats plastiques. (*The Lancet*, 3 août 1889.)

Des pulvérisations de chlorure de méthylène comme anesthésique local, par M. le docteur Windscheid. — Vingt-deux malades atteints d'affections douloureuses furent soumis à cette médication. Les pulvérisations étaient pratiquées pendant une minute et ont été répétées cinquante-cinq fois; trente-six fois avec succès et dix-neuf fois sans résultat.

La douleur diminuait ou disparaissait et la durée de cette amélioration persistait pendant une heure au minimum, mais rarement au delà d'une demi-journée.

Ces pulvérisations seraient exemptes d'inconvénients, si ce n'est au voisinage des muqueuses sur lesquelles elles peuvent donner lieu à des brûlures intenses. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, heft IV, Bd 44, 1889.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'anatomie humaine, par M. Testut, professeur à la Faculté de médecine de Lyon. — Tome I : *Ostéologie, arthrologie, myologie.* 1 fort vol. gr. in-8 de 755 pages, avec 464 figures dans le texte, dessinées par G. Devy, dont 200 tirées en couleur. — Paris, 1889, O. Doin.

On admet assez facilement aujourd'hui que l'anatomie humaine est une science achevée, dans le domaine de laquelle il ne reste plus de découvertes à faire; aussi semble-t-il qu'en dehors de la méthode d'exposition et de l'ordre des chapitres, on ne doive rien trouver de nouveau dans un traité d'anatomie. Le livre de M. le professeur Testut est là pour démentir cette erreur. « Il ne suffit pas, dit fort bien M. Testut dans sa préface, pour avoir d'un organe une notion complète, de s'en tenir aux simples résultats d'une dissection : il ne suffit pas de connaître son nom, sa situation, sa configuration extérieure ou intérieure, ses rapports avec les organes voisins; il faut encore l'interpréter, c'est-à-dire déterminer sa signification en morphologie générale et représenter par une formule le pourquoi et le comment de son existence. »

C'est à l'anatomie comparée et à l'embryogénie que M. Testut a demandé de faire la lumière sur tous ces points, et bien certainement c'est là un des côtés les plus originaux de son livre. Chacune de ses descriptions reçoit de ce fait une clarté remarquable. Une foule de dispositions anatomiques singulières, inexpliquées, laissent nettement voir désormais leur raison d'être, après la comparaison des dispositions correspondantes existant chez les animaux. Même observation pour le classement des anomalies, qui occupent dans ce livre une place d'autant plus importante qu'elles jettent un jour plus précieux sur l'origine des dispositions anatomiques actuelles. M. Testut ne décrit pas seulement l'anatomie : il l'explique. Citons quelques exemples : M. Testut fait du ligament rond de l'articulation coxo-fémorale, le tendon d'un muscle disparu chez l'homme, mais existant encore chez certains vertébrés (autruche, sphénodon), et probablement homologue du pectiné; de même la bandelette fibreuse épitrochléo-olécrânienne est regardée par lui comme le reliquat du muscle épitrochléo-cubital existant chez les animaux dont le coude possède des mouvements de latéralité; de même la double insertion

inférieure du jambier antérieur rappelle pour lui les deux muscles distincts qui, chez le singe, s'insèrent l'un sur le premier cunéiforme, l'autre sur le premier métatarsien. On voit, par ces quelques exemples, quelles idées originales ont inspiré l'auteur et quel intérêt considérable elles donnent à la lecture de son livre.

L'enseignement des notions classiques n'y perd rien, si même elles n'y gagnent pas en clarté et en logique. L'ouvrage est d'ailleurs écrit dans une langue remarquable, d'une clarté et d'une précision absolues, qui n'est pas un de ses moindres mérites. Inutile d'ajouter que le livre est au courant des plus récents travaux parus en France et à l'étranger. Une bibliographie très complète termine chaque article; elle est imprimée en petit texte, ainsi d'ailleurs que les considérations morphologiques empruntées à l'anatomie comparée, en sorte que l'élève peut, s'il se borne à la lecture du texte en gros caractères, avoir entre les mains la plus classique et la plus claire des anatomies descriptives.

Pour l'étude histologique, d'ailleurs fort bien faite, M. Testut s'est adjoint un collaborateur, M. Vialleton, dont le travail ne dépare nullement l'ensemble de l'œuvre.

Il serait injuste d'oublier le dessinateur dont les planches, très nombreuses et fort bien comprises, contribuent pour beaucoup à la clarté de l'ouvrage. Beaucoup d'entre elles sont tirées en couleur, avec un soin tout à fait remarquable.

Dr R. BLONDEL.

TRAITÉ DE CHIRURGIE CLINIQUE, par M. P. TILLAUX, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, t. II, deuxième fascicule. — Paris, Asselin et Houzeau, 1889.

Il nous suffira d'annoncer ce fascicule et d'ajouter qu'il termine l'ouvrage. M. Tillaux a ainsi mené à bonne fin la tâche qu'il s'était proposée et il a réussi à condenser en deux volumes les notions cliniques principales que l'étudiant doit acquérir.

Le fascicule actuel comprend les maladies des organes génitaux de l'homme et de la femme, et du membre inférieur.

THE ELECTRIC ILLUMINATION OF THE BLADDER AND THE URETHRA, par M. E. HURREY FENWICK. — London, J. et A. Churchill, 1889.

Nous avons étudié d'une manière complète, il y a quelques mois, la méthode d'endoscopie vésicale imaginée par Nitze et nous avons tâché de montrer comment cet outillage permettait d'utiliser en clinique une idée jusqu'alors émise à plusieurs reprises mais toujours abandonnée. Il est donc inutile que nous analysions en détail le livre de M. Fenwick. Si ce chirurgien conseille, en effet, quelques manœuvres un peu spéciales, s'il a introduit quelques légères variations instrumentales, il n'en reste pas moins que la méthode de Nitze n'a subi entre ses mains que des modifications peu nombreuses et peu importantes. Mais il est intéressant de constater que ce chirurgien, fort expert en matière de voies urinaires, se loue fort de l'endoscopie, et d'autre part son livre, clairement et méthodiquement exposé, sera utile à ceux de nos lecteurs qui désirent se monter une bibliothèque de maladies urinaires ou à ceux qui, voulant seulement étudier cette méthode clinique, ne savent pas l'allemand et ne peuvent dès lors s'adresser au livre de Nitze.

MUSÉE DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS. Catalogue des moulages coloriés, dressé par les soins de M. le docteur Henri FEULARD, chef de clinique de la Faculté. — Paris, G. Steinheil, 1889.

Nous annonçons avec plaisir la publication de ce petit volume. Il sera fort utile aux dermatologistes, aux syphiligraphes et aussi aux chirurgiens. Grâce à la classification intelligente et commode donnée par notre si distingué collaborateur, il sera aisé de trouver les moules dont on aura besoin, et ce catalogue permettra d'utiliser les matériaux si riches dont notre Musée, unique au monde, est redevable à l'expérience clinique des médecins de l'hôpital Saint-Louis et au travail d'artistes tels que Baretta et Jumelin.

A. B.

VARIÉTÉS

BANQUET GLÉNARD. — Sur l'initiative des professeurs et agrégés de la Faculté de médecine et des membres du Conseil d'hygiène, un banquet a été offert à M. le professeur Glénard atteint par la limite d'âge. Aux toasts portés par M. Lortet, Sicart, Rollet, Mayet, Cazeneuve, Ferraud, Diday et Marduel, M. Glénard a répondu par une improvisation éloquente et émue, soulignée par les applaudissements de tous les convives.

HOSPICE DES ENFANTS ASSISTÉS. — Une consultation de chirurgie vient d'être créée dans cet hospice, 74, rue Denfert-Rochereau. Elle est faite par M. le docteur Kirmisson, chef de service, les mardi, jeudi et samedi, à neuf heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — Séance du vendredi 27 décembre. — *Ordre du jour* : Élections. Compte rendu annuel de la Société pendant l'année 1889, par M. Desnos, secrétaire général.

MORTALITÉ A PARIS (48e semaine, du 1er au 7 décembre 1889. — Population: 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 45. — Variole, 1. — Rougeole, 11. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 8. — Diphthérie, croup, 31. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 206. — Autres tuberculoses, 17. — Tumeurs: cancéreuses, 54; autres, 6. — Méningite, 32. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 52. — Paralysie, 3. — Ramollissement cérébral, 11. — Maladies organiques du cœur, 61. — Bronchite aiguë, 60. — Bronchite chronique, 46. — Broncho-pneumonie, 34. — Pneumonie, 67. — Gastro-entérite: sein, 9; biberon, 31. — Autres diarrhées, 5. — Fièvre et péritonite puerpérales, 1. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 35. — Sénilité, 43. — Suicides, 15. — Autres morts violentes, 16. — Autres causes de mort, 172. — Causes inconnues, 16. — Total: 1091.

AVIS

MM. les Abonnés de la France à la **Gazette hebdomadaire** qui n'auraient pas renouvelé leur abonnement avant le 10 janvier prochain sont prévenus que, à moins d'ordre contraire, une quittance leur sera présentée à partir du 10 février, augmentée de 1 franc pour frais de recouvrement.

Un mandat collectif, *sans frais de présentation quand la somme atteindra* 50 *francs*, sera présenté à la même date à ceux de nos clients qui reçoivent en même temps plusieurs des recueils édités par la maison.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traité élémentaire des maladies des voies urinaires, par M. le docteur E. Desnos, avec une préface de M. le professeur Guyon. 1 vol. in-12 cartonné diamant, tranches rouges, de 1000 pages avec figures dans le texte. Paris, O. Doin. 10 fr.

Leçons sur les maladies du système nerveux, professées à la Faculté de médecine de Paris, par M. le docteur F. Raymond. Un beau volume grand in-8° de 525 pages, avec figures dans le texte. Paris, O. Doin. 10 fr.

Syphilis et paralysie générale, par MM. A. Morel-Lavallée et L. Belières, avec une préface de M. le professeur Fournier. 1 gr. vol. in-8° de 250 pages. Paris, O. Doin. 5 fr.

Manuel pratique des maladies de l'enfance, par M. le professeur A. D'Espine et M. C. Picot. 4e édition, revue et considérablement augmentée. 1 beau volume in-12 de 936 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 9 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

21518. — MOTTEROZ. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

A NOS ABONNÉS

Depuis quelques années, à l'exemple du journalisme quotidien, la presse médicale se transforme et modifie ses procédés de vulgarisation scientifique et d'information internationale. Chaque jour voit naître un nouveau progrès. Et, parmi les étudiants et les médecins, il en est beaucoup qui paraissent prendre goût à des publications dont l'objet principal est de mettre le plus rapidement possible sous les yeux du lecteur un grand nombre de comptes rendus de Sociétés savantes françaises ou étrangères et de leçons cliniques.

La *Gazette hebdomadaire*, dont la préoccupation a toujours été d'offrir à ses lecteurs des articles de critique, réunissant et rapprochant, pour les mieux éclairer les uns par les autres, les faits scientifiques recueillis dans les Sociétés savantes, tient, elle aussi, à hâter la publicité des documents qu'elle fait paraître et à multiplier les éléments d'information et d'instruction médicale dont elle dispose.

A dater du 7 janvier 1890, la *Gazette hebdomadaire*, en quelque sorte dédoublée, publiera dès le mercredi matin, *sous la même direction*, avec les *mêmes collaborateurs*, un organe spécial, donnant, à l'exemple des journaux dont le mérite exclusif est l'intérêt d'actualité, le compte rendu de l'Académie de médecine et des principales Sociétés savantes.

Journal du praticien et de l'étudiant, le MERCREDI MÉDICAL contiendra de plus une *leçon clinique*, un *précis de thérapeutique appliquée*, des *nouvelles universitaires*, enfin *des revues de journaux*. M. le docteur A. BROCA, plus spécialement chargé de la rédaction de ce nouveau journal, annexe de la *Gazette hebdomadaire*, s'appliquera à le tenir au courant de tous les faits et de tous les travaux qui peuvent intéresser l'étudiant.

Le numéro du samedi continuera à être un organe d'enseignement et de critique. Une plus large place pourra y être consacrée aux revues générales, aux articles de bibliographie, aux revues de journaux français et étrangers, enfin, aux questions déontologiques et professionnelles.

Recevant, à la fois, *sans augmentation du prix de l'abonnement*, les deux journaux qui constitueront la nouvelle *Gazette hebdomadaire*, et dont l'ensemble représentera un supplément de matières au moins égal à la moitié des articles précédemment fournis, nos abonnés y trouveront, nous en avons la ferme espérance, toutes les nouvelles médicales, tous les documents, toutes les appréciations critiques, tous les enseignements que l'on est en droit de chercher dans un organe indépendant, soucieux de se tenir au courant du mouvement scientifique contemporain et toujours fidèle aux traditions d'honnêteté scientifique et de travail qui lui ont valu jusqu'à ce jour de si encourageantes sympathies.

BULLETIN

Paris, 25 décembre 1889.

La grippe en Europe.

L'épidémie de grippe que nous subissons en ce moment continue à sévir avec la même intensité non seulement dans les villes qu'elle envahit peu à peu et progressivement, mais même dans les régions où elle s'est manifestée tout d'abord. En Russie, d'où elle est partie, où ses premières victimes ont été observées à Saint-Pétersbourg, puis à Moscou, on constate encore de nombreux malades. A Berlin, à Vienne, à Londres, à Madrid, partout en Europe, les cas sont nombreux, sinon graves. On signale même à Anvers et à Bruxelles une recrudescence épidémique très marquée. A Genève, les écoles ont été licenciées comme à Paris. Enfin la maladie a passé l'Océan et ses victimes paraissent être aussi nombreuses à New-York qu'à Paris. Dans toutes les Sociétés savantes on discute sur la nature, la symptomatologie, le pronostic de l'affection. Partout on semble d'accord pour admettre des conclusions à peu près sembables à celles que nous avions résumées dans notre précédent article.

Au point de vue symptomatique, il est peu de médecins qui se trouvent en mesure de confirmer les idées plus théoriques que pratiques développées par M. Renvers devant la Société de médecine interne de Berlin. Les variétés cliniques signalées par l'auteur se confondent, en effet, chez un grand nombre de malades et ne présentent que rarement les types nettement définis qu'il a indiqués. Le début brusque est la règle. Chez les enfants surtout il est presque caractéristique. Depuis huit jours j'ai observé un assez grand nombre de faits de ce genre. Deux ou trois fois l'invasion très rapide provoquait des phénomènes convulsifs. A diverses reprises, chez les adultes, des accidents de nature presque syncopale signalaient aussi le début de la maladie. Comme je l'avais fait remarquer, il est rare que, même dans ces circonstances, la température fébrile dépasse 40 degrés. C'est ce que MM. Lœwenstein et Guttmann ont également constaté. Rarement aussi une médication très active devient nécessaire pour arrêter les accidents. M. Fuerbringer le déclare très explicitement. Les médicaments antithermiques lui ont paru inutiles; la fièvre disparaît sans intervention active et la guérison est plus rapide quand on n'a point abusé de l'antipyrine ou du sulfate de quinine.

Au point de vue du pronostic, les accidents de pneumonie infectieuse, signalés dans ces derniers jours, ne suffisent pas à modifier ce qui a été dit dès le début Si les vieillards, les cardiaques ou les albuminuriques succombent parfois à des congestions pulmonaires venant compliquer la grippe, celle-ci, dans l'immense majorité des cas, évolue sans donner lieu à ces complications pulmonaires qui, si fréquemment dans les épidémies antérieures, déterminaient une mort rapide. Les cas de pneumonie infectieuse restent exceptionnels et peut-être en dehors de l'épidémie régnante. Seuls les accidents gastro-intestinaux qui succèdent à la période aiguë peuvent, pendant quelques jours, retarder la convalescence. Or ces accidents (vomissements, diarrhée fétide, inappétence, etc.) s'observent moins fréquemment chez les sujets qui n'ont été soumis à aucune médication active que chez les malades qui ont abusé de la quinine ou surtout de l'antipyrine. Chez les enfants, en particulier, chez lesquels l'expectation thérapeutique doit être la règle, on observe rarement des retards dans la convalescence. Avec la plupart des médecins allemands et anglais nous croyons donc qu'il faut se garder d'abuser des antipyrétiques dans une maladie qui, abandonnée à elle-même, guérit en cinq ou six jours.

La question de la contagiosité de la maladie a été discutée par Hirsch qui, ayant constaté l'immunité des religieux cloîtrés, a affirmé l'importation de la maladie dans les lycées et collèges, et par un grand nombre d'autres médecins qui, au contraire, l'ont niée. Le professeur Leyden nous semble avoir bien traduit l'opinion générale en affirmant, comme l'avait déjà fait M. Bouchard, qu'il est difficile de croire à la contagion d'une maladie qui présente une extension aussi soudaine et s'étend sur toute l'Europe sans présenter dans sa marche ou son mode de propagation rien qui rappelle l'évolution des grandes épidémies contagieuses.

Lorsque nous aurons réuni tous les documents que nous avons déjà reçus et tous ceux que nous attendons encore sur l'épidémie régnante, nous compléterons cet exposé.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Du traitement du choléra infantile.

Deux indications dominent la médication de cette affection : 1° suspendre les troubles digestifs ; 2° combattre le collapsus et l'algidité.

1° FAUT-IL METTRE L'ENFANT A LA DIÈTE ? Oui, d'après les uns (Critzmann); non, d'après les autres (J. Simon). Ceux qui proscrivent le lait, permettent l'ingestion de quelques cuillerées d'eau albumineuse ou de thé au rhum, ces boissons étant glacées, pour apaiser la soif. Ceux qui autorisent le régime lacté rationnent ce liquide à raison d'une ou deux verrées par jour et en le coupant d'eau de Vals ou de Pougues. La cessation des vomissements ou de la diarrhée permet d'augmenter cette dose; leur retour impose l'obligation de l'augmenter.

2° COMMENT COMBATTRE LA DIARRHÉE ? L'opium, malgré le jeune âge de l'enfant, peut être employé (Cadet de Gassicourt, J. Simon, Widerhofer) surtout sous la forme d'élixir parégorique et à raison de VIII à X gouttes par jour, ou bien en potion, en l'associant à l'extrait de ratanhia et à l'extrait de kola :

Extrait de ratanhia...	0gr,50 à 1 gramme.
Extrait de kola......	0gr,10 à 0gr,20.
Élixir parégorique...	VIII à X gouttes.
Sirop simple.........	60 grammes.

Une cuillerée à café toute les deux heures.

M. Critzmann fait l'éloge de la potion suivante qui répond à la même indication :

Salicylate de bismuth.....	1 à 2 grammes.
Laudanum de Sydenham..	I à V gouttes.
Infusion de thé..........	60 grammes.
Sirop de framboises......	20 —
Rhum.................	15 à 20 grammes.

Une cuillerée à café toute les deux heures.

3° QUELS SONT LES AGENTS ANTISEPTIQUES QUE L'ON PEUT PRESCRIRE ? Le calomel d'abord, l'acide lactique ensuite.

Le calomel, recommandé par Widerhofer, à l'imitation des anciens médecins, s'administre en poudre et à raison de 8 à 10 centigrammes dans les vingt-quatre heures. Voici la formule de Widerhofer :

Calomel.........	5 à 10 centigrammes.
Sucre pulvérisé..	20 centigrammes.

F. s. a. pour dix paquets. Un paquet toutes les deux heures.

L'apparition du collapsus doit faire cesser l'administration du médicament.

L'acide lactique, recommandé par Lesage, s'emploie dès le début. On peut le prescrire en potion. Voici celle dont on fait usage dans le service de M. Grancher :

Acide lactique..........	2 grammes.
Eau distillée............	} āā 50 grammes.
Sirop de framboises......	}

C'est une solution aux deux centièmes. On peut porter la dose d'acide lactique à 3 et 4 grammes. Cette potion s'administre par cuillerée à café tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures suivant l'intensité de la diarrhée et jusqu'à cessation de cette dernière.

M. Critzmann recommande aussi les lavements d'eau bouillie et boriquée de 150 à 200 grammes suivant l'âge de l'enfant.

4° Comment faut-il intervenir contre le collapsus et l'algidité? Par les bains sinapisés, chauffés à 38 degrés et de cinq à six minutes de durée; par les piqûres d'éther, l'administration de la caféine à l'intérieur, ou si ces moyens échouent, par l'injection sous-cutanée de 10 centigrammes de ce même médicament. M. Critzmann a formulé ainsi une potion à la caféine :

Citrate de caféine.......	25 centigrammes.
Rhum vieux...........	20 grammes.
Vin de Malaga.........	30 —
Sirop de framboises....	40 —

A prendre par cuillerée à café de quart d'heure en quart d'heure.

De la technique des irrigations intestinales dans la fièvre typhoïde.

L'administration des antiseptiques et des désinfectants du tube intestinal par la voie buccale offre parfois des inconvénients. De plus, il y a danger à les prescrire à hautes doses, ou bien ils sont absorbés avant d'arriver dans l'intestin s'ils sont trop solubles, ou n'agissent guère et s'accumulent s'ils ne le sont pas.

S'adresse-t-on aux lavements? Mêmes inconvénients. Mieux vaut donc essayer les irrigations intestinales.

Comment les pratiquer?

1° *Position du malade.* — Le décubitus dorsal est nécessaire, car cette situation est celle qui, l'expérience le prouve, favorise la pénétration du liquide.

2° *Nombre des irrigations.* — Deux au moins par jour. M. Backhaus (de Greifswald) s'en contente. J'emploie plus volontiers trois à quatre irrigations. Cependant voici une objection : ces irrigations pénètrent-elles assez avant dans le tube intestinal? Quelques médecins en doutent. Eh bien, leur doute est illégitime, la valvule de Bauhin n'est pas un obstacle invincible. Le tout est de savoir franchir la valvule des apothicaires, à preuve les expériences de Mosler, Mader, Cantani et Damman.

3° *Mode d'administration.* — Il faut les administrer avec lenteur, employer une pression modérée, les suspendre de temps en temps pendant quelques instants et employer une canule suffisamment longue.

4° *Quelle solution faut-il choisir?* — M. Backhaus se sert d'une solution de tanin au millième et graduellement en augmente le titre jusqu'à 2 pour 100. Il obtient ainsi, dit-il, la désinfection des selles dans les cas de diarrhées profuses.

Je préfère une solution de salicylate de magnésie au deux millième, sel dont M. Huchard a montré les propriétés à la fois antiseptiques et antithermiques. A doses modérées ce sel ne provoque pas une diarrhée abondante, mais modifie le catarrhe intestinal.

Ch. Éloy.

REVUE DES COURS ET DES CLINIQUES

HÔTEL-DIEU : M. TILLAUX.

Pied bot varus. Tarsectomie.

Le malade qui va nous occuper aujourd'hui est un tout jeune homme, que nous allons opérer d'un pied bot. Je vous rappelle d'abord qu'on désigne sous le nom de pied bot une difformité permanente du pied, essentiellement caractérisée par ce fait que le pied, pendant la station ou la marche, ne repose plus sur la face plantaire, soit en totalité, soit en partie.

Le pied bot présente un certain nombre de variétés, que l'on peut réduire à quatre. Lorsque le pied est dans l'adduction, la plante regardant en dedans et le pied reposant sur le bord externe, c'est un pied bot *varus*. Lorsque, au contraire, le pied est dans l'abduction, que la plante regarde en dehors et que, par suite, le pied repose sur le bord interne, c'est un pied bot *valgus*. Cette déformation est beaucoup plus rare que la précédente. Dans certains cas le pied est dans une extension telle que, dans la station verticale, il ne repose que sur les orteils. Cette déformation s'appelle pied bot *équin*. Quand, au contraire, le pied sera fléchi sur la jambe et reposera sur le talon, ce sera un pied bot *talus*. Cette déformation est de beaucoup la plus rare et j'ai souvenir de ne l'avoir rencontrée qu'une fois. Il va sans dire que je ne vous parle que du pied bot congénital et non du pied bot accidentel, celui-ci étant lié à une foule d'états morbides très divers tels que traumatismes, cicatrices vicieuses, ostéo-arthrites guéries avec une mauvaise attitude, etc.

Voilà les quatre types de déformation du pied, mais je m'empresse de vous dire qu'ils se rencontrent rarement à l'état de pureté. Le malade qui nous occupe est atteint de varus direct, mais c'est là une exception, et qui tient probablement à une cause que je vous expliquerai tout à l'heure. Au varus, qui est la déformation la plus fréquente, se joint presque toujours un certain degré d'équinisme. Cette déformation, qui réunit le type varus et le type équin, a reçu le nom de pied bot *varus équin*. C'est celle que vous rencontrerez presque toujours.

On peut reconnaître trois périodes au traitement du pied bot : une ancienne, une moderne et une actuelle.

La période ancienne commence aux temps les plus reculés et ne se termine qu'au commencement de ce siècle, vers

1816 environ. La seule méthode en usage pendant cette longue période peut être appelée mécanique. Elle consistait uniquement à faire subir quelques manipulations au pied et à appliquer des appareils de forme variable destinés à le redresser. Si dans les déformations légères, avec beaucoup de patience et d'excellents appareils orthopédiques, on obtenait quelques résultats, on n'en est pas moins obligé de convenir que la plupart du temps cette méthode était nulle, en tous cas toujours insuffisante.

La seconde période, caractérisée par la ténotomie, a fait faire des progrès considérables au traitement du pied bot; avant son entrée définitive dans la pratique chirurgicale on rencontrait beaucoup plus souvent des enfants atteints de malformations congénitales du pied.

C'est à Delpech (de Montpellier) que nous devons la première tentative de traitement du pied bot par la ténotomie. Quand Delpech eut l'idée de traiter un varus équin par la section du tendon d'Achille, il ne connaissait ni l'antisepsie ni la section sous-cutanée des tendons; aussi grâce à un manuel opératoire insuffisant et compliqué n'obtint-il pas un résultat encourageant. La méthode, qui avait soulevé tout d'abord de très vives critiques, tomba rapidement dans l'oubli. Il fallut les travaux de Strosmeyer et de l'école française pour la faire sortir de l'oubli; la ténotomie sous-cutanée, pratiquée pour la première fois par Dupuytren sur le faisceau sternal du sterno-cléido-mastoïdien pour un torticolis chronique, acheva de la mettre complètement en honneur, en facilitant le manuel opératoire et en diminuant les dangers d'infection.

Cette opération, qui est encore la seule employée lorsque la déformation du pied n'est pas compliquée de malformations articulaires et osseuses irréductibles, doit être faite dans la première jeunesse. J'opère toujours dans la première année et, si possible, dans le premier mois. On peut dire qu'il faut opérer sitôt que la vie de l'enfant est assurée, car à cette époque il sera plus facile de remédier aux déformations osseuses et articulaires. Votre devoir sera toujours de prévenir les parents que l'intérêt de l'enfant exige une opération rapide, je dirai presque hâtive.

Dans presque tous les auteurs, on préconise une méthode de traitement que je juge défectueuse. Pour eux, après la section sous-cutanée du tendon d'Achille, avant d'appliquer l'appareil orthopédique, il faudrait attendre que la petite plaie fût cicatrisée, c'est-à-dire cinq ou six jours. Mais pendant ce temps les deux bouts du tendon ont pu se ressouder et l'opération a manqué son but, puisqu'elle était destinée à allonger un tendon trop court par l'interposition entre les deux bouts sectionnés d'une sorte de rallonge fibreuse. Aussi après ce laps de temps la réduction du pied est-elle presque aussi difficile que si l'on n'avait pas pratiqué la ténotomie.

Chez un enfant atteint de pied bot varus équin, après la section sous-cutanée du tendon d'Achille, je fais immédiatement la réduction du pied. Puis, sans m'inquiéter de la petite plaie, que je recouvre simplement d'un petit tampon de coton hydrophile, j'applique l'appareil plâtré de Maisonneuve, en ayant bien soin de maintenir le pied dans une bonne position jusqu'à ce que le plâtre soit sec. Au bout d'un mois on retire l'appareil; il n'y a plus trace de la petite plaie et le pied est fléchi sur la jambe.

Ce serait une erreur de croire que le traitement du pied bot consiste uniquement dans l'opération, et que le plâtre une fois enlevé la guérison définitive est obtenue. Il faudra au contraire surveiller l'enfant pendant plusieurs années, lui faire porter un appareil orthopédique jour et nuit, lui faire faire des chaussures appropriées et disposées de telle sorte que le talon repose bien sur le sol. Ce n'est qu'à ce prix que l'on conservera les résultats de l'opération et que l'on évitera la récidive.

L'enfant qui fait le sujet de cette conférence est un exemple de la tendance à la récidive du pied bot. Déjà il avait été opéré à l'âge de six mois par M. de Saint-Germain et actuellement on peut bien dire que les résultats de l'opération sont absolument nuls.

Au bout d'un certain temps, si le pied n'a pas été réduit, lorsque les enfants ont marché depuis plusieurs années, il se produit des déformations articulaires et osseuses qui opposent un obstacle invincible à la réduction. A ce moment-là les tendons n'interviennent plus pour rien dans la déformation et leur section ne peut plus être d'aucune utilité pour le traitement. Il est intéressant de savoir jusqu'à quel âge la ténotomie suffit pour la réduction du pied. Presque tous les auteurs sont d'accord pour fixer comme dernière limite l'âge de sept ou huit ans.

A partir de ce moment la déformation devient osseuse, et l'on peut dire que là s'arrête la période moderne du traitement du pied bot. Les pieds bots osseux, en effet, étaient considérés comme incurables, et vous pouvez lire dans le roman de Flaubert, *Madame Bovary*, un exemple des résultats pitoyables que l'on obtenait par la ténotomie. Quelquefois des accidents locaux graves, tels que durillons douloureux, eschares, etc., forçaient le malade à implorer l'amputation.

Déjà, en 1854, M. Little, dans un cas de varus, avait tenté l'extirpation du cuboïde. Mais cette opération n'eut pas le retentissement qu'elle méritait. Elle avait le tort d'être insuffisante, l'ablation du cuboïde seul ne permettant pas la réduction complète du pied. Mais son plus grand tort était d'arriver à un moment où l'antisepsie n'étant pas connue, aucun chirurgien ne voulait exposer ses malades à une opération dont les suites pouvaient être mortelles, pour une infirmité qui, la plupart du temps, n'était que gênante.

Ce que j'ai appelé la période actuelle du traitement du pied bot ne commença en réalité qu'en 1872, avec M. Lain, qui proposa la résection de l'astragale. C'était un très grand progrès, car dans les pieds bots osseux l'astragale est toujours luxée et dans les tentatives de réduction du pied elle s'applique contre le tibia, mettant ainsi à la réduction un obstacle mécanique qu'il est impossible de surmonter. En 1877, M. Davis Colley fit ce qu'il appela la résection atypique du tarse. Cette opération, qu'on peut appeler aussi résection cunéiforme du tarse, consiste à enlever toute la masse osseuse qui s'oppose à la réduction du pied en opérant comme s'il s'agissait d'un seul os et en détachant un coin à base externe dont le sommet répondrait au bord interne. Ces opérations sont encore à l'étude et les résultats paraissent être favorables, en tous cas ils sont encourageants. Pour plus amples renseignements, vous n'avez qu'à consulter la thèse d'agrégation de M. Schwartz (1883) où vous trouverez toutes les statistiques se rapportant à ce sujet.

C'est une opération de ce genre que je vais faire aujourd'hui devant vous, chez un jeune garçon de quatorze à quinze ans. Comme je vous l'ai déjà dit, cet enfant est atteint de varus direct et avait été opéré à six mois par M. de Saint-Germain. C'est du reste très probablement à cette opération qu'est due cette déformation en varus direct qui, je le répète, est assez rare. La section du tendon d'Achille pratiquée sur chaque pied par M. de Saint-Germain se sera sans doute opposée à l'équinisme par la formation de cette rallonge dont je vous ai déjà parlé.

Le malade était déjà entré dans mon service au mois de janvier dernier et, à ce moment-là, j'opérai son pied droit. Pour cela, je fis l'ablation de l'astragale et du cuboïde, mais en voulant faire la réduction du pied je fus arrêté par l'aponévrose plantaire rétractée et qui, se tendant comme une corde, empêchait le renversement du pied en dehors. Je dus faire alors sa section sous-cutanée. Au point de vue esthétique, le résultat obtenu laisse peut-être à désirer; la pointe du pied est encore un peu subluxée en dedans, ce qui donne à l'ensemble un aspect assez disgracieux. Mais il

n'en est pas de même au point de vue fonctionnel, et notre intervention a rendu le plus grand service au malade. Au lieu d'être réduit comme pour le pied gauche à marcher sur le bord externe de la face plantaire, dans la station verticale le poids du corps repose sur le talon et sur la plante. Ce n'est donc plus à un véritable pied bot que nous avons affaire. Le malade, du reste, s'est si bien trouvé de l'opération que sa famille est venue nous demander de la renouveler pour le pied gauche et que la seule chose que lui-même désire c'est d'avoir les deux pieds semblables.

C'est ce que je vais m'efforcer de faire aujourd'hui. Je tâcherai même d'obtenir une attitude moins disgracieuse du pied en évitant, si je le puis, que l'avant-pied reste incliné en dedans. Pour cela, j'agirai comme je l'ai déjà fait pour le pied droit. Après avoir pratiqué une incision sur la face dorsale externe du pied, je mettrai l'astragale à découvert et je l'enlèverai. J'agirai de même pour le scaphoïde et je terminerai par la section sous-cutanée de l'aponévrose plantaire, en prenant bien soin de ne pas couper l'artère plantaire, ainsi qu'on en a quelques exemples, car la déformation du pied modifie d'une façon considérable les rapports des différents organes de cette région.

Cette ablation de l'astragale et du scaphoïde sera probablement encore insuffisante et peut-être me faudra-t-il avoir recours à l'ablation du cuboïde et même à la résection de la partie antérieure du calcanéum. Au préable, j'appliquerai la bande d'Esmarch, non pour économiser du sang, car ce qui est épargné pendant le cours de l'opération se répand après, mais parce qu'on facilite beaucoup ainsi cette longue opération. Les règles les plus étroites de l'asepsie étant observées, je suturerai le tout, de façon à obtenir une réunion immédiate. La réduction obtenue au prix de cette grande perte de substance sera maintenue au moyen d'un appareil plâtré jusqu'à consolidation définitive des surfaces osseuses. Nous aurons rendu alors un service considérable à cet enfant, sinon en supprimant, du moins en diminuant son infirmité.

Ch. Steeg.

TRAVAUX ORIGINAUX

Syphiliographie.

Myélopathies syphilitiques, par M. le docteur Charles Mauriac.

Dans l'étude des déterminations de la syphilis sur la moelle épinière, nous sommes loin d'être arrivés au même degré de certitude que pour les cérébrosyphiloses. Malgré tous nos efforts, notre conviction n'a pas encore acquis cette ampleur à laquelle rien n'échappe, cette solidité sur laquelle le doute n'a aucune prise. D'où vient ce sentiment de malaise, d'inquiétude qui s'empare de notre esprit et se change en perplexité, quand il s'agit de se prononcer catégoriquement sur les nombreux problèmes que suscite cet ordre d'affections syphilitiques? Ne dirait-on pas à certains moments que le sol chancelle et se dérobe sous nos pas? Au lieu de le trouver saturé de tertiarisme comme dans les viscéropathies dont nous nous sommes occupés jusqu'ici, c'est à peine si de temps à autre nous rencontrons, d'aventure, sur la moelle des lésions syphilomateuses. Il semble que leur germe, si vivace partout ailleurs, s'étiole ici et perd toute sa vigueur spécifique. Et n'est-ce pas ce qui a lieu? Le syphilisme s'y atténue, s'y efface, s'y noie dans les altérations d'ordre commun. A peine, dans les méninges rachidiennes et surtout dans le cordon médullaire, en découvrirez-vous des traces sous forme de gommes ou de suffusions gommeuses. Très rares sont les méningo-myélopathies franchement syphilitiques de par leurs lésions. Presque partout, sur la vaste étendue de ce territoire nerveux, domine le processus de sclérose et de ramollissement, dans ce qu'il a de plus pur et de plus exempt de spécificité.

Le *stigmate* anatomique fait défaut dans l'immense majorité des cas. Mais du moins le trouverons-nous dans les symptômes? Chacun d'eux en portera-t-il l'empreinte? N'y comptez point. — D'ailleurs ne serait-ce pas trop exiger? Nous nous en passions bien pour le cerveau. Pourquoi ne le ferions-nous pas ici?

Oui, mais dans les cérébrosyphiloses, les associations phénoménales suppléent à ce qui manque aux éléments qui les constituent. La bizarrerie, l'incohérence, l'éparpillement, l'étrangeté des phénomènes morbides, leurs assemblages fortuits ou incompatibles, et toutes ces choses disparates qu'on croirait incapables de créer une physionomie, sont précisément les traits qui la constituent et d'où elle tire sa puissante originalité.

Dans les myélosyphiloses il n'en est pas ainsi. Les symptômes apparaissent, se déroulent, se juxtaposent suivant un ordre régulier, physiologique, et ne montrent que rarement quelques velléités d'indépendance. Tout y est pour ainsi dire classique. La syphilis n'ajoute rien, ne retranche rien ou bien peu aux myélopathies ordinaires. Dans la symptomatologie et le processus, presque autant que dans les lésions, elle abdique et ne veut pas se mettre en frais de puissance créatrice. Là aussi le stigmate est faible, s'il ne manque pas tout à fait.

Bien plus, l'absence de toute systématisation qu'on signale à bon droit comme un des traits les plus frappants de sa manière, et que nous retrouvons dans n'importe quel point de l'organisme dont elle s'empare, n'y renonce-t-elle pas quand elle s'incarne aussi intimement qu'il est possible de le faire dans la plus systématisée de toutes, dans le *tabes*, avec ou sans ataxie locomotrice progressive? C'est même là qu'elle semble perdre tous ses droits à l'autonomie; aussi la lui conteste-t-on. Ne voyez-vous pas devenir plus fortes et plus opiniâtres les résistances contre l'absorbante spécificité du tabes syphilitique?

Est-ce à dire qu'elles en auront raison? Qui pourrait l'affirmer? N'exagérons rien ni dans un sens ni dans un autre. Il est incontestable que la syphilis est un facteur étiologique de premier ordre et d'une profonde portée dans les myélopathies de toutes formes, qu'elles soient circonscrites ou diffuses, aiguës ou chroniques, périphériques ou centrales; qu'elles se formulent en *tabes antérieur*, avec prédominance de la paraplégie ou en *tabes postérieur*, avec tout le cortège des troubles sensoriels, sensitifs, moteurs, psychiques, que complète et que couronne l'ataxie locomotrice.

L'observation clinique, en nous faisant assister à la filiation des accidents, depuis le début de l'infection jusqu'à la myélopathie, nous démontre qu'il en est ainsi. — Nous nous disons qu'il est impossible qu'en pareil cas cette grande maladie ne tienne pas sous sa dépendance l'affection médullaire, comme les autres manifestations qui l'ont précédée ou qui l'accompagnent.

Et quand un pareil enchaînement se reproduit sur une vaste échelle, suivant une proportion numérique variable, mais toujours fort grande dans ses oscillations, nous sommes bien forcés de nous incliner.

Il arrive un moment où le nombre qui ne dit pas grand' chose par lui-même fait loi en étiologie. Loi dure et humiliante. Au lieu d'établir la nature d'une maladie sur des particularités caractéristiques de lésions, de symptômes, de marche, de terminaison, de traitement, en être réduit à la statistique! Quoi de plus triste? N'est-ce pas là ce qui met notre esprit, et je serais tenté de dire notre amour-propre scientifique, dans cet état d'incertitude et d'embarras dont je vous parlais plus haut? N'est-ce pas parce que nos légitimes aspirations vers la vérité ne touchent pas directement

le but, n'y arrivent que par des voies détournées ou ne l'entrevoient qu'au loin et comme à travers une brume qui l'obscurcit.

Oui, nous avons conscience que la syphilis occupe une grande place dans la pathogénie des maladies de la moelle épinière. L'observation clinique et les chiffres nous le disent. Mais, quant à en donner la preuve complète, nous ne le pouvons pas. En vain faisons-nous appel à la spécificité des symptômes, du processus et des lésions. Cet appel n'est pas entendu.

Le stigmate syphilitique, si évident partout ailleurs, reste équivoque, se dérobe ou même ne se montre jamais, et notre espoir de le découvrir est si souvent frustré, qu'il en résulte un sentiment pénible de découragement et de scepticisme.

Les réflexions qui précèdent me sont suggérées, ai-je besoin de le dire, par la question du tabes syphilitique. Numériquement, la syphilis occupe une grande place dans son étiologie. Mais combien ne serait-il pas préférable que ses lésions continssent quelques parcelles de matière gommeuse, et qu'il copiât moins servilement le tabes ordinaire?

Quant aux autres myélopathies, elles sont moins sujettes à contestation. Le stigmate n'y est pas aussi nul. C'est par elles que je vais commencer les descriptions particulières. Je les pousserai aussi loin que possible; mais je crains qu'elles ne démontrent ce qu'il y a de fondé dans ces considérations préliminaires qu'on trouvera peut-être un peu trop pessimistes. . . . .

. . . .

Jusqu'ici je ne me suis occupé que des myélosyphiloses diffuses dans lesquelles on ne trouve aucune trace constante de systématisation, comme symptômes et comme lésions. Cette question, dont j'ai fait ressortir tous les côtés obscurs et indécis, est cependant presque lumineuse quand on la compare à celle que je vais aborder.

Nous n'avons jamais quitté le terrain syphilitique, en ce sens que, dans la lésion, on trouvait parfois quelques filons, quelques gisements de cette matière gommeuse qui reste, malgré qu'on ait dit, le caractère matériel le plus indéniable de la syphilis. Maintenant, nous voilà en plein dans les lésions et dans les symptômes d'ordre commun. Rien, mais absolument rien, sauf l'étiologie fondée sur les nombres, ne va nous rappeler que nous sommes encore sur le domaine de la syphilis. C'est la première fois que, dans cette longue étude sur le tertiarisme, ce fait étrange se produit. Partout où nous avons poursuivi et dépisté les méfaits de la syphilis à sa période tertiaire, que ce fût sur la peau, sur les os, ou dans les viscères, etc., nous avons toujours trouvé les stigmates qui lui sont propres. Quelquefois ils sont rares; d'autres fois ils surabondent dans les lésions et dans les symptômes, si bien que leur nature éclate avec la dernière évidence.

Pour les myélosyphiloses qui vont suivre, il n'en est plus ainsi. C'est même tout le contraire qui a lieu. Fouillez-les dans tous les coins, retournez-les dans tous les sens, multipliez les interrogations que suscite le doute; peine perdue, recherches vaines. Vous voyez se dresser comme un grand sphynx qui ne veut point dire son dernier mot, ce tabes énigmatique, d'origine syphilitique, sur lequel on est encore si loin de s'entendre. Quel besoin de nous fatiguer à le décrire? N'est-il pas, en effet, absolument identique à celui qu'on trouve dans tous les livres, à celui qu'on rencontre chez tant de sujets exempts de toute teinte spécifique? Si encore le traitement par l'iodure et le mercure avait quelque prise sur lui! Mais non. Ces deux remèdes ne le font sortir ni de son mutisme, ni de son impassibilité.

Parmi les myélosyphiloses qu'on qualifie de systématiques, le tabes, avec ou sans ataxie locomotrice progressive, est la seule qu'on attribue à la syphilis. Il y en a une cependant qu'elle semblerait plus apte à produire. C'est la sclérose en plaques. Ne trouve-t-on pas dans cette affection la manière d'agir, les procédés de la syphilis? A priori, ne serait-on pas tenté de croire que c'est elle qui produit les plaques de sclérose disséminées un peu irrégulièrement partout, non seulement dans la moelle, mais aussi dans le cerveau, sur les cordons antéro-latéraux, dans les sillons de la moelle et même dans sa substance grise, sur le corps calleux, sous l'épendyme des ventricules, dans les couches profondes de l'écorce, sur les pédoncules, la protubérance, le bulbe, les bandelettes et les nerfs optiques, etc., etc. Voilà bien la dissémination à son suprême degré, cette dissémination irrégulière qu'on regarde à bon droit comme un des traits de l'action syphilitique et qui se montre d'une façon si frappante dans les cérébrosyphiloses. Chose étrange et qui déconcerte toutes nos prévisions, la syphilis ne figure pas dans l'étiologie de cette myélopathie! Elle n'a été incriminée ni par MM. Vulpian et Charcot à qui revient le mérite d'en avoir tracé la première description clinique, ni par tous ceux qui s'en sont occupés depuis.

Les autres myélopathies systématisées, la sclérose latérale amyotrophique, le tabes dorsal spasmodique, l'atrophie musculaire progressive, ne paraissent pas non plus être tributaires de la syphilis.

Seul, le tabes sensitif avec ou sans ataxie locomotrice dépendrait d'elle presque toujours. Elle accaparerait et dominerait despotiquement toute son étiologie. — C'est ce fait très extraordinaire et capital que nous allons analyser et discuter.

Il est clair qu'en pareille matière, le nœud de la question se trouve dans l'analyse des conditions étiologiques, puisque, comme je l'ai dit d'avance, le tabes syphilitique ne se distingue en rien du tabes ordinaire.

C'est M. Vanderlick qui, dès 1854, a mentionné le premier le tabes parmi les myélopathies d'origine syphilitique. Plus tard, MM. Virchow (1864), Schulze (1867), Buzzard (1871) fournirent sur ce sujet quelques indications; mais elles restèrent éparses et sans importance jusqu'à l'époque où M. Fournier reprit cette question, l'enrichit d'un grand nombre de faits, la creusa et lui donna une largeur telle que la syphilis, à laquelle avaient à peine pensé les grands créateurs du tabes, ceux qui en avaient fait l'étude la plus profonde et la plus complète, devint tout à coup et comme par un changement à vue, sinon son unique, du moins son plus important facteur étiologique.

De nombreuses statistiques ont été faites sur les rapports du tabes avec la syphilis. Si un grand nombre sont favorables et semblent démontrer péremptoirement que la maladie constitutionnelle est la cause la plus commune du tabes, d'autres, au contraire, ne donnent que des résultats équivoques ou contredisent même les premières. Voici ces statistiques:

Sur 249 malades affectés de tabes, M. Fournier en a trouvé 231 qui avaient eu la syphilis, et 18 seulement qui ne l'avaient pas eue; ce qui revient à dire que sur 100 cas de tabes, il en est 93 où ce médecin dit avoir rencontré, d'une façon authentique, des antécédents de syphilis. Cazalis, Vulpian, M. Quinquaud et d'autres confirmèrent ou accentuèrent ces résultats. M. Erb, qui s'est occupé plus particulièrement de cette question, a donné deux statistiques. Dans la première série, il a trouvé la proportion de 82,3 tabétiques sur 100 sujets ayant des antécédants vénériens ou syphilitiques présumés. — Sur ces 100 vénériens, 52 avaient eu, outre les chancres, des accidents secondaires, et 30,3 des chancres seulement. — Dans la deuxième série, 91 tabétiques pour 100 vénériens, dont 62 avec chancres et accidents volontaires, et 29 avec chancres seulement. Ce qui diminue un peu la valeur de cette statistique de M. Erb, c'est qu'il est uniciste et compte comme syphilitique quiconque a eu autrefois un chancre. Beaucoup, parmi ceux qui ont donné

des statistiques favorables à l'étiologie syphilitique du tabes, ne sont-ils pas dans le même cas? Peut-être a-t-on admis trop facilement l'existence de la maladie constitutionnelle chez un grand nombre de tabétiques. Toujours est-il que, sur ce sujet, où il semblerait que les chiffres dussent mettre tout le monde d'accord, en fournissant une moyenne à peu près semblable, on voit les résultats les plus contradictoires. Ainsi, tandis que M. Quinquaud trouve que, sur 100 tabétiques, 100 étaient syphilitiques, M. Lewin nous dit que, sur 800 personnes soignées par lui de la syphilis depuis 1865 et dont l'état actuel lui est connu, 5 seulement étaient venus le consulter pour des affections des centres nerveux, et pas une ne présentait de symptôme d'ataxie. — M. Oppenheim a étudié l'état du réflexe patellaire chez 70 malades, syphilitiques depuis cinq ans au moins; or, chez un seul le réflexe manquait.

J'ai observé un certain nombre de malades dont la myélopathie affectait plus ou moins la forme et les allures du tabes typique. Ces malades avaient eu incontestablement la syphilis, et la filiation des accidents était de nature à ne laisser aucun doute sur la solidarité qui existait entre l'affection de la moelle et l'infection dont ils avaient été victimes plus ou moins longtemps auparavant. Ils étaient bien tabétiques de par la syphilis. Tout semblait le prouver, car les autres causes étaient nulles ou insignifiantes. Mais je ne suis guère consulté que par des syphilitiques. Combien d'autres malades qui n'ont jamais eu la syphilis deviennent tabétiques! Aussi, tout en attribuant un grand rôle à cette maladie dans l'étiologie du tabes, peut-être serait-il téméraire de l'en rendre à peu près seule responsable. Comme elle est extrêmement fréquente, il n'est pas étonnant qu'elle se rencontre souvent parmi les antécédents des ataxiques. Beaucoup de pathologistes sont disposés à croire qu'elle n'intervient que comme une simple cause prédisposante qui détériore tout l'organisme et particulièrement le système nerveux. L'étiologie à peu près exclusivement syphilitique du tabes, très en vogue il y a quelques années, semble l'être un peu moins aujourd'hui.

M. Charcot, par exemple, dont l'opinion est d'un si grand poids en pareille matière, refuse à la syphilis tout rôle efficace direct dans la production du tabes. Il n'admet pas le tabes syphilitique et fait, au contraire, jouer un rôle prépondérant aux antécédents nerveux du sujet. Mais, tout en refusant à la syphilis seule un rôle suffisant pour former de toutes pièces un *tabes syphilitique*, il reconnaît que différentes causes morbides ou autres, et en particulier la syphilis, peuvent hâter ou aggraver l'évolution du tabes, bien que celui-ci ne soit pas d'essence spécifique.

D'après beaucoup de pathologistes très autorisés en neuropathologie, le tabes ne serait, suivant l'expression nouvellement adoptée, qu'une lésion *parasyphilitique*.

Outre les statistiques, il y a les *arguments* pour ou contre, qui ont moins de valeur que les faits, car avec quelque subtilité dans le raisonnement on en peut faire une arme à deux tranchants. Trois objections principales ont été opposées à la doctrine du tabes syphilitique : 1° le tabes prétendu syphilitique n'a ni lésions ni symptômes qui lui soient propres; 2° le tabes est une maladie systématique et il n'est pas dans les habitudes de la syphilis de produire des lésions de cet ordre; 3° le tabes des syphilitiques n'est pas plus influencé que le tabes ordinaire par les spécifiques.

Ce sont là des objections qui certes ne sont pas tout à fait irréfutables, mais il est impossible d'en faire table rase. Quand on n'a aucune idée préconçue, elles s'emparent de l'esprit, et on ne s'en débarrasse pas aisément, même lorsque les chiffres viennent de temps en temps brutalement les chasser. Il reste toujours cette impression qu'il est étrange de voir la syphilis, qui frappe d'une empreinte si forte et si pathognomonique tout ce qu'elle produit, comme lésions et comme symptômes, abdiquer complètement sa spécificité, quand il s'agit du tabes, et s'incarner en lui de la façon la plus complète.

D'après ce qui précède, on peut voir combien il est difficile de se faire une opinion solide au milieu d'un fouillis de documents qui semblent se combattre et s'entre-détruire. L'appel au raisonnement ne laisse pas planer moins de doute. On sent que cette grave question est encore loin d'être résolue, du moins sur tous ses points. Les autorités les plus compétentes sont en désaccord. Peut-être trouvera-t-on plus tard une formule étiologique très compréhensive du tabes, qui classera suivant son rang et son importance chacune des causes qu'on lui assigne. C'est alors qu'on verra quel est le rôle réel de la syphilis. Toujours est-il que, si ce rôle n'est pas aussi nettement déterminé qu'on le pourrait souhaiter, nous en devons tenir grand compte et accorder une place considérable au tabes dans les myélosyphiloses.

Dans le tabes syphilitique, comme dans le tabes d'ordre commun, l'ataxie est loin de constituer toute la maladie. Avant qu'elle se produise, il survient des troubles nerveux très variés dans différentes régions de l'économie, qui attestent presque au même degré qu'elle l'invasion, non pas seulement de la moelle épinière, mais des centres nerveux dans leur totalité, par cette singulière et problématique affection. Son domaine est donc très vaste; il s'agrandit de jour en jour, et nous n'en connaissons pas encore les limites. C'est la boîte de Pandore d'où sortent tous les maux d'origine nerveuse. Quand elle n'était qu'entr'ouverte, l'incoordination semblait l'occuper tout entière. Mais, depuis, de tous ses coins obscurs, ont pris leur vol une multitude de symptômes qui, comme une avant-garde, précèdent et annoncent l'ataxie, l'accompagnent ou lui font cortège, et se mettent en campagne souvent sans elle, pendant des années, et même parfois sans qu'elle sorte jamais de son inexplicable inertie. — Il y a, dans cette grande maladie, une ataxie qui ne se borne pas à l'incoordination désordonnée des mouvements dans les membres inférieurs, mais qui s'impose à tous les autres phénomènes, et leur imprime un cachet d'incohérence dans la marche, de caprice dans les allures, d'irrégularité dans l'ordre d'apparition, de polymorphisme protéique en tout, que résume l'épithète *ataxique*, prise dans son sens le plus compréhensif. Il y a là, depuis le début jusqu'à la terminaison, une vingtaine de symptômes sensitifs, moteurs, sensoriels, psychiques qui s'entremêlent, se combinent, s'isolent, entrent en scène et en sortent, y reviennent, sans qu'aucune loi supérieure semble les gouverner. Ne dirait-on pas qu'ils procèdent du hasard? Et cependant la lésion qui les produit est systématique et n'occupe que les cordons postérieurs. La syphilis, chose singulière, ne change en quoi que ce soit, ni dans l'ensemble, ni dans les détails, ni dans la marche, ni dans la durée, ni même dans la terminaison, la physionomie, les habitudes, je dirai presque l'humeur du tabes sensitif. Quelles que soient ses causes plus ou moins probables, il reste toujours identique à lui-même. Et c'est ce qui me fait croire qu'au-dessus de l'étiologie que nous connaissons ou que nous soupçonnons, il y a une cause première qui domine toutes les autres. Où faut-il la chercher? Réside-t-elle dans le système nerveux? Est-elle en dehors de lui, dans le système artériel? Quel est son point de départ, et par quel mécanisme pathogénique, encore inconnu, d'autres influences plus contingentes la mettent-elle en branle, et, malgré leurs variétés, lui font-elles produire toujours des effets identiques?

Clinique médicale.

Considérations sur la valeur diagnostique et pronostique de l'urobilinurie. Communication faite à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 13 décembre 1889, par M. G. Hayem.

Depuis l'époque où je vous ai communiqué mes premières recherches sur l'urobilinurie (juillet 1887), j'ai continué à m'occuper de cette question. Il m'a été impossible dans le chapitre très condensé que j'ai réservé à l'ictère et à l'urobilinurie dans mon ouvrage sur *le Sang et ses altérations*, d'entrer dans tous les développements que comporte cet important sujet. Je crois donc utile d'y revenir. D'ailleurs depuis la publication de ce livre j'ai encore recueilli des matériaux nouveaux qui me permettent de vous apporter aujourd'hui sur certains points des détails complémentaires.

Mes recherches ont été continuées surtout dans une voie clinique. Je me suis préoccupé, en effet, d'une manière toute particulière de la valeur diagnostique et pronostique de l'urobilinurie et de l'ictère hémaphéique. Plus j'avance dans cette voie, plus profonde est ma conviction qu'il y a un intérêt clinique de premier ordre à pra iquer l'examen des urines au point de vue du diagnostic de l'état anatomique et fonctionnel du foie.

Vous savez que les maladies du foie sont bien souvent latentes pendant une première période de leur évolution. Il est donc extrêmement important de découvrir des signes permettant d'affirmer l'existence de lésions hépatiques avant que celles-ci deviennent sensibles par leur haut développement, car il est clair que les chances de guérison seront d'autant plus grandes que l'affection hépatique sera moins avancée dans son évolution.

Ces signes cliniques, on doit les chercher du côté des urines. J'ai déjà eu l'occasion de le dire, mais je crois qu'on ne saurait trop y insister: l'examen des urines n'a pas moins d'importance pour le diagnostic des maladies du foie que pour celui des maladies des reins.

En cas d'altération rénale, on se préoccupe de l'albumine, de l'urée, de l'acide urique, etc.; pour découvrir une lésion hépatique, il faut porter son attention d'un autre côté, c'est-à-dire du côté des pigments. Je vous ai fait voir que l'examen de ces pigments se pratique avec une extrême facilité. C'est donc là un genre d'étude essentiellement clinique et je n'ai eu aucune peine à le faire accepter par mes élèves.

Le plus intéressant des pigments anormaux contenus dans les urines pathologiques me paraît être l'urobiline.

Chez les animaux de laboratoire (chiens, lapins), le foie est parfaitement sain et les urines sont complètement dépourvues d'urobiline. Chez l'homme l'urobilinurie est, au contraire, extrêmement fréquente, surtout chez les malades des hôpitaux. Cela me paraît tenir à la rareté de l'état absolument sain du foie des adultes. A partir d'un certain âge cet organe est presque toujours un peu altéré en raison de nos mauvaises habitudes alimentaires et surtout de l'usage des boissons spiritueuses.

Toutefois la présence temporaire d'urobiline en faible proportion dans l'urine humaine à l'occasion de fatigues, de courbature, de fièvre avec sudation, n'a pas grande signification. Dans ces conditions l'urine est condensée, haute en couleur, et généralement quand ce liquide présente ces caractères on dit que l'urine est hépatique. Cela est loin d'être toujours exact. Le plus souvent, la coloration foncée des urines condensées est due principalement au pigment normal, à l'urochrome. Il importe donc de rappeler que l'urobiline a un faible pouvoir tinctorial et qu'on peut en trouver une proportion notable dans des urines pâles.

C'est l'urobilinurie habituelle, durable, qui seule présente une signification pathologique nette.

Toutes les fois qu'il existe dans l'urine, d'une manière constante, une proportion d'urobiline même faible, pouvant d'ailleurs varier d'un jour à l'autre dans une certaine limite, mais ne faisant jamais complètement défaut, on doit en conclure que le foie n'est pas normal, que sa constitution anatomique a subi une modification plus ou moins profonde.

Aussi ai-je été conduit à considérer l'urobiline comme le pigment de l'insuffisance hépatique. Mais cette vue générale ne donne pas une entière satisfaction aux besoins de la clinique, et il y a lieu d'examiner avec quelques détails quelle peut être la valeur diagnostique et pronostique de l'urobilinurie.

C'est là une très vaste question que je ne veux pas traiter pour le moment dans toute sa complexité. Je me bornerai dans le présent travail à vous présenter quelques remarques sur les points qui m'ont le plus frappé dans ces dernières années.

1° *De l'urobilinurie chez les alcooliques et les buveurs.* — La fréquence extrême de l'urobilinurie chez les malades fébricitants ou non que j'observe à l'hôpital Saint-Antoine, me paraît tenir à ce que la plupart de ces malades sont des alcooliques avérés ou tout au moins des buveurs. Un grand nombre de ceux qui n'ont aucune maladie entraînant par elle-même une excrétion d'urobiline entrent à l'hôpital avec des urines assez fortement urobiliques. Au bout de quelques jours, parfois dès le lendemain, l'urobilinurie diminue par le fait du repos et du changement de régime, mais elle ne disparaît pas et les malades font des aveux ne permettant pas de douter de leurs habitudes alcooliques. On ne trouve cependant aucun autre symptôme de maladie du foie, l'urobilinurie est le seul signe de l'altération produite par l'alcool dans cet organe.

Dans les maladies fébriles l'urobilinurie s'observe à des degrés très divers. Mais, si l'on prend une seule de ces maladies, la fièvre typhoïde par exemple, on sera frappé de voir que dans certains cas l'urobilinurie sera nulle ou insignifiante, dans d'autres, au contraire, assez prononcée. Cette dernière particularité se rapporte encore à l'alcoolisme, et, lorsqu'elle est bien accentuée, elle est de nature à faire faire des réserves sur le pronostic. Il en est de même pour toutes les autres maladies aiguës: toutes choses égales d'ailleurs, l'intensité de l'urobilinurie devra faire soupçonner l'existence de lésions hépatiques d'origine alcoolique. Dans un grand nombre de mes observations l'urobilinurie a diminué pendant la convalescence, tout en persistant comme témoignage d'un mauvais état du foie dont l'existence était antérieure à celle de la maladie aiguë.

2° *De l'urobilinurie des nouvelles accouchées et des nourrices.* — On sait combien sont graves les maladies aiguës chez les nouvelles accouchées et chez les nourrices. Evidemment la forme adynamique ou ataxo-adynamique que revêtent ces maladies, notamment la fièvre typhoïde, doit être en rapport avec un état organopathique particulier. Depuis longtemps on a signalé l'infiltration graisseuse du foie chez les nouvelles accouchées et chez les nourrices. Que l'on porte son attention du côté des urines et l'on trouvera plus d'urobiline que dans celles des autres malades, alors même qu'aucun excès alcoolique ne pourra être mis en cause. La puerpéralité et la lactation ont amené ici du côté du foie des troubles nutritifs analogues à ceux qui ont été déterminés par l'alcool dans les faits de la précédente catégorie.

3° *De l'importance de l'urobilinurie dans le diagnostic des cirrhoses.* — Lorsque l'urobilinurie habituelle est peu prononcée chez les alcooliques, le foie est certainement altéré, mais ses altérations sont encore peu profondes et

il suffit souvent de soumettre les malades à un régime convenable pour voir les urines redevenir normales au bout d'un temps assez court. Plus tard, il arrive un moment où la proportion d'urobiline excrétée augmente notablement. On doit alors soupçonner un commencement de cirrhose. Il résulte, en effet, des observations que j'ai recueillies dans ces quatre dernières années, tant à l'hôpital qu'en ville, que l'urobilinurie est le premier signe de la cirrhose alcoolique. Comme elle existe déjà à une époque où l'on ne trouve encore aucun autre symptôme de cette maladie, elle acquiert par là une grande valeur diagnostique. Dans plusieurs des cas où l'examen des urines m'a conduit à considérer comme très probable l'existence d'une cirrhose du foie, j'ai eu l'occasion de revoir les malades et de vérifier quelques mois plus tard l'exactitude de mon diagnostic.

Chez les cardiaques, dont le foie n'est pas tuméfié, l'urobilinurie peut être également à elle seule un indice de l'altération hépatique. En dehors des accès d'asystolie cette urobilinurie des cardiaques est d'abord peu accentuée. Elle devient souvent considérable pendant les périodes de non-compensation, lorsqu'il existe des troubles mécaniques de la circulation avec hypérémie plus ou moins notable du foie. Plus tard, lorsque les œdèmes ont disparu, lorsque la circulation s'est régularisée, l'urobilinurie peut diminuer considérablement. Mais souvent elle devient habituelle et elle peut faire soupçonner la persistance d'une altération du foie dans des cas où la glande hépatique n'est pas sensiblement hypertrophiée. Lorsque les malades chez lesquels on a constaté ces modifications des urines viennent à succomber à la suite d'une dernière attaque d'asystolie, on trouve à l'autopsie des lésions plus ou moins accentuées de cirrhose cardiaque. Il est donc extrêmement important de rechercher aussi chez les cardiaques la présence de l'urobiline dans les urines.

Ce sont les malades dont nous nous occupons dans ce paragraphe, c'est-à-dire les cirrhotiques par alcoolisme et les hépatiques par affection du cœur, qui sont le plus exposés aux atteintes de la variété d'ictère désignée par Gubler sous le nom d'ictère hémaphéique. Cet incident survenant dans le cours d'une urobilinurie habituelle n'indique pas toujours une aggravation des altérations cellulaires du foie.

J'ai vu, en effet, l'ictère hémaphéique durer des semaines et des mois, puis disparaître, sans qu'il soit survenu de modifications appréciables dans l'état de cet organe. Les causes de cet ictère sont d'ailleurs multiples et quelques-unes très probablement extra-hépatiques.

En tout cas, on doit considérer l'ictère hémaphéique comme comportant, d'une manière générale, un pronostic encore plus sévère que l'urobilinurie pure.

Toutes les cirrhoses, quelle qu'en soit la forme, relevant de l'alcoolisme ou d'une affection cardiaque, s'accompagnent d'une urobilinurie plus ou moins notable. Mais tous les cirrhotiques ne sont pas urobiliques. Dans la cirrhose hypertrophique d'origine non alcoolique, affection d'ailleurs rare, j'ai eu récemment l'occasion de constater que les urines renferment des traces peu sensibles et non persistantes d'urobiline.

4° *De l'urobilinurie des cachectiques.* — La plupart des cachectiques sont atteints d'urobilinurie. Cette particularité s'observe surtout dans la tuberculose avec foie gras, à la période avancée du cancer, dans l'anémie extrême, dans les cachexies de misère sans localisation précise. Le plus souvent, dans ces conditions, la proportion d'urobiline que renferme l'urine reste faible ou moyenne. Elle peut cependant devenir assez forte et même intense, soit à l'occasion d'une complication, soit par suite d'une marche plus rapide de la maladie.

Parmi les complications augmentant le plus notablement l'excrétion d'urobiline, je signalerai particulièrement les maladies du cœur. Celles-ci, en retentissant sur le foie et en augmentant la tension veineuse dans la veine sus-hépatique, doivent faciliter la résorption de l'urobiline ou même favoriser sa formation. Aussi, parmi les diverses formes de la tuberculose, celle du péricarde est-elle remarquable par l'intensité de l'urobilinurie. Ce symptôme apparaissant, dans ce cas, au milieu d'un complexus obscur chez des sujets non alcooliques, est susceptible de faciliter le diagnostic.

Les urobiliques, par affection cachectisante, peuvent être également atteints d'ictère hémaphéique. J'en ai observé plusieurs cas dans le cours de la tuberculose avec foie gras.

En résumé, le but de ces quelques remarques est d'attirer de nouveau votre attention sur l'examen clinique des pigments urinaires. J'ai la certitude que vous pourrez en tirer un grand avantage au point de vue du diagnostic et du pronostic de nombreux états morbides. En terminant, je vous rappellerai que, en cas d'ictère, il est nécessaire, si l'on veut se rendre un compte plus exact du processus, de joindre à l'examen des urines celui du sérum du sang.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

SÉANCE DU 24 DÉCEMBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

M. *Lereboullet* se porte candidat à la place déclarée vacante parmi les associés libres.

MM. *Chauvel* et *Périer* envoient des lettres de candidature à la place déclarée vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

M. *Léon Colin* présente un mémoire manuscrit de M. le docteur *Mareschal*, médecin-major de 1re classe au 2e régiment de pontonniers, sur *l'emploi de la plume métallique individuelle dans l'opération de la vaccine.*

Renouvellement du bureau. — L'Académie procède au renouvellement du bureau pour 1890. M. *Tarnier* est élu vice-président; M. Féréol est maintenu par acclamation secrétaire annuel; M. Caventou est également réélu trésorier par acclamation pour cinq années; MM. Empis et Marc Sée sont nommés membres du Conseil.

Décès de M. Damaschino. — M. *le Président* exprime les regrets qu'éprouve l'Académie du décès de M. Damaschino et M. Féréol donne lecture du discours qu'il vient de prononcer sur sa tombe.

Chirurgie d'armée. — Au nom de M. *Bonnafont*, M. *Léon Colin* rapporte l'histoire de trois balles reçues sur le champ de bataille et qui sont restées plusieurs années au milieu des tissus — deux dans les fosses nasales et une dans la région fessière, la cuisse et la jambe, — sans jamais y produire aucun accident et en manifestant à peine leur présence. M. *Larrey* fait observer que ces faits étaient loin d'être rares autrefois; il en a rapporté et constaté lui-même un grand nombre.

Grippe. — M. *Germain Sée* communique les renseignements qu'il a reçus de Saint-Pétersbourg et de Berlin sur l'épidémie de grippe qui sévit actuellement dans ces villes comme à Paris; ces renseignements proviennent notamment de la discussion à laquelle s'est livrée la Société de médecine de Berlin, le 16 décembre, sous la présidence de Leyden. D'après cette discussion, la maladie serait la grippe, ayant revêtu trois formes principales : la forme nerveuse, la forme catarrhale et la forme gastrique. Le pronostic a été particulièrement favorable ; les guérisons brusques sont les plus fréquentes; des cas de mort n'ont jamais été constatés. M. Germain Sée fait observer qu'il n'en est malheureusement pas tout à fait de même à Paris, où l'on ne peut nier que, lorsque les malades ne prennent pas de précautions

suffisantes, des complications redoutables se montrent, telles que des bronchites capillaires, des broncho-pneumonies et des pneumonies catarrhales et fibrineuses, assez souvent mortelles. La mortalité s'observe surtout lorsqu'il s'agit de personnes atteintes déjà soit du côté des bronches, soit du côté du cœur, et non du côté du poumon, parce que la grippe ne s'observe que tout à fait exceptionnellement chez les tuberculeux; elle est très fréquente, au contraire, chez les bronchitiques, les catarrheux et les cardiaques. Aussi M. Germain Sée pense-t-il qu'il y a lieu d'être réservé au point de vue de la bénignité de l'épidémie actuelle, qui semble être une épidémie de fièvre catarrhale spéciale.

S'agit-il, dans ces cas, d'une pneumonie spéciale, grippale, ou d'une pneumonie ordinaire? A Saint-Pétersbourg, on fait en ce moment des expériences avec le sang pris dans le poumon des personnes atteintes afin de rechercher la présence du microbe observé il y a quelques années par Talamon et Friedländer; ces mêmes expériences se poursuivent dans le service de M. Germain Sée. Il est à craindre qu'il ne s'agisse d'une pneumonie infectieuse, à forme grave, comme on en a déjà observé plusieurs épidémies. Un autre fait est aussi à signaler: au cours d'une petite épidémie de grippe à Paris il y a cinq ans, M. Germain Sée remarqua que la plupart des malades présentaient une augmentation de volume de la rate, permettant de rapprocher la maladie de la malaria et de la fièvre typhoïde; or M. Potain vient de constater le même fait actuellement; si bien qu'on peut croire qu'il s'agit d'une maladie miasmatique, non contagieuse et étrangère aux influences atmosphériques puisqu'on l'observe à la fois dans des climats très différents.

Pour M. *Dujardin-Beaumetz*, la maladie actuelle ne ressemble nullement à la grippe telle qu'on l'a observée jusqu'ici et telle que l'ont décrite tous les auteurs. Deux caractères la distinguent: le début foudroyant dans certains cas, qui a pu la faire confondre avec la dengue, et les deux phases de la maladie: phase nerveuse, puis phase catarrhale; ces deux phases se retrouvent aussi dans la dengue, de même que les éruptions, relativement assez fréquentes dans l'épidémie actuelle. Il n'est pas jusqu'à la gravité d'un certain nombre de cas qui n'oblige à être très réservé sur le diagnostic aussi bien que sur le pronostic de cette épidémie.

M. *Le Roy de Méricourt* a constaté qu'en 1742, il y avait déjà eu une épidémie présentant les mêmes caractères et à laquelle on avait donné le nom d'*influence*. D'ailleurs la grippe a toujours présenté des caractères différents suivant les années, les climats, les saisons, les individualités. Il s'élève avec force contre l'analogie qu'on semble vouloir créer entre la maladie actuelle et la dengue. Les éruptions observées sont des rash non permanents et ne présentant pas le caractère morbilleux ou scarlatiniforme que revêt l'éruption de la dengue, ni la desquamation considérable qui suit cette éruption. Quant aux pneumonies qu'on a signalées, elles n'offrent pas les signes habituels de cette affection, ce sont plutôt des congestions avec souffle.

Enfin, il est certain que l'épidémie semble être devenue plus grave et qu'elle frappe surtout les femmes ou les hommes épuisés ou surmenés intellectuellement.

Les cas qu'a observés M. *Rochard* présentaient les caractères de la grippe ordinaire; plusieurs malades ont été atteints d'une éruption tout à fait particulière, mais ils avaient absorbé jusqu'à 2gr,50 d'antipyrine par jour; c'est peut-être là la cause de leur rash. Quant aux pneumonies, on a déjà cité, en France et à Paris même, des épidémies de grippe dans lesquelles cette complication s'est rencontrée dans 1/5 des cas.

M. *Germain Sée* a vu trois malades ayant des éruptions bien caractérisées et chez lesquels on n'avait pas employé l'antipyrine, mais bien le sulfate de quinine. A Berlin, tous les médecins, excepté un, ont donné de l'antipyrine à leurs malades et aucun n'a signalé d'éruptions.

Prophylaxie de la tuberculose. — Reprenant la discussion sur la prophylaxie de la tuberculose, M. *Vallin* ne partage pas les scrupules de ceux de ses collègues qui ont déclaré ne pouvoir approuver les instructions de la Commission sur la prophylaxie de la tuberculose, par crainte d'effrayer les malades et de les voir abandonner sans soins par leur entourage ou même par leurs proches. L'Académie n'a rien à cacher et, au cas même où elle ne voterait pas l'instruction proposée, le public n'en saurait pas moins que la transmissibilité de la tuberculose est généralement admise, même par ceux qui ont refusé de la sanctionner par leur vote.

D'ailleurs, est-ce qu'on a vu un seul malade être abandonné, ne pas être soigné avec autant de dévouement qu'autrefois, depuis que l'on sait que la diphthérie et la fièvre typhoïde sont des maladies transmissibles? D'autre part, nous savons aujourd'hui que très souvent le tubercule reste local et guérit; cela est vrai pour les tubercules des os, de la vessie, des ganglions, de la plèvre, etc. Ce qui est grave, ce qu'il faut éviter à tout prix, c'est la généralisation de la maladie, ce sont les réinfections successives par les poussières qui pénètrent dans les voies digestives et respiratoires. Or, les moyens que recommande l'instruction sont à la fois prophylactiques pour l'entourage et curatifs pour le malade lui-même, qu'il s'agisse de malades riches ou de ceux de la classe indigente, reçus dans les sanatoria de plus en plus multipliés.

L'instruction devrait toutefois adoucir certaines prescriptions dont l'énoncé semble à M. Vallin bien rigoureux. Au lieu de demander qu'on « évite de coucher dans le lit d'un tuberculeux et d'habiter sa chambre le moins possible, etc... », il préférerait la rédaction suivante: « Entretenir la pureté et le renouvellement de l'air dans la chambre occupée par un tuberculeux, surtout pendant la nuit; en général, s'abstenir de partager la même chambre ou de faire lit commun avec lui. »

De même, on pourrait se borner à dire: « en cas de décès, ne faire usage des objets qui ont servi aux tuberculeux, qu'après une épuration par le lessivage à l'eau bouillante, l'étuve à vapeur sous pression, les vapeurs soufrées, etc. » D'autre part, comme le pus des lésions tuberculeuses est également très riche en bacilles, avant le paragraphe 1er de l'article III il ajouterait: « Le principe contagieux de la tuberculose se trouve aussi dans le pus des abcès et dans les déjections des phthisiques. »

Enfin, il regrette que la nouvelle rédaction n'ait pas maintenu la proscription générale de tout lait qui n'a pas bouilli.

M. Vallin voudrait que l'Académie ne se bornât pas à l'approbation d'une instruction dont elle n'a pas eu l'initiative; il propose la nomination d'une commission en vue d'instituer, auprès de tous les médecins français, une enquête sur la part qui revient à l'hérédité et à la contagion dans le développement et la propagation de la tuberculose.

A Paris, d'après M. *G. Lagneau*, la tuberculose est l'affection qui détermine le plus de décès. En 1888, sur 53 303 décédés, 11 472, plus d'un cinquième, 21 sur 100, ont succombé à la tuberculose des poumons, des méninges, du péritoine ou d'autres organes. Mais il ne meurt pas annuellement 2000 tuberculeux de moins de deux ans, ainsi qu'il a été dit; en 1888 il en est mort 274 de 0 à 1 an, et approximativement 500 de 0 à 2 ans.

Les vaches actuellement sont rarement tuberculeuses à Paris. Le lait cru est souvent plus facilement digéré que le lait cuit. Des personnes âgées, depuis vingt ou trente ans,

prennent sans inconvénient du lait cru. Il ne paraît pas motivé de dire que le lait « doit toujours être bouilli ».

La tuberculose pulmonaire, la phthisie sévit beaucoup plus dans les villes que dans les campagnes. Beaucoup de ruraux immigrés dans les villes y contractent la tuberculose, en y exerçant des professions sédentaires. Nos jeunes soldats, malgré les exemptions et les réformes de tous les faibles, des prédisposés aux affections thoraciques, deviennent souvent phthisiques par suite de l'encombrement de la caserne urbaine. Les camps ruraux seraient bien préférables.

Les exemptés du service militaire pour maladies de poitrine ou pour faiblesse de constitution, sont très nombreux parmi nos jeunes gens des grandes agglomérations urbaines et des départements très manufacturiers, comme ceux du Nord et du Pas-de-Calais; mais alors que pour toute la France la moyenne de ces exemptions est d'environ 200 sur 100 000 hommes, la proportion s'élève au double dans les départements du Var, des Bouches-du-Rhône. Aussi, non sans raison, on s'est demandé si les phthisiques envoyés dans les départements du littoral méditerranéen ne tuberculisaient pas les habitants de ces départements.

Pour prévenir le développement de la phthisie pulmonaire il faut non seulement un renouvellement constant de l'air ambiant, mais il faut aussi que par suite d'occupations actives cet air pénètre profondément dans les vésicules pulmonaires. L'air *intus* et *extra* est le meilleur prophylactique de la phthisie.

ÉTIOLOGIE DE LA PHTHISIE PULMONAIRE. — M. le docteur *Leudet* s'est demandé ce qu'étaient devenus les conjoints *survivants* des phthisiques qu'il a observés depuis vingt-cinq ans: il a trouvé que sur 112 veufs ou veuves de phthisiques avérés, la très grande majorité vivent indemnes de toute maladie suspecte ou sont morts sans signe de tuberculose. De ces 112 conjoints, il n'en est que 7, dont 4 femmes et 3 hommes, qui aient contracté la tuberculose, et de ces 7 tuberculeux, 3 hommes et 1 femme sont encore vivants. Il reste 105 conjoints qui ne présentent pas de signe de tuberculose, bien qu'ils aient cohabité avec des phthisiques.

Sur ces 112 ménages, 80 étaient jeunes, dans la période génésique de la vie, et j'ai pu en suivre l'histoire pathologique du côté des descendants. 18 d'entre eux n'ont pas eu d'enfants; 35 ont eu des enfants bien portants et 27 des enfants qui sont devenus tuberculeux. Aussi conclut-il que dans le milieu qu'il s'est donné d'observer, c'est-à-dire dans la classe aisée qui vit dans les conditions les meilleures d'aération et d'alimentation, la contagion de la phthisie est extrêmement rare.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. LE DENTU.

Anévrysme cirsoïde de la main: M. Bazy. Rapporteur: M. Routier (Discussion: MM. Quénu, Polaillon, Tillaux, Prengrueber, Trélat, Peyrot, Le Dentu, Pozzi). — Désarticulation du genou: M. Poirier. — Plaie des nerfs: M. Pozzi. — Corps étranger de la vessie: M. Routier. — Fibrome utérin: M. Pozzi.

M. *Routier* fait un rapport sur une observation d'*anévrysme cirsoïde de la main*, par M. Bazy. Il s'agissait d'un homme de trente-sept ans chez qui la lésion avait dix-huit ans de date et avait succédé à un phlegmon incisé. Serait-ce, dit M. Bazy, la preuve qu'il faut faire jouer un rôle à l'artérite dans la pathogénie des anévrysmes cirsoïdes? Parmi les particularités principales, M. Bazy insiste sur l'intensité de la dilatation artérielle et veineuse, remontant jusqu'à l'axillaire. La compression sur la radiale faisait affaisser la tumeur; sur la cubitale, elle restait sans effet. L'anévrysme était ulcéré et donnait lieu à des hémorrhagies. Il n'a pas été opéré.

M. *Quénu*. L'artérite existe, sans contredit; la question est de prouver qu'elle est cause et non effet. A ce point de vue, l'observation de M. Bazy ne démontre rien. D'autre part, il aurait fallu rechercher s'il n'existait pas dans la tumeur un point dont la compression faisait cesser tous les symptômes. Il y a, en effet, des observations où l'anévrysme cirsoïde est sûrement la conséquence d'une phlébartérie: c'était évident sur une pièce enlevée au cuir chevelu par M. Terrier et examinée histologiquement par M. Malassez. Dans ce cas, la lésion était d'origine traumatique. Le développement considérable et ascendant des veines est fréquent et s'explique bien dans cette hypothèse. En 1876, M. Tillaux a soigné une femme chez qui il était très accentué.

M. *Tillaux*. Cette femme, atteinte d'un anévrysme cirsoïde du médius, avait des douleurs intolérables dans le membre inférieur, si bien que certains chirurgiens avaient conseillé l'amputation du doigt. Or, sans qu'on s'explique trop pourquoi, la compression digitale de l'humérale a mis fin à ces souffrances.

M. *Polaillon* a indiqué dans un article du *Dictionnaire encyclopédique* l'intensité de ce développement veineux. Il a déjà publié l'observation d'un petit anévrysme artério-veineux de l'éminence thénar, consécutif à des contusions répétées. Il a soigné un faïencier qui, s'étant excorié la pulpe d'un doigt en polissant avec du grès, vit l'excoriation bourgeonner et des phénomènes d'anévrysme cirsoïde se manifester. La pulpe du doigt ayant été extirpée, les dilatations vasculaires à distance cessèrent. De larges vaisseaux, multiples, faisaient communiquer les artères et les veines.

M. *Quénu* ne parle pas de ces communications par capillaires élargis. Broca déjà les signale. C'est différent anatomiquement des véritables phlébartéries, et précisément le point important est de montrer que jusqu'à présent il n'y a pas de différence clinique entre ces deux variétés anatomiques. Dans les anévrysmes cirsoïdes, il y a manifestement des lésions de névrite, ce qui peut rendre compte des douleurs dans le cas de M. Tillaux.

M. *Prengrueber* a vu à la base du médius un anévrysme cirsoïde probablement traumatique. On avait, sans aucun résultat, lié la radiale et la cubitale. M. Prengrueber fit l'ablation complète et la dilatation vasculaire à distance cessa.

M. *Trélat* rappelle qu'il a vu cesser instantanément la dilatation de la fémorale dans un cas d'anévrysme artério-veineux poplité où il a fait l'extirpation. Pour l'anévrysme cirsoïde, il est arrivé à une règle thérapeutique très nette: les ligatures à distance sont toujours inefficaces et il faut pratiquer l'extirpation ou, si elle est impossible, l'amputation du membre.

M. *Peyrot*, sur les instances d'une famille, a cherché à guérir par la ligature de la fémorale un anévrysme cirsoïde ulcéré et saignant du dos du pied sur une enfant de sept ans. L'hémorrhagie persista, il fallut comprimer le pied et la gangrène se déclara, en sorte que finalement la guérison ne fut obtenue qu'au prix d'une amputation de cuisse.

M. *Quénu* est aussi d'avis que le chirurgien doit viser directement la communication artério-veineuse, et par conséquent faire l'extirpation.

M. *Le Dentu* a soigné une femme de trente ans, atteinte d'un énorme anévrysme cirsoïde de la fesse, gagnant dans l'intérieur du bassin et senti par le toucher vaginal et rectal. En présence d'hémorrhagies, il songeait à lier l'iliaque primitive, lorsque, sous l'influence de poussées inflammatoires, il vit la partie fessière de la tumeur durcir et se rétracter.

Cette amélioration considérable s'est maintenue pendant trois à quatre ans.

M. *Pozzi* rappelle que Gosselin améliorait les anévrysmes cirsoïdes par de petites injections de perchlorure de fer, dont chacune causait un petit abcès. Mauvaise méthode, pense M. *Trélat*, pour qui il ne faut pas trop compter sur les résultats curatifs de l'inflammation. Mais on est bien heureux quand une amélioration spontanée survient de la sorte dans les cas inopérables, comme celui de M. Le Dentu.

— M. *Poirier* présente un malade auquel il a désarticulé le genou et fixé la rotule, conservée, dans l'espace intercondylien avivé. D'où un moignon supportant parfaitement les pressions.

— M. *Pozzi* demande l'avis de la Société sur un jeune homme à qui un coup de sabre a tranché à l'avant-bras le médian et le cubital. Depuis plusieurs mois les progrès sont nuls. M. *Tillaux* croit qu'on ne peut rien perdre à tenter la suture nerveuse.

— M. *Pozzi* fait voir un *fibrome utérin* pesant 15 livres. L'extirpation de cette masse incluse dans le ligament large fut très pénible, et la vessie fut déchirée sur 12 centimètres de long. Cette plaie fut suturée. La malade, aujourd'hui au sixième jour, va très bien et sa température n'a pas dépassé 37°,7.

— M. *Routier* montre des fragments de thermomètre qu'il a extraits de la vessie d'un jeune homme à l'aide du redresseur de Colin. Quoiqu'il s'agît de morceaux de verre, la taille a été inutile.

Bureau pour 1890. — *Président :* M. Nicaise; *vice-président :* M. Terrier; *secrétaire général :* M. Ch. Monod; *secrétaires des séances :* MM. Marchand et Richelot; *archiviste :* M. P. Reclus.

A. Broca.

Société de biologie.

SÉANCE DU 21 DÉCEMBRE 1889. — PRÉSIDENCE DE M. DUCLAUX, VICE-PRÉSIDENT.

Substances solubles favorisantes sécrétées par un certain bacille tuberculeux : M. Courmont. — Sur l'endocardite infectieuse : MM. Rodet et Perret. — Cytodiérèse dans le testicule du rat : M. Montané. — Innervation vaso-motrice du poumon : M. Couvreur. — Sur quelques points de technique physiologique : M. Richet (Discussion : MM. Malassez et Laborde). — Élections.

M. *Courmont* revient sur un point que lui avait présenté l'histoire d'un certain bacille tuberculeux découvert par lui l'année dernière. Ce bacille présente cette particularité que les produits solubles fabriqués par lui dans une culture et injectés à un animal confèrent à celui-ci une réceptivité plus grande pour l'infection tuberculeuse. Ainsi une culture filtrée, injectée à la dose de 1 centimètre cube par kilogramme de lapin et surtout de cobaye, tout en n'étant pas toxique, puisqu'on a pu porter la dose à 5 centimètres cubes sans causer la mort de l'animal, crée chez celui-ci une prédisposition telle que l'inoculation ultérieure d'une culture virulente a provoqué la mort du cobaye en quinze ou seize heures et celle du lapin en vingt-trois heures, alors que l'inoculation de la même culture ne produisait le même résultat qu'en quinze ou vingt jours quand elle n'avait pas été précédée de l'injection des substances solubles. L'injection simultanée du bouillon, c'est-à-dire du bacille accompagné des principes solubles qu'il a sécrétés, ne présente rien de particulier. Enfin le bacille cultivé dans un milieu artificiel contenant déjà les substances solubles favorisantes ne semble pas avoir acquis des propriétés spéciales.

— A propos d'une récente communication de M. Girode, MM. *Rodet* et *Perret* rappellent qu'ils avaient déjà, l'année dernière, obtenu non seulement des cultures vert clair analogues à celles citées par M. Girode, mais qu'après avoir inoculé leurs cultures dans les veines jugulaires, ils avaient pu reproduire l'endocardite infectieuse avec tous ses caractères.

— M. *Montané* a reconnu que la cytodiérèse dans le testicule du rat suit les mêmes phases que chez les solipèdes et qu'elle a lieu par segmentation indirecte, comme il l'a déjà établi dans une communication antérieure. Il en conclut que c'est là un fait général chez les mammifères, contrairement à l'opinion de M. Balbiani, qui y voit un bourgeonnement.

— En excitant le pneumogastrique de la grenouille après que la branche qui va au cœur s'est déjà détachée du tronc du nerf, M. Couvreur a vu survenir l'arrêt complet de la circulation pulmonaire. Ce fait est à rapprocher d'une expérience exécutée il y a quelques années dans le laboratoire de M. Chauveau, à Lyon, par M. Morel. Si après avoir sectionné la moelle, ouvert l'abdomen et la poitrine et mis l'artère pulmonaire en communication avec un hémo-manomètre, on vient à exciter les viscères digestifs : estomac, foie, surtout dans le voisinage du canal cholédoque, on détermine une élévation de la pression de l'artère, signe bien évident de la contraction par voie réflexe des vaisseaux artériels du poumon.

— M. *Richet* a constaté que la mort des lapins survenait fatalement quand on fait des expériences dans des cloches où la fermeture hydraulique était obtenue au moyen de mercure.

M. *Chauveau* fait remarquer à ce sujet que tous les animaux ne sont pas, à beaucoup près, aussi susceptibles à l'égard du mercure ; les ruminants se rapprochent du lapin, mais d'autres, et l'homme en particulier, résistent très bien.

— M. *Richet* emploie, comme l'avait fait Vulpian, les injections de chloral pour obtenir l'anesthésie des chiens sur lesquels il opère, mais il y associe la morphine, et au lieu d'introduire la solution anesthésique dans la veine saphène, ce qui occasionne souvent des syncopes, il l'injecte dans le péritoine. Les effets obtenus sont identiques à ceux produits par la méthode de Vulpian, mais on évite les accidents. La dose anesthésique est de 50 centigrammes de chloral et 2milligr,5 de chlorhydrate de morphine par kilogramme d'animal, mais la dose toxique en est si voisine (60 centigrammes de chloral et 3 milligrammes de chlorhydrate de morphine) qu'il faut plutôt se tenir au-dessous de 50 centigrammes et considérer une dose de 40 à 50 centigrammes comme dose maniable.

Ce mode d'anesthésie a permis de constater un fait qui confirme les résultats acquis antérieurement par M. Richet. Un chien de 30 kilogrammes et un de 4 kilogrammes ont reçu des doses correspondantes de chloral, de façon à déterminer l'anesthésie. Le gros chien se refroidit peu, le petit beaucoup. Cela provient d'une égalisation de l'activité chimique, qui d'ordinaire est de beaucoup plus grande chez les chiens de petite taille que chez les gros.

Sur une question de M. *Laborde*, relative aux effets locaux de ces injections, M. *Richet* dit n'avoir pu constater aucune vascularisation, mais seulement une transsudation abondante sans hémorrhagie. Les solutions employées sont d'ailleurs assez étendues : 100 grammes renferment 10 grammes de chloral.

— M. *Richet* présente deux soupapes de Muller entièrement en verre et dont l'une permet de faire la respiration artificielle.

— M. *Richet* propose un moyen qui permet de conserver du sang sans grosses altérations. Il consiste à faire tomber le sang dans une solution chaude et concentrée de gélatine et à opérer rapidement le mélange. Dans ces conditions, la fibrine ne se sépare pas, mais on a un coagulum dû à la gélatine, qui peut se conserver assez longtemps.

M. *Malassez* a depuis longtemps indiqué ce moyen, ainsi que celui qui repose sur l'emploi d'une solution de sucre. Par ces procédés on peut, au bout de cinq à six ans, retrouver les bandes d'absorption de l'oxyhémoglobine.

— La Société de biologie constitue ainsi son Bureau pour l'année 1890 :

MM. Chauveau et Straus, *vice-présidents*.

MM. Balzer, Capitan, Netter et Kauffman, *secrétaires des séances*.

Membres du conseil : MM. Bouchard, Bouchereau, Hénocque, d'Arsonval, Mathias Duval, Duclaux.

Commission de contrôle : MM. Gley, Grimaux, Malassez.

Commission des échanges : MM. Brown-Séquard, Dastre, Richet, Gellé.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1889 : PRÉSIDENCE DE M. FERNET.

Action comparée des digitalines : M. Bardet (Discussion : MM. Delpech, P. Vigier, Constantin Paul, Catillon, Dujardin-Beaumetz).

M. *Bardet* fait une communication sur l'action comparée des digitalines.

M. *Delpech* attire l'attention de la Société sur l'importance qu'il y aurait à ce que la digitaline prescrite par le Codex fût seule employée par les pharmaciens. Ceux-ci devraient éviter de se servir de produits commerciaux d'origine souvent douteuse et incertaine.

M. *P. Vigier* fait remarquer à ce propos que le pharmacien est facilement trompé sur la nature des produits qui lui sont fournis ; il demande à un commerçant de la digitaline du Codex et reçoit tout autre chose.

M. *Constantin Paul*. Homolle a retiré, il y a vingt-cinq ans, une digitaline complexe de l'extrait aqueux de digitale, et Nativelle, de l'extrait alcoolique, une digitaline cristallisée, qui devint alors la vraie digitaline. J'ai fait sur des grenouilles des expériences avec les diverses digitalines ; toutes agissaient sur le cœur, mais la digitaline cristallisée seule avait une action régulière. J'en ai conclu que cette dernière était la seule digitaline active, vraie, acceptable.

M. *Catillon*. Si la digitaline amorphe chloroformique avait les mêmes propriétés que la digitaline cristallisée, je proposerais qu'on supprimât cette dernière. En effet, tandis que 1 kilogramme de feuilles de digitale produit 3 grammes de digitaline amorphe, il fournit à peine 1 gramme de digitaline cristallisée, quelquefois même moins encore ou pas du tout.

M. *Bardet*. Je partage l'avis de M. Delpech : j'ai tenu surtout à insister sur ce fait, que dans le commerce beaucoup de produits différents sont vendus sous le nom de digitaline. Mais, contrairement à l'avis de M. Catillon, je crois qu'il serait toujours préférable d'employer un produit cristallisé bien défini, plutôt qu'un produit amorphe. Malheureusement le procédé du Codex pour la digitaline cristallisée ne permet d'extraire de la plante qu'une quantité trop minime de produits.

M. *Dujardin-Beaumetz*. La communication de M. Bardet soulève la question de savoir s'il est préférable, dans bien des cas, d'employer la digitaline plutôt que la digitale : je suis d'une opinion tout opposée. Pour prescrire la digitaline, on devrait avoir recours à celle du Codex : la formule de M. Potain est très précieuse : 50 gouttes ou 1 centimètre cube de cette solution représentent 1 milligramme de digitaline amorphe.

Georges Baudouin.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

Du traitement antiseptique de la variole, par M. le docteur Bianchi. — Les indications de ce traitement consistent : 1° à rendre la surface cutanée aseptique ; 2° à maintenir aseptique le lit du malade ; 3° à assurer par une ventilation énergique l'asepsie de sa chambre.

L'antisepsie de la surface cutanée est obtenue : par la balnéation dans une solution boriquée à 5 pour 100 ; et par des lotions alternant avec les bains, au moyen d'une solution de sublimé à 1 pour 1000. Pendant la période initiale on préfère la solution boriquée ; pendant la période d'état on alterne les lotions au sublimé avec les bains boriqués au nombre de deux dans les vingt-quatre heures. Enfin, pendant la pustulation et la dessiccation, on insiste sur l'emploi du sel mercuriel.

Après chaque lotion on pratique une onction avec une pommade contenant 1 1/2 pour 100 d'iodoforme. S'il y a lieu, on ponctionne les pustules et on les panse avec la solution de sublimé.

On doit renouveler souvent l'air de la chambre des malades et désinfecter la literie avec une solution de sublimé à 5 pour 1000.

Ce traitement antiseptique diminue la durée de la maladie, modère l'hyperthermie et prévient ses complications ; la convalescence se produit plus promptement et dure moins longtemps. Enfin, autre avantage, au témoignage de l'auteur, il empêche la suppuration et diminue dans une grande proportion les dangers de la contagion. Il est donc tout à la fois antiseptique et prophylactique. (*Lo Sperimentale*, août 1889.)

Du traitement de la coqueluche par le bromoforme, par M. le docteur Stepp. — Ce produit n'est guère toxique ni chez les adultes, ni chez les enfants. Il possède une action excitante à la dose de cinq à vingt gouttes. M. Stepp a fait usage d'une potion alcoolique au bromoforme dont voici la formule : bromoforme, X gouttes ; alcool, 4 grammes ; eau, 100 grammes ; sirop simple, 20 grammes.

Soixante-dix coquelucheux ont été soumis à cette médication. Au bout de quatre à six jours le nombre de leurs quintes diminuait, et la toux disparaissait vers le quinzième jour.

Le bromoforme diminuait les phénomènes de catarrhe et agissait même dans les cas anciens dont le début datait de plusieurs semaines. M. Stepp renonce à expliquer l'action thérapeutique du bromoforme. Est-il exhalé en nature ou bien sous la forme de brome ? M. Stepp l'ignore, mais dans l'une et l'autre hypothèse il agirait peut-être, on se le demande, contre les micro-organismes. (*Allgem. med. Zeitung*, 1889, n° 62.)

De la valeur comparative de l'antipyrine, de l'antifébrine et de la phénacétine comme antipyrétiques, par M. le docteur A. Combré. — L'auteur a fait usage comparativement de l'un et de l'autre de ces médicaments sur des malades de l'Hôpital général de Calcutta. Il en a conclu, écrit-il, que l'antipyrine est un peu inférieure par sa puissance à l'antifébrine et à la phénacétine. De plus, la phénacétine, avantage en sa faveur, n'aurait jamais provoqué de collapsus.

L'action plus rapide de l'antipyrine est probablement en rapport avec sa plus grande solubilité. Par contre l'action de la phénacétine persiste pendant plus longtemps. Relativement à l'emploi de ces médicaments sous le climat des Indes, M. Crom-

bré fait remarquer l'inconvénient de provoquer les sueurs profuses, inconvénient plus grand encore quand on prescrit la phénacétine que les autres antipyrétiques. Il estime que le meilleur antithermique à employer sous le climat des Indes est celui qui provoque la moindre transpiration. (*The Pract.*, oct. 1889, p. 266.)

Des inhalations d'eau chloroformée contre la coqueluche, par M. le docteur SCHILLING. — Ce traitement consiste à pratiquer des pulvérisations avec de l'eau additionnée de deux à trois gouttes de chloroforme pour chaque année de l'âge de l'enfant. On répète les inhalations trois à quatre fois par jour.

M. Schilling a vu, dit-il, les quintes de toux disparaître quatre fois après une semaine, vingt-huit fois dans l'espace de deux septénaires, vingt et une fois après la troisième semaine, dix-huit fois après la quatrième. Dans un seul cas l'amélioration ne se produisit qu'après cinq semaines. L'auteur déclare que ces inhalations sont mieux supportées que les pulvérisations avec l'eau phéniquée et qu'elles sont supérieures à l'administration de l'antipyrine. (*Munch. med. Woch.*, 1889, n° 29.)

Du traitement du catarrhe gastro-intestinal des enfants par les irrigations intestinales, par M. le docteur DAVIS. — On sait que Leo et Baginsky ont montré que la fermentation lactique est un phénomène digestif normal chez les enfants et que la formation de l'acide butyrique par décomposition des lactates neutres et avec mise en liberté d'acide acétique est un phénomène pathologique. Les changements thermiques seraient, d'après M. Davis, la cause principale des troubles digestifs qui causent ces phénomènes pathologiques.

Le traitement doit être prophylactique et antiseptique. La prophylaxie consiste dans l'usage des vêtements de flanelle, les bains tièdes fréquents, la stérilisation du lait et l'emploi de l'eau préalablement bouillie.

Le traitement curatif consiste d'abord dans le régime, les repas multipliés et peu abondants, la balnéation tiède, l'administration de grogs pour combattre la prostration inséparable chez l'enfant d'une perte de liquide par la diarrhée. Contre les vomissements, M. Davis conseille le lavage stomacal au moyen du siphon et d'une solution antiseptique de carbonate et de salicylate de soude.

Contre le catarrhe intestinal, il recommande le calomel, par doses fractionnées et répétées d'heure en heure. A cette période il remplace les aliments par les blancs d'œufs, à raison de six à huit dans les vingt-quatre heures. Puis, si ce traitement échoue, il administre au moyen d'une soude en gomme du n° 11, longue de six à sept pouces, des irrigations intestinales avec une solution de thymol au millième ou de salicylate de soude au deux-centième. Ces irrigations sont répétées deux à trois fois par jour.

Au demeurant, cette médication consiste dans l'emploi des antiseptiques et d'un régime diététique sévère. (*The med. News*, 1889, n° 850.)

Travaux à consulter.

DU TANIN DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE, par M. DE VITI DEMARCO. — L'objectif de cette médication serait pour cet observateur d'acidifier le milieu intérieur, parce qu'un liquide de culture de réaction acide est défavorable au développement du bacille de la tuberculose. Au reste, il aurait pu ajouter que ce traitement n'est pas nouveau et en citant les cas observés par M. Giuseppe à l'hôpital de Parme, rappeler les auteurs français qui le recommandent.

La formule que prescrit M. De Viti Demarco est la suivante : acide tannique, 4 grammes; créosote, deux gouttes: glycérine et alcool, quantité suffisante pour huit pilules, qu'on administre dans les vingt-quatre heures en huit prises, une toutes les deux heures.

Cette médication, dans les cas qu'il rapporte sommairement d'ailleurs, a diminué l'abondance de l'expectoration et l'intensité de la fièvre. De plus, pendant sa durée, le processus nécrophytique a paru suspendre sa marche envahissante. L'état général et la nutrition étaient augmentés (*Riforma medica*, 11 juin 1888, p. 804.)

DE LA SUSPENSION DANS L'ATAXIE LOCOMOTRICE, par M. le docteur BERNHARDT. — Une série de 21 tabétiques, 19 hommes et 2 femmes, furent soumis 260 fois à ce traitement. La durée de la suspension était graduellement augmentée d'une demi à deux et trois minutes. Deux accidents furent observés: une attaque épileptiforme pendant la durée de l'opération et une syncope. Ils n'eurent pas de suites.

L'efficacité de la suspension serait due, d'après M. Bernhardt, qui partage l'opinion de M. Charcot, à une modification des conditions de la circulation des méninges cérébro-spinales et de la moelle elle-même. Il admet que cette médication convient à un grand nombre de tabétiques, ataxiques ou non, qu'elle doit être dirigée et surveillée par le médecin lui-même et que si elle est bien conduite, elle est exempte de danger. Néanmoins il admet aussi la possibilité des accidents, surtout dans les cas de cardiopathies et d'affections pulmonaires. Ces dernières affections sont donc une contre-indication à l'emploi de la médication. Enfin, il ne considère pas la suspension comme une méthode curative du tabes, mais seulement comme un moyen d'en soulager les symptômes. (*Berliner klin. Woch.*, 1889, n° 25.)

DE L'ACÉTANILIDE DANS LA MÉDECINE INFANTILE, par M. le docteur I.-N. LOVE. — Ce travail a pour objet de faire connaître le résultat de l'emploi de ce médicament pendant une année de pratique. Cinquante cas de fièvre scarlatine ont été traités par l'acétanilide jusqu'à réduction de l'élévation thermométrique. Même emploi et même succès dans cinquante-six cas de rougeole.

Les quintes de coqueluche ont été diminuées en nombre et en intensité dans cinquante cas. Enfin, l'auteur en aurait obtenu un bénéfice contre la chorée, l'épilepsie et les convulsions. Il faisait usage d'une solution d'acétanilide dans l'alcool et la glycérine. (*Arch. of pediatrics*, août 1889.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité pratique de chirurgie d'armée, par MM. CHAUVEL et H. NIMIER. — Paris, G. Masson, 1890.

« Traité pratique de chirurgie d'armée... » Peut-être, il y a quelque vingt ans, plusieurs auraient cru pouvoir se dispenser de lire ce livre, indispensable seulement, auraient-ils pensé, aux élèves des écoles de santé militaires. Mais maintenant que tout médecin civil peut, de vingt-cinq à quarante-cinq ans, être appelé sous les drapeaux, incorporé dans les régiments ou versé dans les ambulances, il nous est impossible de nous désintéresser de la question et le traité de MM. Chauvel et Nimier s'adresse à tout le public médical.

C'est un livre excellent, bien actuel et sorti des entrailles de la chirurgie contemporaine. A cette heure, nous avons à apprendre tant et de si nouvelles choses que le présent seul nous occupe et les histoires du passé nous laissent un peu froids. Nous y reviendrons sans doute lorsque les découvertes se feront plus rares et qu'on pourra « muser » un peu sans être immédiatement distancé sur une route où la science marche d'un pas si rapide. Pour le moment, les vieilles théories nous intéressent aussi peu que les vieilles statistiques et nous savons un gré infini à MM. Chauvel et Nimier d'avoir écarté, aussi respectueusement que résolu-

ment, toute la thérapeutique usée, inutile et dangereuse de l'ancienne ère chirurgicale.

Leur chirurgie est antiseptique, et, lorsqu'ils considèrent les immenses progrès réalisés depuis les découvertes de Pasteur par les applications de Lister, de Guérin et de tous les praticiens actuels, ils veulent que la chirurgie de guerre profite de cette révolution et ils s'indignent lorsqu'ils rencontrent des hommes pour déclarer l'antisepsie en campagne une utopie, un rêve irréalisable. « Penser, croire ainsi, c'est préparer le désastre, c'est ouvrir la porte à l'incurie, favoriser la paresse et le mauvais vouloir. » Les premiers efforts tentés pendant la guerre russo-turque n'ont-ils pas donné des résultats excellents qui nous sont un garant des succès qui nous attendent lorsque nous ferons « ce que nous nous appellerions volontiers, un essai complet de la méthode ».

Dans leur introduction, MM. Chauvel et Nimier nous donnent en quelques pages rapides une esquisse de l'organisation de la chirurgie militaire depuis la création des armées permanentes jusqu'à la récente loi « qui complète l'autonomie du service de santé ». Ils nous montrent les luttes incessantes qu'il a fallu livrer contre la toute-puissante Intendance; « chacun chez soi, la médecine aux médecins », c'est un aphorisme d'une réalité toute jeune et que de temps il a fallu pour faire passer ce vœu dans la loi! Un instant, en 1848, on crut toucher la terre promise, mais les décrets de 1851 détruisirent ces réformes jugées trop révolutionnaires et malgré les vices d'organisation épouvantable révélés par les guerres de Crimée et d'Italie, quinze ans de république ont été nécessaires pour vaincre l'Intendance et assurer le triomphe de l'autonomie du corps de santé militaire.

Le traité de MM. Chauvel et Nimier comprend trois parties : « la première est consacrée à l'étude des blessures de guerre envisagées dans leur manière d'être sur les divers tissus du corps humain ; elle renferme la description succincte des armes et des projectiles actuellement en usage ». Dans la deuxième, les auteurs décrivent les particularités que présentent les mêmes blessures selon les différentes régions du corps qu'elles atteignent et le traitement qui convient à chacune d'elles. Enfin « notre troisième partie est consacrée à l'organisation du service de santé de l'armée, d'après les règlements en vigueur. Si dans ces dernières pages comme dans le cours de ce volume, nous nous sommes crus autorisés à faire connaître nos idées personnelles, c'est toujours avec modération que nous avons critiqué les opinions des autres. »

Il n'y a pas que la modération, il y a aussi la compétence. Tout ce livre est écrit en une langue claire, précise, nette, sans recherche, et nous sommes certain qu'il aura vite acquis la place importante qui lui revient sans conteste dans notre littérature médicale.

P. R.

L'atonie intestinale et ses complications, par M. le docteur Charles Malibran. — Paris, 1889. A. Coccoz.

L'atonie intestinale consiste dans l'insuffisance tonique ou contractile d'un segment ou de la totalité du gros intestin. Mais tantôt cette atonie existe à peu près isolément et constitue pour ainsi dire toute la maladie, d'autres fois elle est au second plan des symptômes et passe presque inaperçue dans les diverses maladies qu'elle accompagne. C'est à la première forme seule que s'attache la description de l'auteur. Après avoir résumé la physiologie des contractions intestinales et de la progression normale du contenu de l'intestin, il montre que l'atonie de l'intestin résulte soit de l'absence ou de l'amoindrissement des impressions sensitives qui atteignent la muqueuse, soit de l'épuisement ou de l'inhibition du système nerveux, soit enfin d'une altération dynamique ou histologique des éléments contractiles : tous modes agissant séparément ou simultanément. L'auteur passe ensuite en revue les modifications anatomiques que l'on rencontre dans l'atonie simple et dans l'atonie compliquée: légère dilatation générale ou partielle par relâchement, et sécrétion insuffisante de mucus, pour la première; coprostase, exsudats pseudo-membraneux, colite chronique, obstruction iléo-rectale ou cæcale avec poussées de catarrhe aigu et débâcles, ou bien avec perforation intestinale, dans l'atonie compliquée. Une étude clinique et diagnostique fort complète amène M. Malibran à formuler les règles du traitement que l'on devra instituer dans chaque forme qui se présentera à l'observateur. On devra combattre les causes de l'atonie, l'atonie elle-même ; enfin ses complications: autant de paragraphes très instructifs où le régime alimentaire, l'antisepsie intestinale, et les médications sont formulés avec soin.

Chimie inorganique et organique, botanique, zoologie. — Thérapeutique. Ligature des artères. Trachéotomie et laryngotomie (*Notes servant à la préparation des premier et quatrième examens de doctorat*), par M. Lewis-Nicholas Worthington. 2 volumes. — Paris, 1889. O. Berthier.

Il ne s'agit pas d'un manuel pour l'étude du programme des premier et quatrième examens de doctorat, mais de notes rédigées d'une façon succincte, trop succincte même. Elles seront plus utiles aux étudiants pour se remettre en mémoire ce qu'ils auront déjà appris, que pour apprendre les matières qu'ils ignorent. Il est bon à coup sûr de condenser, mais il peut être dangereux de pousser cette méthode à l'excès. On trouvera d'ailleurs dans ces notes un résumé assez complet des notions qu'il est utile de posséder pour se livrer à des études plus approfondies.

Des fonctions de la glande thyroïde, par M. le docteur Joao Paulo de Carvalho. — Rio-de-Janeiro, 1889. Leuzinger et Filhos.

Cette thèse, présentée pour le concours d'admission à la chaire de physiologie théorique et expérimentale de la Faculté de Rio-de-Janeiro, constitue une fort complète étude sur la structure et la physiologie de la glande thyroïde. L'auteur a institué de nombreuses et instructives expériences qui donnent à son travail un cachet personnel et le recommandent à l'attention du public médical.

Traitement par l'électricité et le massage, par M. le docteur A.-S. Weber. — Paris, 1889. Alex. Coccoz.

L'auteur fait connaître le résultat des études sur le massage qu'il a faites dans différents pays et qu'il a depuis un certain nombre d'années appliqué au traitement des affections gynécologiques, ainsi qu'à certains cas d'entorses, de fractures, et même de chlorose ou d'anémie. Il préconise l'adjonction au massage du traitement électrothérapique par les courants continus à faible intensité.

A. P.

Manuel d'hydrothérapie, par M. le docteur Macario, 4e édition. Paris, F. Alcan, 1889.

Ce petit Manuel reproduit une série de leçons faites à l'Ecole pratique en 1857. Dire que depuis cette date bien des théories ont dû se modifier sous l'influence des doctrines nouvelles serait répéter une vérité des plus banales. Nous croyons donc que plusieurs chapitres de ce petit livre auraient pu être remaniés. Celui qui traite des indications et des contre-indications de l'hydrothérapie mériterait surtout les additions et les changements que la lecture des récents articles ou traités consacrés à l'influence de l'hydrothérapie sur les maladies nerveuses rendrait faciles. Mais nous pensons que l'auteur n'a voulu que répandre les idées qui lui sont chères. Il y a déjà réussi. On ne peut que lui souhaiter la continuation de ses succès.

VARIÉTÉS

Nécrologie. — Damaschino. — C'est avec un profond sentiment de tristesse que nous associons notre deuil à celui qui frappe la Faculté, l'Académie et le corps médical des hôpitaux. Le professeur Damaschino, si brusquement enlevé à l'affection de tous ceux qui l'ont connu, était, en effet, non seulement l'un des plus dignes et des plus laborieux parmi les jeunes maîtres de l'école clinique contemporaine, mais encore l'un des plus sympathiques, l'un des plus dévoués à ses amis et à ses élèves. Les titres qui lui avaient valu sa haute situation médicale sont de ceux qui mériteront toujours d'être rappelés. Élève et plus tard collaborateur de M. H. Roger, Damaschino avait étudié avec le plus grand soin les lésions de la moelle dans la *paralysie infantile* et établi que cette maladie est caractérisée anatomiquement par des foyers de myélite dans les cornes antérieures de la substance grise avec atrophie des cellules motrices. On peut rapprocher de ces premières recherches, aujourd'hui admises sans contestation aucune, ses études sur la *paralysie pseudo-hypertrophique*. On doit aussi à Damaschino la première mention des lésions dégénératives des racines spinales antérieures avec intégrité des cellules motrices dans la *paralysie diphthéritique*.

A ces travaux d'anatomie pathologique, notre savant ami avait joint une série d'études cliniques des plus remarquables. Citons une monographie remarquable sur la *broncho-pneumonie des enfants à la mamelle;* une étude très sérieuse et très approfondie de la *pleurésie purulente;* une thèse d'agrégation sur l'*étiologie de la tuberculose;* des recherches minutieuses sur les *anévrysmes des cavernes pulmonaires et leurs rapports avec l'hémoptysie.*

Parmi les nombreuses études entreprises par Damaschino dans le domaine des maladies de l'appareil circulatoire, il nous faut mentionner ses observations sur les *embolies consécutives à différentes endocardites*, un mémoire sur les *lésions anatomiques de la phlegmatia alba dolens*, etc. Son traité didactique des *maladies du tube digestif* a été couronné par l'Académie de médecine. Ses recherches sur la *vaccine*, sur le *muguet*, sur les *kystes hydatiques du foie*, sur les *lésions des dents au cours de l'ataxie locomotrice*, etc., etc., ont affirmé non seulement ses qualités de clinicien, mais encore l'activité et l'ingéniosité de son esprit. Comme professeur et, disons-le dans la bonne acception du mot, comme artiste, Damaschino avait su se faire une place à part. Ses leçons étaient de celles que l'on suivait avec autant de plaisir que de profit. Les nombreux élèves qui aimaient son caractère autant qu'ils estimaient son savoir s'unissent à tous ses collègues et à tous ses amis pour déplorer une mort aussi inattendue que regrettable.

Académie des sciences. Prix Lacaze. — Nous sommes heureux de pouvoir annoncer que l'Académie des sciences vient de décerner le *prix Lacaze* (physiologie) d'une valeur de dix mille francs à notre collaborateur et ami M. le docteur François Frank. Ce prix est décerné, sans qu'il soit nécessaire de faire acte de candidature, à un ensemble de travaux ayant pour objet les applications de la physiologie à la médecine. Ce n'est pas à nous qu'il appartient de faire ressortir ici la valeur des recherches de physiologie normale et pathologique que l'Académie des sciences vient de consacrer en leur accordant l'une de ses couronnes les plus enviées. Il nous suffira d'applaudir, avec tous les amis de la science française, à cette juste récompense.

Mortalité a Paris (50e semaine, du 8 au 14 décembre 1889. — Population: 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 51. — Variole, 0. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 13. — Diphthérie, croup, 20. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 201. — Autres tuberculoses, 33. — Tumeurs: cancéreuses, 46; autres, 4. — Méningite, 36. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 51. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 11. — Maladies organiques du cœur, 79. — Bronchite aiguë, 45. — Bronchite chronique, 57. — Broncho-pneumonie, 38. — Pneumonie, 103. — Gastro-entérite: sein, 13; biberon, 35. — Autres diarrhées, 4. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 34. — Sénilité, 48. — Suicides, 13. — Autres morts violentes, 5. — Autres causes de mort, 201. — Causes inconnues, 17. — Total: 1188.

AVIS

MM. les Abonnés de la France à la **Gazette hebdomadaire** qui n'auraient pas renouvelé leur abonnement avant le 10 janvier prochain sont prévenus que, à moins d'ordre contraire, une quittance leur sera présentée à partir du 10 février, augmentée de 1 franc pour frais de recouvrement.

Un mandat collectif, *sans frais de présentation quand la somme atteindra* 50 *francs*, sera présenté à la même date à ceux de nos clients qui reçoivent en même temps plusieurs des recueils édités par la maison.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

21571. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME XXVI, 2e SÉRIE

A

D

G

H

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

W

X

Y

Z

TABLE DES FIGURES

FIN DES TABLES

21573. — MOTTEROZ. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.